

CATARINA LOPES FERREIRA RIBEIRO

DROGA!!! ESTOU PRESO
PROGRAMA DE INTERVENÇÃO JUSPSICOLÓGICO EM
MEIO PRISIONAL

Orientadora: Maria da Purificação Horta

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Psicologia

Lisboa
2010

CATARINA LOPES FERREIRA RIBEIRO

DROGA!!! ESTOU PRESO
**PROGRAMA DE INTERVENÇÃO JUSPSICOLOGICA EM
MEIO PRISIONAL**

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Forense e Exclusão Social no Curso de Mestrado em Psicologia Forense e Exclusão Social, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e de Tecnologias.

Orientadora: Maria da Purificação Horta

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Psicologia

Lisboa
2010

Sabemos que o consumo de drogas nos estabelecimentos prisionais é um problema na Europa e sabemos que os custos para os indivíduos e para as respectivas comunidades dos problemas relacionados com droga são consideráveis. O desafio que se coloca à política europeia de luta contra a droga consiste em assegurar que os nossos estabelecimentos prisionais trabalhem no sentido de melhorar a situação, e não o contrário. (Estievenart, s.d., p.1)

*Aos meus pais, que um dia
sonharam e hoje partilham este importante momento
comigo.*

*À minha avó, por tudo aquilo que
representa para mim.*

*Ao meu namorado, pela paciência, pelas
gargalhadas e experiências vividas.*

Resumo

Esta dissertação tenta explorar a complexa dinâmica entre a existência de droga e os seus consumos em meio prisional. A nossa hipótese prende-se com a possibilidade de contextualizar os consumos e policonsumos de substâncias psicotrópicas nos estabelecimentos prisionais de Portugal, tendo por base uma análise da realidade do fenómeno em meio prisional, com reclusos do sexo masculino do EP de Caxias, através dos dados obtidos na aplicação de um inquérito desenvolvido especificamente para este objectivo. Ao analisar as tendências e evoluções dos consumos em Portugal, procuramos alertar para as dinâmicas a desenvolver, com a finalidade de minimizar as consequências abrangentes que permitam diminuir os danos causados aos indivíduos e à população reclusa pelo consumo.

O uso e consumo de substâncias psicotrópicas são actualmente uma das maiores preocupações a nível mundial, sendo nomeadamente nos estabelecimentos prisionais que essas preocupações se evidenciam, acarretando com todas as implicações ao nível psicológico e de saúde. As fragilidades emocionais e motivacionais estão muito marcantes neste meio. Os sujeitos aí inseridos envolvem-se num misto de privações de liberdade, de privações de contactos sociais e de regras internas que são de cumprimento obrigatório.

Por fim, chama a atenção para o facto de os consumos estarem muito relacionados com diversos factores, nomeadamente, familiares, sociais, sócio-demográficos, situações jurídico-legais, entre outras como descoberta de novas/diferentes experiências.

Palavras-chave: Consumos, policonsumos, estabelecimentos prisionais, intervenção juspsicológica e prevenção / intervenção.

Abstract

This thesis attempts to explore the complex dynamics between the existence of drugs and their consumption in prison. Our hypothesis concerns the possibility of contextualizing the consumption of psychotropic substances in prisons of Portugal, based on an analysis of the reality of the phenomenon in prisons with male at Caxias prisional institution, through data from the use of a survey developed specifically for this purpose. When analyzing the trends and developments in consumption in Portugal, we draw attention to the dynamics to develop, in order to minimize the far-reaching consequences that allow reducing the damage caused to individuals and the prison population by consumption.

The use and abuse of narcotic drugs are currently a major concern worldwide, particularly in prisons and that those concerns are evident, leading with all the implications and psychological health. The emotional and motivational weaknesses are marked in this way. In prisons the subjects are submitted to a mix of deprivation of liberty, deprivation of social contacts and internal rules that are binding.

Finally, it draws attention to the fact that the intakes are closely related to several factors, including family, social, socio-demographic, legal situations, and others such as discovery of new or different experiences.

Keywords: Consumption, policonsumotion, prisons, juspsicológica intervention and prevention / intervention.

Abreviaturas

CAT – Centro de Atendimento a Toxicodependentes;

CCA – Ciência do Comportamento Aditivo;

CDT – Comissões de Droga e Toxicodependentes;

CIJD – Centro de Investigação Judiciária da Droga;

CUE – Convenção Única sobre Estupefacientes;

DGRS – Direcção-Geral de Reinserção Social;

DGSP – Direcção-Geral de Serviços Prisionais;

DSM-IV-TR – Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais;

EP – Estabelecimentos Prisionais;

OEDT – Observatório Europeu de Droga e da Toxicodependência;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

ONU – Organizações das Nações Unidas;

OTM – Organização Tutelar de Menores;

SNS – Serviço Nacional de Saúde;

SPTT – Serviços de Prevenção e tratamento da Toxicodependência;

UART – Unidades de Apoio a Reclusos Toxicodependentes;

UE – União Europeia;

ULD – Unidades Livres de Droga.

Índice

Dedicatória	4
Resumo	5
Abstract	6
Abreviaturas	7
Introdução	10
PARTE A	13
Capítulo I – O impacto do consumo e a sua adaptação legislativa	15
1. Introdução	15
1.1. Vicissitudes evolutivas	16
1.2. Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência com intervenção num mundo consumidor	22
Capítulo II – Droga como mundo próprio	26
2. Introdução	26
2.1. Comportamentos aditivos	27
2.2. Toxicodependentes	34
Capítulo III – Relação droga-crime	40
3. Introdução	40
3.1. Jogo bilateral	41
Capítulo IV – Efeito do enclausuramento no toxicodependente	48
4. Introdução	48
4.1. Caracterização dos estabelecimentos prisionais	50
4.2. Consumos em meio prisional	51
Capítulo V – Leme de colisão	55
Capítulo VI – Legitimação do estudo	59
PARTE B	66
Capítulo VII – Metodologia	68
7. Estrutura metodológica	68
7.1. Amostra	72

7.3.	Descrição da medida	73
7.4.	Procedimento.....	74
7.5.	Análise e Discussão de resultados	75
Capítulo VIII – Programa de intervenção juspsicológico		81
8.	Cartografia do programa	81
8.1.	Apresentação do programa.....	81
8.2.	Área geográfica de implementação.....	81
8.3.	Destinatários	82
9.	Planificação do programa.....	82
9.1.	Objectivos gerais	82
9.2.	Objectivos específicos.....	82
9.3.	Indicadores	83
9.3.1.	Instrumentos de avaliação.....	83
9.4.	Acções a desenvolver	84
9.5.	Duração / calendarização	89
9.6.	Cronograma das acções	90
10.	Estrutura organizativa e gestão do programa	91
10.1.	Constituição da equipa.....	91
10.2.	Parcerias formais	91
10.3.	Supervisão	91
10.4.	Avaliação interna	92
10.5.	Avaliação Externa	92
11.	Conclusão.....	93
APÊNDICES		I

Introdução

A presente introdução pretende apresentar o desenvolvido nos capítulos e subcapítulos adiante, dessa forma, não iremos partir para uma exposição teórica de referências que provem o desenvolvido.

O factor droga é uma temática que afecta a nossa sociedade a vários níveis, sendo que a sua etiologia e consequências da toxicodependência têm constituído o foco da atenção de diversos investigadores.

Dada a existência desta consideração, e fundamentada na realidade directa (consumos e policonsumos) ou indirecta (actos criminosos) associada à droga, surge a hipótese deste estudo. A presente investigação rege-se com o objectivo de responder às lacunas presentes, nomeadamente, a de conhecer a existência de hábitos de consumos em meio prisional e a de encontrar uma via de controlo desses mesmos consumos de modo a conseguir minimizá-los. Desta forma, pretende-se estudar a possível existência de consumos em meio carceral, configurando a posteriori um programa de intervenção junto da população prisional (consumidora ou não consumidora) cujo propósito se centra em partilhar e receber de e com todos os sujeitos o conhecimento real de todas as substâncias que causam dependência, e analisar nomeadamente quais as suas consequências a curto, média e longo prazo, fomentando curiosidades ao nível da saúde física e psíquica do sujeito, incutindo-lhe que a droga não deverá ser o propósito fulcral da sua vida e numa outra fase, motivá-los a adquirir comportamentos contraditórios aos dos que os levam aos consumos.

A parte A envolve toda a fundamentação teórica que se mostrou indispensável para o fim mais apropriado, a construção adaptado às necessidades e características dos reclusos do EP de Caxias.

Dentro da parte A, temos:

O primeiro capítulo enunciado como, «o impacto do consumo e a sua adaptação legislativa», serve de introdução às questões relacionadas com o desenvolvimento social que a matéria droga e os consumos tiveram no mundo em geral e em particular no nosso país, nomeadamente, a adaptação legislativa que foi necessária implementar com o passar dos anos e a criação de entidades que visam a luta contra os consumos e contra a criação de estereótipos implícitos nos sujeitos consumidores. Aqui abrimos o tema, de modo a conseguirmos levantar novas questões que abordaremos mais à frente com o progresso da investigação.

O segundo capítulo, «droga como mundo próprio», inicia a consolidação daquilo que nos propomos a estudar. Este estreitamento, para o objectivo da nossa investigação, divide-se em várias secções de discussão que serão desenvolvidas com o desenrolar da investigação. Assim este capítulo, procede com a explanação dos comportamentos aditivos, que mais se evidenciam e quais os números evidentes nos estudos existentes que comprovam a subsistência dos mesmo. Aqui procurámos uma melhor compreensão e focalização da atenção na exploração dos aspectos que circunscrevem os percursos de vida adictos, bem como averiguar quais as características dos sujeitos consumidores ou toxicodependentes, tentando entender a dinâmica existente entre este, os consumos e o meio envolvente.

O terceiro capítulo, «relação droga-crime», faz um levantamento do dualismo existente entre a droga e o crime, tentando encontrar fundamentos para as consequentes resultantes (crime-droga ou droga crime).

O quarto capítulo, «efeito do enclausuramento no toxicodependente», visa a caracterização das estruturas dos EP, nomeadamente, do EP de Caxias, conseguindo enquadrar a problemática ao estabelecimento e as medidas que nele são implementadas. A adaptação ao meio prisional, também se mostra essencial no seio da sua compreensão, tentando trabalhar com o recluso os seus sentimentos, valores, atitudes e a visão que este tem relativamente à droga e seus consumos. Nesse seguimento, desenvolveremos o tema de consumos em meio prisional, revelando este o nosso tema central de estudo, uma vez que explora os problemas presentes em todo mundo, que são as consequências que estes comportamentos podem acarretar.

O quinto capítulo, «leme de colisão», referência as consequências provocadas pela matéria abordada no subcapítulo desenvolvido do capítulo anterior, o dos consumos em meio prisional, nomeadamente a implementação ao nível da saúde prisional, assistência aos reclusos consumidores e medidas promotoras do abandono dos consumos de substância psicoactivas.

O sexto capítulo, «legitimação do estudo», varia na sua constituição entre uma forma crítica e elucidativa, sobre o mundo dos consumos em meio prisional e a necessidade de uma intervenção juspsicológica que abordasse a minimização dos consumos. Este serve de encerramento da parte A – fundamentação teórica, fazendo a ligação para a parte B onde estará patente a metodologia usada, a exposição descritiva dos resultados obtidos, trabalhando posteriormente, a construção do programa de intervenção juspsicológica, adequado à população prisional e suas características.

Na parte B da nossa dissertação, encontram-se a descrição da metodologia usada, o enquadramento da amostra, o esclarecimento do procedimento levado a cabo e o tratamento estatístico e respectiva discussão dos resultados.

Assim e finalizando a fase introdutória, limitámo-nos a incentivar e proporcionar novas discussões e estudos no segmento desta matéria.

PARTE A

Capítulo I – O impacto do consumo e a sua adaptação legislativa

1. Introdução

1.1. Vicissitudes evolutivas

1.2. Comissões para a Dissuasão da Toxicoddependência na intervenção num mundo consumidor

Capítulo I – O impacto do consumo e a sua adaptação legislativa

O consumo de drogas, enquanto variável antropológica, constitui um comportamento que num dado momento da história das sociedades ocidentais se tornou «a problemática da droga».

(Agra, 1993, p.29)

1. Introdução

Num dado átomo da nossa história, o desenvolvimento do mundo do consumo passou a fazer parte de um problema construído na base da compreensão do objecto consumido e dos comportamentos provocados, consequentes destes actos (Agra, 1993).

O desenvolvimento da droga ao longo de várias décadas sofreu um grande ímpeto, inculcando na população um pensamento baseado em numerosas interrogações, dúvidas e angústias (Poiares, 1998).

Em todo o mundo a droga é reconhecida como fenómeno global. E em diversas sociedades determinava-se que a utilização de certas substâncias só seriam consumidas por grupos particulares de pessoas, e em contextos específicos, passando a ser considerado um problema a analisar. As diferenças contextuais e culturais eram justificadas em função das substâncias existentes nesse meio, do tipo de pessoas que consumiam e dos motivos que as incentivavam ao consumo.

A droga atormentava (e continua a atormentar) a sociedade portuguesa, por se encontrar associada à degradação pessoal dos consumidores, às mortes por *overdose*, à transmissão de graves doenças infecto-contagiosas, à criminalidade e outros comportamentos desviantes, ao impedimento de trabalhar, à exclusão social e aos encargos para os sistemas de saúde e segurança social (Almeida, 1997).

Todavia, não era o tipo de substância que preocupava, mas sim as quantidades consumidas (Nowlis, 1975). Neste sentido, a intensificação do consumo de droga começou a assumir uma clara preocupação, patenteada na celebração dos vários tratados que foram surgindo desde 1912, com a Convenção Nacional sobre o ópio (Dias, 2007; Poiares, 1998), até à nossa contemporaneidade, com a Lei 30/2000, de 29 de Novembro.

O desenvolvimento da investigação das drogas e seus consumos foi delimitado através de uma análise breve da trajectória sócio-histórica, legal e estrutural do fenómeno presente em Portugal. Neste seguimento, procurou-se complementar esta análise com a identificação de quatro períodos dominantes (Poiares, 1998): 1970 a 1974 com o modelo

criminal, que dava uma visão punitiva do consumo; 1975 a 1982 com a institucionalização do modelo clínico psicossocial, sendo o consumo visto como uma situação clínica – tratamento – e com outros relevos, que não o da punição; entre 1983 a 1999 o modelo biopsicossocial constituiu a principal referência do desenvolvimento do fenómeno das drogas, inseparável do consumidor, referenciando-o como sendo um doente que necessitaria de ajuda em todas as vertentes que o constituem – biológico, social e psicológico – e, por fim, a partir de 2000, o modelo da descriminalização das drogas fundamentado nas novas medidas legislativas adoptadas nesse sentido, nomeadamente a protecção sanitária e social dos consumidores de tais substâncias sem prescrição médica, promovendo o tratamento voluntário do consumidor (Lei 30/2000, 29 de Novembro).

Os desenvolvimentos suscitados por divergentes convicções, expostas ao longo dos nossos tempos, confrontadas com a matéria de droga, impulsionaram uma adaptação de comportamentos e atitudes, designadamente, novas formas de encarar a problemática, e clarificar as principais tendências das políticas relacionadas em Portugal, desde 1970 até hoje.

1.1. Vicissitudes evolutivas

O fenómeno droga encontra-se dividido entre a responsabilidade moral, compromisso com as consequências sociais provocadas por determinadas acções ou ausência das mesmas daqueles que directamente lidam com a problemática e a respectiva imparcialidade do saber, uma vez que todos aqueles que interferem na evolução do fenómeno deverão ter uma postura imparcial, conseguindo chegar a uma finalidade proveitosa para o melhor desenvolvimento. Esta ambiguidade deverá ser estudada como um mal social em conjunto com três elementos fundamentais (Nowlis, 1975):

- i. Substância;
- ii. Indivíduo que a utiliza;
- iii. Contexto sócio-cultural em que se insere a sua utilização.

Desde os tempos mais longínquos, as drogas são consideradas como matéria em mutação. Não parece que tenha existido outra sociedade onde os homens não tivessem tido à sua disposição substâncias que «permitissem» variações de humor, alterações ao nível da percepção e dos estados de consciência. Todavia, é também conhecido que o consumo de

droga não seria efectuado sem regras, mas sim regularizada através de actos religiosos, práticas médicas e encontros sociais típicos daquele tempo (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

Ao longo dos anos, as diferentes perspectivas relativas à matéria de droga foram-se evidenciando, chegando a ser consideradas como um paradigma (Poiares, 1998) social e temporal. Esse paradigma, beneficia a ciência ampliando o conhecimento daqueles factos que apresenta como relevantes, aumentando a correlação entre esses factos e as predições do paradigma e articulando-se ainda mais o próprio paradigma (Kuhn, 2003).

Segundo Poiares (1998), na emergência de arquétipos estariam envolvidas várias racionalidades, como a Justiça, a Política, a Economia, a Medicina, a Psicologia, e a Sociologia, que incorporam a Ciência do Comportamento Aditivo [CCA]. Com as alterações vividas no mundo das drogas fomos assistindo a uma evolução significativa no que diz respeito às leis impostas para o controlo deste fenómeno, o que, do ponto de vista sócio-científico, permitiu um conhecimento mais específico e directo, de um mundo novo que apareceu de uma forma suave, mas implacável (Poiares, 1998).

Neste seguimento, ao longo dos processos de evolução foram-se evidenciando diferentes visões sobre o fenómeno. Os padrões que surgiram duradouros no tempo abarcaram questões concretas, ressaltando o problema fiscal desenvolvido (consequência das primeiras leis que encararam a droga como mercadoria comercial fiscal e a necessidade de controlo por parte do estado); a preocupação com o crime e suas consequências; a visão do sujeito, como um doente necessitado de tratamento e não de repressão criminal e, por fim, a visão do sujeito apresentado numa perspectiva global, como actor do mundo (Poiares, 1998).

Com esta vertente evolutiva da matéria em causa iniciou-se o processo com vista à obtenção de um melhor entendimento relativo às principais motivações para o desenvolvimento progressivo da substância.

Com a criação das primeiras leis sobre droga, entre 1914 e 1970, procurou-se trabalhar para um maior controlo e supervisão das substâncias consideradas psicoactivas. Passou-se, assim, a definir uma política geral que combatesse as infracções fiscais, contudo isto foi consumado sem que se tivesse em conta, o perfil do consumidor, restringindo-se o legislador unicamente à previsão e regulamentação dos aspectos relacionados com a substância (Poiares, 1998). Denominou-se este período como paradigma fiscal.

Todavia, entre 1970 e 1975, Portugal assistiu a um retrocesso da própria postura face às medidas aplicadas. Este recuo foi justificado pela rigidez do discurso político, adoptando uma postura moralmente agravada sobre a problemática da droga, situação que foi

rapidamente associada ao movimento do regime ditatorial em que Portugal estava inserido. A comunicação que este regime passava era o de associar a toxicod dependência a uma postura anti-patriótica, subordinada a um movimento político comunista (Poiães, 1998), contudo esta posição atenuou-se com a Revolução do 25 de Abril de 1974. Posteriormente a esta mudança gradual, Portugal foi-se adequando às orientações internacionais a respeito do fenómeno do consumo de drogas, tendo começado a adoptar medidas com rumo ao tratamento e aos cuidados dos indivíduos toxicod dependentes (Sommer, 2004, citado por Nunes & Jólluskin, 2007).

Em Portugal, os anos 70 espelharam a expressão de grandes mudanças político-institucionais, económicas e sócio-culturais, que se constituíram como referências essenciais à caracterização do fenómeno da droga no país. Desse modo, a indução de uma vertente que visava à sensibilização dos cidadãos, para os problemas associados ao fenómeno droga, permitiu o aparecimento de um novo paradigma, o paradigma criminal.

Durante aquele período salientava-se a edição de um novo ordenamento legislativo – Decreto-Lei 420/70, de 3 de Setembro de 1970, assente numa perspectiva criminalizadora do consumo de drogas, onde se inseriam várias disposições sobre tráfico de estupefacientes – acompanhado da autentificação da Convenção Única sobre Estupefacientes [CUE] de 1961. A referência normativa regia-se numa racionalidade criminalizadora do consumo, atendendo aos riscos presentes ao nível da saúde, moral e física dos consumidores (Agra, 1997). Uma vez mais, o direito interno foi modificado em função de comandos convencionais e como meio de se adaptar as exigências ao nível externo, o que foi significativo para um país cujo regime político era visto cada vez mais como aberração - a publicação de um Decreto-Lei adoptou uma outra racionalidade punitiva (Poiães, 1998).

O legislador optou por uma postura repressiva sem a definição de medidas profiláticas. A lógica que então se configurava já não era mercantil/fiscal, introduzindo-se assim o paradigma criminal: utilizar as drogas passou a ser um facto criminalmente tipificado, reclamando castigo (Poiães, 1998).

O consumo de estupefacientes indiciavam a aquisição de uma segunda geração de delitos, como atentados ao património – roubo, furtos, assaltos a farmácias – assim o utente de drogas tomava como aquisitivo a invasão das ruas e as praças, consumo em plena luz do dia, desafio da tranquilidade social, fosse este nos grandes centros urbanos, ou nas refundidas localidades. Não ficando alheios a esta onda criminal, os organizadores do sistema político passaram a clamar a existência de um endurecimento do sistema penal e processual penal,

com vista ao agravamento das penas concretas aplicadas aos traficantes, traficantes-consumidores e consumidores agentes de crimes anexos. Assim, o crime progrediu e os traficantes diversificaram-se e proliferaram (Almeida, 1997).

Foi crucial “parar para pensar” - não parecia ser este o caminho a trilhar para a resolução da problemática vivida.

Foi, então, no período de 1975 a 1982, que se institucionalizou o poder segundo o paradigma clínico psicossocial. A marca da entrada de Portugal num Estado Social de Direito, não ficou indiferente à questão da droga, que passou a fazer parte dos discursos dos governantes nacionais, aprovando-se o Decreto-Lei n.º 745/75, de 31 de Dezembro, marcando o início da criação de estruturas de combate à droga em Portugal (Dias, 2007), nomeadamente a atenuação das penas relativamente aos consumos e deixando de criminalizar o acto da mesma forma (Poiars, 1998).

Uma vez instalada em Portugal, a problemática das drogas incidiu sobre a população jovem, passando a ser considerada uma prioridade política do Governo a aplicação de um modelo de intervenção que visava o tratamento médico-social do toxicómano e procurava assegurar a cobertura profilática da população em alto risco. Foi então, nesta visão clínico-policial, assente no problema da droga, que se criou o Centro de Estudos da Juventude (CEJ) e o Centro de Investigação Judiciária da Droga (CIJD), dispositivos legais cuja competência estava ligada ao estudo dos fenómenos da droga, nomeadamente o tratamento, e o estudo dos problemas judiciais da droga, bem como o desenvolvimento de actividades de investigação, fiscalização e repressão criminal nesse domínio (Dias, 2007). O Decreto-Lei n.º 745/75, de 31 de Dezembro veio consagrar a necessidade existente em analisar o fenómeno da droga no seu domínio clínico, psicossocial e repressivo.

A aplicação dos vários diplomas legislativos permitiu o abandono das especificidades implementadas pelo modelo criminal. Assim, o fenómeno que envolvia as substâncias psicoactivas continuou a ser identificado como um produto instituído socialmente, como um constructo social (Dias, 2007).

Com o aparecimento do VIH/SIDA, resultou uma nova e arrasadora realidade no âmbito do tratamento da toxicodependência, implementando-se o paradigma biopsicossocial (Poiars, 1998), passando a dar valor a todas as vertentes que envolvem o sujeito. Este passa a ser contido num rol de aspectos sociais. importantes para o seu desenvolvimento, tratamento toxicológico. Desta forma, e como consequência, passou a ser mais significativa a visão do *actor social* (Touraine, 1998), juntamente com as exigências de integração e intervenção

médico-farmacológica. Foi esta posição que levou à ideia de que a toxicod dependência não seria uma questão definitiva e aplicável no geral populacional, mas marcada como carenciada de controlo social e farmacológico eficiente (Sommer, 2004, citado por Nunes & Jóluskin, 2007).

Com o paradigma biopsicossocial, a partir de 1983 iniciou-se a visão do toxicod dependente em todas as suas vertentes. Nesta fase, toda a legislação adquiriu como denominador comum, o intuito de salvaguarda psíquica do consumidor, através da redução da estigmatização social, passando pela possibilidade de não pronúncia e dispensa da pena, resultando assim na censura do acto do uso de droga e não do actor como sujeito de terapia e reinserção social, visando-se-lhe a cura e a reentrada no mundo das pessoas úteis. Todo aquele que se disponibilizaria para tratamento (sujeito de terapia e reinserção social) era visto como alguém que estaria disposto à modificação de comportamentos, aberto a novas hipóteses de resolução de problemas e demonstrando condições para ser considerado como potencial exemplo para futuros sujeitos. Desta forma, pressupõem-se uma abordagem, sobretudo pluridisciplinar, procurando obter a contribuição dos diferentes segmentos do saber social, deixando o sistema jurídico de se situar num estatuto de onnipotência (Poiares, 1998).

O problema da droga passou a ser visto de diversas visões, começou a ser considerado um processo essencial de análise de vários métodos e teorias subjacentes à toxicod dependência. Assim, a droga, é vista como indissociável da vivência humana e, por isso, considerada como um problema, social.

Dentro das três componentes de conflito que Nowlis (1975) identifica para a compreensão da utilização das drogas, considera que o modelo jurídico-moral, médico ou de saúde pública psicossocial e, ainda, o modelo sócio-cultural, são exemplos da diversidade presente em torno da toxicod dependência.

O modelo jurídico-moral enfatiza o produto enquanto agente activo, encarando-o como inócuo, num aspecto social e judicial; ou perigoso, por não ser aceite por nenhum dos semblantes anteriores. Por seu lado, no modelo médico ou de saúde pública, emerge uma vertente tendencial de substituição do modelo anterior. Por outras palavras, aqui a droga era vista como geradora de dependência e o indivíduo encarado como vulnerável ou não vulnerável, defendendo que o consumidor deveria ser tratado com a simplicidade normal de tratamento imputada em todos os outros doentes. Com o modelo psicossocial, o indivíduo é tido como o centro de todo o processo numa lógica tripartida (droga – indivíduo – contexto). Deste modo, tanto o consumidor como o consumo de drogas é encarado como um factor

complexo e dinâmico, fazendo parte do momento primordial de intervenções. O modelo sócio-cultural vincula ainda mais o factor contexto, analisando o modo como a sociedade define a toxicoddependência e os seus utilizadores e, ainda, a sua forma de reacção (Nowlis, 1975).

Concomitantemente, em 1983, ou 10 anos depois, com a publicação do Decreto-Lei 15/93, de 22 de Janeiro, o objectivo do legislador impunha-se na recuperação clínica e psico-social dos toxicómanos, evitando que as fortunas acumuladas provocassem transacções criminosas, diligenciando o evitamento da dilatação do tempo relativamente ao seu percurso de vida. Por outro lado, revela-se ainda uma atitude utilitarista, na medida em que a recuperação funciona também como profilaxia da criminologia (Poiares, 1998).

Actualmente, e dando continuidade às mutações das medidas, encontra-se em vigor desde Julho de 2001, a Lei 30/2000, de 29 de Novembro. Com a Lei 30/2000, de 29 de Novembro, objectiva-se a definição do regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a protecção sanitária e social das pessoas que consomem essas substâncias sem prescrição médica (Artigo 1.º), contudo actos de consumo e posse passaram a ser consideradas sanções administrativas, coimas ou limitações de direito (*e.g.* suspensão da carta, proibição de frequentar certos locais, interdição de ausência para o estrangeiro sem autorização, prestações de trabalhos comunitários ou até donativos a instituições de solidariedade social).

Com a denominada «Lei da Droga», a aquisição e a detenção para consumo próprio de plantas, substâncias ou preparações contidas nas tabelas anexas ao Decreto-Lei nº15/93, de 22 de Janeiro, passaram a compreender contra-ordenações. Contudo, a posse ou consumo não pode exceder as quantidades necessárias para o consumo individual num determinado espaço de tempo, correspondente a dez dias.

Esta situação legislativa procura solucionar a problemática patente ao consumo de droga com o tratamento voluntário, onde é possível a qualquer médico referenciar o abuso de plantas, substâncias psicotrópicas ou estupefacientes, aos serviços de saúde do Estado. Assim, entendem-se legitimadas as medidas de tratamento ou assistência no interesse do paciente, dos familiares e comunidade, para os quais não existam meios disponíveis (Artigo 3º).

Com este dispositivo jurídico (lei 30/2000, 29 de Novembro) tornou-se possível a colaboração com outras entidades, nomeadamente o Instituto Português da Droga e Toxicoddependência (IPDT), a Comissão para a Dissuasão da Toxicoddependência (CDT), para a execução de tratamentos aceites pelo consumidor toxicoddependente. E, para o cumprimento

desta medida de tratamento disposta na Comissão e o Governo Civil, estes recorrem, dependendo da pertinência de cada caso, aos serviços públicos de saúde, aos serviços de reinserção social, às autoridades policiais e às autoridades administrativas (Artigo 9º). Deste modo, e com a ajuda essencial destas comunidades intervenientes, o consumidor tem um tratamento mais individualizado, uma vez que o seu caso será possivelmente analisado por mais do que uma instância, de forma a haver um programa de tratamentos específico, consoante a necessidade do paciente. Contudo, para que o tratamento tenha sucesso, a vontade e motivação do paciente toxicodependente é primordial.

1.2. Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência com intervenção num mundo consumidor

Reconhecendo a definição de «dispositivo» que Foucault (1988) adoptou na obra *Vigiar e Punir*, sem nunca a ter delimitado concretamente, abordaremos a criação das CDT's.

A partir deste dispositivo começa-se a procurar evidenciar e encontrar soluções para a problemática presente. As CDT's pretendem destacar a necessidade de procurar novas vias para a dissuasão do fenómeno da evolução da droga. Deste modo, o objectivo central desta estrutura baseia-se em deliberar contingências sociais, culturais e económicas resultantes.

Neste seguimento, afigura-se-nos importante o sentido do conceito de dispositivo utilizado ao longo desta linha de investigação. Definido como um mecanismo disposto para alcançar um determinado fim (Dicionário de língua portuguesa, 2007), em diversas situações surge como sinónimo de ordem, engenho ou mecanismo. Para Foucault (1988), representa um mecanismo de exercício de poder, controlo e de normalização. Estes dispositivos procuram actuar em todas as vertentes envolventes em que o consumidor se encontra. Com a criação destas estruturas, nomeadamente as comissões ou o IDT, passa-se a diligenciar de forma adequada encontrando um enquadramento pessoal, social e económico para a população consumidora

Sustentado no paradigma biopsicossocial (Poiars, 1998), a que aludimos anteriormente, tem início a descriminalização das drogas levando a uma perspectiva divergente do consumidor – objecto de diferentes observações e necessidades, descentradas da mera condenação da ilicitude do acto e atendendo-se, primordialmente, às características psíquicas do sujeito. Nesta fase potenciou-se uma redução do estigma social, motivado pela

salvaguarda psíquica do consumidor, descriminalizando o indivíduo consumidor. Como resultado dessa descriminalização, dava-se ao infractor a possibilidade de dispensa da medida privativa de liberdade, caso este aceitasse o tratamento para o qual era destinado de forma voluntária (Poiares, 1998).

O processo de descriminalização foi marcado por um longo desenvolvimento, passando por vários momentos legislativos e várias iniciativas. Como forma de colocar todos os acordos, planos e estratégias até então estipulados, a criação das CDT's vieram permitir a introdução de uma linha de intervenção de cariz juspsicológico sobre os consumidores de substâncias ilícitas, reforçando o princípio da oferta de tratamento, educação e reabilitação em alternativa às medidas de prevenção de liberdade e sanções penais para delitos relacionados com o consumo de drogas ilícitas (Basílio, 2007).

A intervenção juspsicológica veio promover uma articulação de saberes que possibilitam direccionar as necessidades do Direito e as vertentes comportamentais da Psicologia, e trabalhá-las com o objectivo de se complementarem no percurso para um só fim, o procedimento diferenciado adaptado a cada problemática e cada sujeito. Esta intervenção consagra uma maleabilidade de perspectivas, presenteando o interveniente com um tratamento individualizado (Poiares, 2000; 2001), que é ouvido pela CDT, e proposto a uma avaliação dos consumos, tendo em conta o registo já existente e posteriormente discute-se qual a melhor medida a aplicar (apoio psicológico, tratamento, coimas ou trabalho comunitário, inibição de conduzir ou frequentar certos locais, obrigatoriedade de cumprir apresentações na policia ou serviços de saúde, entre outro) (IDT, 2010).

Atendendo à realidade a que fomos sendo expostos relativamente ao desenvolvimento dos diplomas legais, a sociedade começou a optar por estratégias mais adaptativas à evolução do fenómeno.

Em Portugal, a descriminalização teve como objectivo não suprimir a proibição existente nos consumos de droga, mas sim atribuir um carácter mais humano e eficaz à intervenção. Surgiram assim, as autoridades administrativas que se substituíram aos tribunais («comissões para a dissuasão do uso»). Objectivando a criação de um primeiro contacto com aqueles que confrontados pela polícia, e mediante uso ou posse ilícita de substâncias psicoactivas, seriam dissuadidos de dar continuidade às praticas normais de consumo, independentemente de este ser considerado pelo individuo como ocasional, regular ou problemático (Basílio, 2007).

Desta forma, o sujeito consumidor teria a oportunidade de se consciencializar dos próprios consumos, encontrando uma nova perspectiva de mudança dos comportamentos, possibilitando o combate e controle dos hábitos e uso de substâncias.

Uma vez colocada em prática a descriminalização, o consumo ou a posse, não deixaram de ser punidos, mas passaram a sanções administrativas ou coimas. Mediante isto, às comissões caberia a função de intervir junto dos consumidores iniciados, recorrendo a práticas concordantes com as leis e com a intervenção predominantemente psicológica, médica e social (Decreto-Lei nº130-A/2001, de 23 de Abril). No plano de actividades de 2010 é proposto a melhoria da dinâmica de conúbio entre os parceiros (internos e externos), com vista a garantir a aplicação eficaz e proveitosa das necessidades preventivas, sanitárias terapêuticas ou sancionatórias (IDT, 2010).

Estas comissões estão habilitadas de forma a trabalhar um agregado de princípios e estratégias emergentes com fim à dissuasão, sustentando-se numa regra de redução da procura. As respostas que surgem destas comissões correspondem às reais necessidades da população consumidora. Estas respostas aproximam-se do desenvolver da mediação entre situações de consumo e medidas sancionatórias, trabalhando a motivação para a mudança de comportamentos e adesão a programas terapêuticos, sem nunca desresponsabilizar o interveniente.

Contudo, a intervenção em toxicodependência não se constitui um fim por si só, comprometendo a descentralização das substâncias, assumindo o foco no sujeito e nas necessidades reais ou ilusórias.

Capítulo II – Droga como mundo próprio

2. Introdução

2.1. Comportamentos aditivos

2.2. Toxicodependentes

Capítulo II – Droga como mundo próprio

2. Introdução

A droga, nomeadamente o seu consumo, é considerada um fenómeno social que engloba um vasto grupo de indivíduos (*e.g.* investigadores, políticos, legisladores, entre outros), motivado pela existência de elevados factores humanos, económicos, sociais, representativos na nossa sociedade (Otero-López, 1997).

A droga (substância lícita ou ilícita) caracteriza-se como produtora de alterações no estado de consciência. O seu uso e suas implicações ao nível social e da saúde, constituem um desafio complexo e multidimensional, sendo que o seu efeito pode variar da ligeira estimulação causada por uma chávena de café ou chá, até a efeitos mais profundos, como os provocados por alucinogénios, tais como as plantas que conduzem à alteração da percepção do tempo, do espaço e do próprio indivíduo (Seibel & Toscano Jr., 2001). A Organização Mundial de Saúde – OMS (2006) usa a designação de substâncias psicoactivas ou drogas psicotrópicas, considerando-as como corpo que, quando introduzidos no sistema orgânico, afectam os processos mentais, os aspectos cognitivos ou afectivos (Observatório Europeu de Droga e da Toxicodependência – OEDT, 2009).

O estudo das drogas como mundo próprio abarca um vasto leque de estudos, tanto qualitativos como quantitativos. Todavia, a experiência que abrange a problemática não tem parado de aumentar, tornando-se justificativa a existência de uma melhor compreensão e focalização da atenção na exploração dos aspectos que circunscrevem os percursos de vida adictos (Nunes & Alves, 2008). Deste modo, é importante estudar e aprofundar este «mundo próprio», para melhor conseguirmos compreender, para um melhor prevenir e intervir, tendo em conta tudo o que rodeia o sujeito.

Ao longo dos anos o mundo das drogas foi-se ramificando em várias modalidades discursivas. Deste fenómeno surgiu um apelo, feito com vista à avaliação crítica relativamente às condições comportamentais dos sujeitos consumidores de droga, o que motivou, ainda, à criação de uma representação do fenómeno a vários níveis de conhecimento: senso comum, mítico, filosófico e científico. Cada variante de conhecimento tem a sua explicação para o desenvolvimento da matéria, levando a várias interpretações (Agra, 1993). No senso comum figura uma relação das interpretações, tendo por base uma multiplicidade de acontecimentos vinculados à representação que a problemática exerce em cada sujeito; o lado mítico explica o

entendimento do fenómeno estabelecendo uma ligação entre o visível e o oculto; a dimensão filosófica constrói um sentido universal para a existência da matéria em causa e, por último, a existência de uma perspectiva mais científica não assentando no simples mundo de opiniões, ambicionando explicações credíveis e consistentes (Quivy & Campenhoudt, 1998).

Ajustada numa perspectiva científica, esta problemática motiva a indagação de explanações credíveis para o esclarecimento geral e fundamentado. Desta forma, a procura de soluções explicativas, torna-se num bom caminho para um melhor entendimento da temática em causa, de modo a alcançar todas as resoluções possíveis para a diminuição ou controlo da problemática.

Assim, a combinação dos efeitos de reforço positivo das drogas com a redução dos estados emocionais de abstinência fornecem uma força motivacional para a tomada compulsiva de droga que caracteriza a dependência, física ou psíquica. O seu consumo assegura-se incluso num dos factores destabilizadores mais importantes entre os sujeitos, fundamentado na gravidade motivada pelas preocupações físicas, psíquicas e sociais associadas (Sanz, Castellano, Acín & Archanco, 2006). O uso de substâncias psicoactivas, assim como outros comportamentos de risco não se submetem a relações causais explícitas. A toxicodpendência é multifactorial e complexa, podendo chegar à conjugação de várias naturezas, referentes a aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais (Abraão, 1999).

2.1. Comportamentos aditivos

Dependente da heroína;
Dependente da cocaína;
Dependente do álcool;
Dependente do tabaco;
Dependente do café...
DEPENDENTE!

Através de procedimentos simples ou complexos, o homem descobriu a sua própria produção de estados de satisfação e prazer artificial. Existe um cômputo de indícios, históricos e etnográficos que permitem distinguir as diferenças existentes nas sociedades. Muitos dos produtos para estimular, sedar, disfarçar a dor, provocar mudanças sociais, motivar sensações agradáveis, alterar o estado de humor, a cognição e a percepção, alucinar, apreciar diferentes formas de conhecimento divergentes das habituais, entre outros, servem, quando usados e consumidos, para definir o conceito de consumo de drogas (Romaní, 1999;

Toscano Jr., 2001). Contudo, tudo seria diferente caso essa produção não corresse por dentro e provocasse consequências devastadoras. No entanto, existem outras perspectivas de busca de satisfação, a existência de muitas outras «coisas» que promovem prazer no homem de forma saudável (e.g. adrenalina), caso contrário a vida seria um destino de martírios.

Durante a vida, muitas pessoas experimentam substâncias potencialmente produtoras de dependência. Apesar de serem diferentes ao nível da sua constituição genética, explicam grande parte das variações existentes nos consumos de substâncias psicoactivas e, consequentemente, no próprio desenvolvimento de dependência em certos sujeitos.

Existem estados de prazer que matam, mas o da dependência é olhado como sinónimo de uma loucura sem limites. Quando se fala em dependência e adição, parece claro que se tratam de fenómenos intrínsecos - «*El hombre es un ser dependiente por la naturaleza*» (Romaní, 1999, p.59). Assim, o Homem, ao longo do seu crescimento, é orientado pelos seus instintos, pelas tomadas de decisão, pela sua cultura e aprendizagens, o que também pode ser considerado como uma forma de dependência (do meio ambiente que o rodeia), sendo este, uma marca importante na sua vida.

Ao abordar a temática das dependências, estamos perante um fenómeno demasiado complexo.

Dependências há muitas e para alguns indivíduos, dependendo das condições implícitas, algumas são definidas como patológicas. A dependência de drogas transforma o sujeito num toxicodependente e o desabafo «já não consigo passar sem isso», é um dos factores para se diferenciar o uso ocasional de drogas e a toxicodependência, dificultando a definição, compreensão ou tentativa de explicação da relação que se instaura entre a substância e o sujeito consumidor (Morel, Hervé & Fontaine, 1998). Por esta razão, os autores consideram melhor abordar a dependência como um estilo de vida escolhido pelo interveniente.

Segundo o DSM-IV-TR (2002), a dependência de substâncias cinge-se a um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, apesar de todos os problemas associados à mesma. A dependência desencadeia, assim, uma série de sintomas (tolerância e abstinência – síndrome de dependência). Contudo, só há pouco mais de duas décadas a dependência de substâncias psicoactivas começou a ser entendida como uma disfunção cerebral, tal como os distúrbios psiquiátricos e neurológicos. Por exemplo, quando um sujeito consome substâncias e daí resultam efeitos hedónicos (recompensa), essa

experiência activa os circuitos cerebrais específicos, tornando previsível a repetição dos seus consumos (Ribeiro, s/d, citado por Torres & Lito, 2008).

Os comportamentos aditivos recaem na instabilidade da estrutura psíquica subjacente, a vulnerabilidade da personalidade e da sua actividade mental (Ramos, 2004, citado por Torres & Lito, 2008; Toscano Jr., 2001). Comportamentos arrolados com a problemática da toxicoddependência estão relacionados com os problemas emocionais de cada um (Hopper, 1981, citado por Torres & Lito, 2008) e com a compreensão que o desenvolvimento infantil tem em comparação com o comportamento adquirido pelo sujeito toxicoddependente, particularmente em termos dos «deficits do Ego» (Freud, 1949, citada por Torres & Lito, 2008).

Mediante as situações acima referidas, é de salientar a importância atribuída à motivação que os sujeitos imputam aos consumos, nomeadamente para se tornarem dependentes de drogas. Desta forma, existe uma diversidade de factores que podem contribuir para que o consumo tenha entrado na vida dos sujeitos. Hipoteticamente, existem factores preditivos associados ao início do consumo: factores pessoais, sociais e ambientais são alguns exemplos promotores do início e/ou manutenção do uso de substâncias (Frazão, Pereira, Magalhães, & Teles, 2005; Romaní, 1999; Rosa, 1998; Dias, 2002; Toscano Jr., 2001).

Quando fazemos referência ao impacto e desenvolvimento que a problemática da droga têm na vida de cada indivíduo, estamos a articular duas oscilações que interferem positiva ou negativamente no percurso de vida de cada um. Nessas variáveis temos compreendido factores de risco (Cunha Filho & Ferreira-Borges, 2008; Toscano Jr., 2001), que se caracterizam como condições que engrandecem a probabilidade de ocorrência de comportamentos, com potencial para afectar a saúde, nomeadamente do ponto de vista biológico (*e.g.* predisposição, vulnerabilidade genética, metabolismo, entre outras), psicológico (*e.g.* personalidade, estados emocionais negativos, reduzidas competências, imitação, modelos familiares desfavoráveis, entre outras) e social (*e.g.* influência do grupo social, facilidade de proximidade de locais de venda, fissuras socialmente desfavoráveis). Quanto à outra variante, incluem-se os factores de protecção, estes diminuem a probabilidade de existência de factores de risco na adesão aos consumos de drogas (Moreira, 2005), procurando soluções adaptativas (dinâmicas e interactivas, à situação evolutiva do sujeito consumidor).

As diferenças implícitas no impacto que os factores de risco e protectores têm em diferentes sujeitos devem-se à etapa de desenvolvimento humano, evolução que deverá ser

tida como uma resultante do equilíbrio entre as duas variantes presentes. Contudo, temos presente que aqueles não ocorrem em simultâneo na vida da pessoa, surgindo em diversos momentos e proporcionando ou dificultando a progressão do envolvimento com substâncias psicoactivas na adolescência e na idade adulta (Toscano Jr., 2001).

Segundo Dias (2002), a entrada na adolescência é considerada uma importante etapa do desenvolvimento pessoal, o indivíduo começa a demonstrar as resultantes do próprio conhecimento, procedendo à permuta dos laços afectivos familiares pelos do grupo de pares, acabando por ambicionar uma relação mais adulta que o caracteriza nesta fase de desenvolvimento. Esta etapa, da «crise da adolescência», é de difícil compreensão por parte dos progenitores, chegando estes a considerar, tais atitudes, como uma rejeição ou abandono.

O problema alonga-se também ao grupo de pares, podendo o comportamento aditivo desenrolar-se para comportamentos marginais ou mesmo delinquentes (Dias, 2002; Frazão, Pereira, Magalhães, & Teles, 2005) e ainda levar/motivar ao insucesso escolar e ao desenvolvimento de fracas capacidades sociais (Frazão, Pereira, Magalhães, & Teles, 2005).

Contudo, a contribuição de cada factor interveniente no desenvolvimento do comportamento toxicodependente não é possível de ser medido, uma vez que cada factor de risco e cada tipo de substância influenciam de diferentes formas o envolvimento do consumidor com as drogas (Haden e Edmundson; Scheier e Newcomb, 1991, citados por Frazão, Pereira, Magalhães, & Teles, 2005; Toscano Jr., 2001).

Deste modo, considera-se que o fenómeno da droga e a forma como funciona com cada sujeito adquire uma visão multifactorial, podendo variar mediante as condições de vida e pessoais e, ainda, o modo de organização da vida de cada indivíduo, afirmação que se justifica com o factor variável da faixa etária, nomeadamente, ao longo do desenvolvimento de vida não distinguindo a diferença de géneros (Toscano Jr., 2001; Dias, 2002).

Os factores referidos acima interferem, ainda, na construção da personalidade. Segundo Bergeret (1991), não se trata de identificar um tipo de personalidade típica existente nos dependentes de droga. Contudo existe a possibilidade de estruturação da personalidade e traços funcionais que se tornam comuns. A maior parte dos dependentes apresenta uma estruturação de personalidade depressiva, indicativa de uma imaturidade afectiva e, ainda, da existência de problemas de identidade (Toscano Jr., 2001).

Segundo Marlatt (1985, citado por Nunes & Jóluskin, 2007), o uso sem controlo de substâncias psicotrópicas visa uma bonificação imediata, podendo estar presente a falta de controlo sobre os comportamentos. Porém, os autores afirmam que esta conduta aditiva

prende-se com os hábitos de consumo, com situações anteriores, crenças individuais, expectativas de vida e o seu percurso e, ainda, com as suas experiências e aprendizagens. De acordo com esta perspectiva, destacam alguns factores a ter em conta:

- i. O conflito de motivos, relacionado com o prazer imediato e a tentativa e evitamento ou adiamento dos efeitos infaustos - oscilações entre pólos diferentes;
- ii. O aparecimento de reacções defensivas, que surgem no seguimento do ponto anterior, tais como o evitamento de decisões objectivas, a própria racionalização e a negação (Nunes & Jólluskin, 2007).

A problemática que envolve o fenómeno não se desenvolve apenas pelo consumo banalizado integrado no dia-a-dia, tal como retratado pelo senso comum. Começa antes a expandir para um formato de reflexões que já começam a levantar questões. Aqui a forma do sujeito consumidor alcançar novas experiências com a simples adição de uma outra substância ao seu consumo habitual torna-se numa nova visão de hábitos de consumo passando a sobressair uma assimilação de variações de consumo.

Estas novas interacções existentes nos «novos» consumos denominam-se de «policonsumo de drogas». Esta definição é utilizada por muitos Estados-Membros, que se referem ao consumo de mais do que uma droga ou tipo de droga pelo mesmo indivíduo — consumo simultâneo ou sequencial, tal como definido no léxico da Organização Mundial de Saúde - OMS (Observatório Europeu de Droga e da Toxicodependência (OEDT), 2002). Assim, o policonsumo surge associado ao abuso de diferentes drogas em simultâneo (Nunes & Jólluskin, 2007).

Existe uma forte relação entre o abuso de drogas ilícitas e os problemas associados ao seu uso (Schuckit, 1998).

O discurso sobre o consumo de drogas refere-se, geralmente, a substâncias específicas (drogas ilegais e consideradas pesadas). Dificilmente deixará de se concluir que esta perspectiva unidimensional está a tornar-se cada vez mais inútil para entender a natureza evolutiva dos padrões do consumo de substâncias na Europa. As pessoas que consomem drogas quase nunca restringem o seu consumo a uma única substância (OEDT, 2009). Actualmente, a nível europeu, os padrões de policonsumo de drogas são a norma e o consumo combinado de diversas substâncias, responsáveis pela maioria dos problemas com que somos confrontados (OEDT, 2009), tanto dirigidos para as principais resultantes (alterações neuropsicológicas), como destinados aos pares e familiares do consumidor (crimes associados ao consumo). Os consumos tipificados já se mostram diminutos, levando a uma progressão

contínua relativas ao abuso de outras drogas (perturbadores, depressores ou estimuladores do sistema nervoso central). Actualmente regista-se um aumento acentuado ao nível dos policonsumos, combinações como a do consumo de álcool e de heroína, não deixando o consumo de cocaína, metadona e tabaco cada vez mais presentes no meio envolvente dos jovens. É ainda de salientar que os consumidores de opiáceos, como a heroína acabam por consumir também cocaína (Nunes & Jólluskin, 2007).

Fazendo referência aos policonsumos, teremos que distinguir as diversas formas de uso de substâncias, a possibilidade de existência de problemas temporários relacionados com outras substâncias, abuso e dependência que se integram nos critérios do DSM-IV-TR (2002). É importante, depois de clarificadas as distinções existentes entre os sujeitos que consomem, desenvolver um esquema para classificar o abuso com «polissubstâncias» ou «multissubstâncias». O abuso de «polissubstâncias» relaciona-se com o uso de mais do que uma substância psicoactiva, não incluindo opiáceos; enquanto o abuso de «multissubstâncias» envolve duas substâncias psicoactivas que não o álcool, nicotina, cafeína ou medicamentos sujeito a prescrição médica (Schuckit, 1998).

De acordo com o DSM-IV-TR (2002), o consumo de uma droga de abuso (incluindo o álcool) designa-se como *perturbações relacionadas com substâncias*, não excluindo os efeitos secundários de um medicamento ou a exposição a um tóxico, que também estão confrontadas com esta perturbação. As substâncias incluídas nestas perturbações estão agrupadas em onze classes: álcool, anfetaminas ou simpaticomiméticos de acção similar, cafeína, *cannabis*, cocaína, alucinogénios, inalantes, nicotina, opiáceos, fenciclidina (PCP) ou arilciclo-hexilaminas de acção similar e sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e a cocaína com anfetaminas e simpaticomiméticos de acção similar. As perturbações relacionadas com substâncias ramificam-se em dois grupos, *perturbações pela utilização de substâncias* (e.g. dependência e de abuso de substâncias) e *perturbações induzidas por substâncias* (e.g. intoxicação por substâncias, abstinência de substâncias, *delirium* induzido por substâncias, demência persistente induzida por substâncias, perturbações mnésicas induzidas por substâncias, perturbação psicóticas induzidas por substâncias, perturbações do humor relacionadas com substâncias, perturbação da ansiedade induzida por substâncias, perturbações sexuais induzidas por substâncias e por último perturbações do sono induzidas por substâncias).

Os consumos quando evoluem para estado de dependência física (tolerância ou abstinência) e dependência psicológica (utilização compulsiva) originam sucessivas perdas de

autodeterminação da conduta do sujeito, exemplo disso são os comportamentos adquiridos (roubo, furto, agressão) pelos sujeitos dependentes. Esses comportamentos são adquiridos como busca incessante dos estados de prazer proporcionados pela matéria e respondendo à falta física que algumas substâncias provocam (ressaca, abstinência).

O relatório da OEDT (2009) dá atenção ao policonsumo de droga, analisando a forma como o consumo de múltiplas substâncias afecta diferentes grupos de consumidores. As conclusões apontadas revelam que, entre os jovens, o consumo de variadas substâncias pode aumentar o risco de problemas agudos e prenuncia do desenvolvimento posterior de um hábito de consumos crónico.

Entre os consumidores de droga regulares e mais velhos, o policonsumo é um dos principais factores contribuintes para a *overdose* de droga, para além de dificultar o tratamento da toxicoddependência e de estar associado à violência e à violação da lei. Realça-se, ainda, a variedade cada vez maior de substâncias, muitas delas não controladas, (*e.g. cannabis*), a inovação na produção de drogas sintéticas e as crescentes preocupações suscitadas pelo abuso de medicamentos sujeitos a prescrição médica (OEDT, 2009).

No policonsumo o grande perturbador tem vindo a ser o álcool, por ser um bom combinado com outras drogas. O consumo de álcool encontra-se designado com droga lícita, sendo permitido o seu consumo, compra e venda em locais públicos. Assim, a sua presença no dia-a-dia de um cidadão português é visto como natural, uma vez que não é encarada como uma droga (substância que provoque mal-estar social intenso) para os seus consumidores. Combinações desta substância com cocaína, metadona ou tabaco são mais frequentes entre os jovens. O tabaco e o álcool são substâncias de fácil aquisição, apesar de terem idades de permissão estabelecidas, é comum ver um jovem com idade inferior à permitida a consumir estas duas substâncias. A mesma facilidade de acesso verifica-se com a cocaína, de facto, a compra de substâncias ilícitas é hoje um acto de fácil acesso. Uma das situações que advém dos policonsumos é a adulteração das essências (Nunes & Jólluskin, 2007). A deturpação dos produtos provoca um «corte», cujo intuito é aumentar artificialmente o seu valor, comprometer os lucros aos revendedores ou até, modificando a massa da substância, iludir a quem a adquire e, ainda, ajuda a confundir o faro dos cães colaboradores das autoridades responsáveis por estas buscas (OEDT, 2009). Como resultante, podem surgir situações de perigo, variando estas mediante as substâncias usadas na adulteração. Contudo, não devemos igualar a definição de adição de adulterantes, com o consumo simultâneo de várias drogas. Estes dois actos de consumo não se devem confundir, uma vez que dizem respeito a acções

diferente, o consumo de adulterantes corresponde à adição de substâncias complementadas com produtos cujo objectivo é o de as diluir, manipulando-as e a aumentando artificialmente o seu valor, quanto ao consumo simultâneo (policonsumo), este equivale à adição concomitante de duas ou mais substâncias.

Temo-nos deparado com o facto de as causas (busca de novas experiências) e os efeitos (alterações neuropsicológicas) (Iruarrizaga, 2004) do consumo ou policonsumo serem muito diversificados, cada sujeito tem as suas motivações, particulares ou determinadas por outrem, para se iniciar como consumidor. Mostra-se demasiado casual e delicado generalizar uma causa a todos os que se iniciam ou até mais difícil se torna definir qual o efeito que os mesmos irão apresentar. Cada sujeito tem uma vida e uma experiência, e cada droga (lícita ou ilícita) vai ter diferentes resultados ou efeitos nos consumidores.

É na necessidade do desejo, que se funda à toxicodependência, tornando o sujeito autocentrado e devorador de si próprio, enlouquecendo, bloqueando e esvaziando o seu mundo (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

2.2. Toxicodependentes

O indivíduo, enquanto parte integrante da sociedade, desenvolve a sua personalidade na sequência das experiências vividas ou impostas pelo meio envolvente. Desta forma, o toxicodependente pode ou não, ao longo da sua vida, adquirir hábitos que o distingam enquanto pessoa. Erikson (1978) afirma que, a personalidade do sujeito é constituída por um todo sistemático, desenvolvendo-se desde a infância até à velhice, variando a sua formação com a interacção dos factores orgânicos, pessoais e sociais que o rodeiam. Por norma, o ambiente social é o factor que mais influência a construção e a preservação da unidade de personalidade do sujeito (Dias, 2002). Neste sentido, Erikson considerava o sujeito psicologicamente são, quando desenvolvido num sentido favorável em relação às noções ego-espaço-temporal, determinando o sujeito com uma pessoa única na sociedade, cujo passado, presente e futuro, só a este corresponde. Contudo, nem todas as trajectórias de vida eram consideradas como psicologicamente sãs. Os sujeitos com trajectórias de vida de consumo de drogas poderiam ser considerados como indivíduos psicologicamente doentes, uma vez que o início dos seus consumos poderiam ter motivado a disfunção, conduzindo a estados de dependência. O toxicodependente transfigura-se num doente física e psicologicamente, após a constatação do estado de dependência, sendo esta comprovada através de alterações

psiquiátricas e psicológicas (subordinação a um consumo independente do efeitos, depressibilidade do humor, carências a nível da identificação e ao nível da passagem ao acto e comportamentos auto-destrutivos) e, demonstradas pelo papel que a recaída tem (Rosa, 1998; Pagès-Berthier, 1993 citado por Angel, Richard &Valleur, 2002).

Considerado como variante do consumo de droga está o sujeito que se divide entre as categorias patológicas que dificultam a decisão quanto à posição que os consumos de substâncias psicoactivas têm. O toxicómano é, por isso, contido à racionalidade repartida e ordenadora das desordens psiquiátricas, deixando de existir a personalidade própria e passando a existir uma interrogação constituída por respostas já existentes – a sua identidade não desaparece, modifica-se (Dias, 2002). O toxicodependente vive subjugado à preocupação de encontrar um rápido alívio para a sua tensão interior. A sua dificuldade de encontrar satisfação no dia-a-dia e a intolerância à frustração, leva-o a procurar satisfação imediata na necessidade e no desejo sentido pela substância.

Os sujeitos dependentes de tóxicos, drogas, narcóticos, traçam um mundo de ideias próprio, acompanhado por níveis elevados de estimulação de tonalidade dolorosa, associados ao profundo estado de angústia e às dificuldades de controlo e tolerância ao *stress*, caracterizado pela desorganização ideativa (Agra, 2008). Podem viver num mundo envolto de sentimento vazio e de depressão, variando até à altivez maníaca provocada pela substância. Revelam uma imagem de si próprio e do modo como devem conduzir a sua vida, demasiado autocentrada, verificando-se, conjuntamente, uma adequação relativa ao comportamento interpessoal e à inexistência de indicadores de negativismo social. A sua relação com o meio envolvente é pouco consistente, quer motivada pelas suas ideias e pensamentos, quer pelos aspectos afectivo-emocionais.

Agra (2008) descreve que na relação droga-crime estão presentes três divisões distintas do toxicodependente. As variações evidenciam-se nos tipos:

- *Delinquente/toxicodependente*, caracterizado por ser o grupo mais visível em meio prisional. Estes sujeitos evidenciam alterações estruturais desde cedo, como por exemplo, uma frágil vinculação sócio-familiar. Os comportamentos pré-delinquentes (pequenos furtos) relacionam-se com situações de sobrevivência do consumo e com actividades desviantes, determinadas pelo grupo de pertença. Neste tipo, os primeiros contactos com as drogas ocorrem, por norma, por volta dos 16 anos, integrando-se na subcultura delinquente ou pré-delinquente. Os primeiros contactos com drogas compõem mais um elemento na vida desviante do sujeito, inserido nas actividades do grupo. Porém este factor, e com o

desenvolver do tipo de contacto estabelecido com as drogas, pode originar no consumo de drogas duras, consequência que pode ser atingida através de processos de modelagem ou arrastamento por parte dos membros com mais influência. Dentro das teorias psicológicas, perturbação da personalidade é determinante para a toxicodependência. Aspectos da personalidade do sujeito toxicodependente sobressaem, nomeadamente, a passividade, a dependência, a imaturidade sexual, a agressividade não controlada, uma sensibilidade reduzida em relação à frustração, sentimentos de inferioridade e uma grande tendência para a depressão (Rosa, 1998).

O uso de substância psicoactivas em grupos de jovens foi sendo considerado como um estilo de vida, que se relaciona com as relações interpessoais e actividades conjugadas com os grupos em que se inserem. Actualmente, a utilização de substâncias psicoactivas, aos olhos do jovem, é considerado um acto natural, na medida em que já não associa “droga” às representações que esta patenteia consigo – a droga é incorporada como elemento integrado nas práticas sociais (festas). Para os jovens, a conotação dada à *cannabis* já não se encontra dentro das drogas leves, o jovem hoje reclama a sua legalização justificando que o seu uso está completamente difundido na sociedade (Fernandes, 2009). Segundo os dados do *Health Behaviour School-Aged Children – HSBC* sobre o consumo de drogas recolhidos em Portugal, entre 1998 e 2006, verificou-se que a droga mais experimentada pelos jovens (dos 11 aos 16 anos) foi a *cannabis* (haxixe ou erva). Estes consumos podem desviar a conduta do sujeito, fazendo com que haja um quadro de consequências diferente do que haveria até então. Conforme disposto na Lei Tutelar Educativa [LTE], o menor até aos 16 anos não será penalizado criminalmente sendo julgado pelo Tribunal de Menores, onde as medidas tutelares educativas aplicadas serão em conformidade com as disposições da referida Lei. Segundo o art. 2.º, as medidas tutelares educativas visam a educação do menor para o direito e a sua inserção, de forma digna e responsável, na vida em comunidade. (Organização Tutelar de Menores [OTM], 2002).

- *Especialistas droga-crime*, descendentes de famílias numerosas, mas com uma estruturação mais consistente que o tipo anterior. Estes sujeitos são detentores de estratégias adaptativas a ambientes estruturados e normativos, onde cerca de metade frequenta o percurso escolar regular e a outra metade opta pelo absentismo escolar. O seu percurso laboral tende a iniciar-se antes dos 16 anos em actividades não qualificadas. Os primeiros contactos com drogas leves ocorrem, normalmente, antes dos 17 anos, provocados pela sub-cultura delincente ou pela convivência com consumidores regulares de droga, como é comprovado

por um estudo relativo ao consumo de droga em Portugal (Balsa, 2003) onde afirma que relativamente à população jovem (15-34 anos) os resultados indicam que cerca de 13% já experimentaram alguma droga, tendo cerca de 7% consumido nos últimos 12 meses. A passagem para os consumos de drogas duras acontece pelos 22 anos, no meio de actividades delinquentes ou caracterizada pela prática de tráfico de estupefacientes. Os comportamentos delinquentes variam entre os 17 e os 19 anos com a prática de roubo e furto, contudo a tendência para a prática de tráfico não demora até se desenvolver, chegando aproximadamente aos 24 anos com uma grande parte dos indivíduos, sujeitos a intervenção das instâncias formais de controlo;

- *Toxicodependentes/delinquentes*, provenientes de famílias com características mais sólidas do ponto de vista sócio-económico (empregos fixos) e estrutural (sem conflitos parentais ou conjugais visíveis), do que as dos tipos anteriores. Os sujeitos inseridos neste tipo são mais vinculados à família de origem, permanecendo nesta até formar a sua própria. No entanto, revelam comportamentos desadaptativos no contexto escolar, logo no início da entrada na fase escolar. A fase laboral (iniciada logo após o abandono escolar), inicia-se com actividades não qualificadas dos serviços e comércio e ainda na indústria hoteleira, tal como é evidenciado nos exemplos de tipos de trajectórias anteriores. Neste caso, os primeiros contactos com drogas leves é feito entre os 14 e os 16 anos, quanto às duras inicia-se, antes dos 19 anos. Os delitos, roubo/ furto ou tráfico, estreiam-se após do consumo de drogas duras, fundamentadas na necessidade de subsistência dos níveis de consumos.

O sujeito toxicómano está envolto num estado de dependência que, uma vez instalado, é mantido por respostas condicionadas ou não à droga. A este propósito Sedler & Zeidenberg (1982 citados por Agra, 1993), referem que a manutenção da dependência é feita à base de reforços positivos, como a euforia, o efeito de anti-ansiedade e efeito analgésico [resposta incondicionada] e reforços negativos, como o estado de dor e a incapacidade fisiológica [resposta incondicionada] e o medo de descontrolo e o isolamento social [resposta condicionada].

A toxicomania passa por ser uma forma de estar no mundo (Pagès-Berthier, 1993 citado por Angel, Richard & Valleur, 2002). É uma atitude face ao modo de vida que cada um escolhe. O toxicómano vive em função da substância, transformando esta na via mágica que lhe permite restabelecer uma harmonia perfeita com o mundo. A droga perturba a tomada de decisão do sujeito, deixando este de se conseguir projectar no futuro, desinteressando-se por tudo aquilo que requeira responsabilidade. A tomada de decisão do consumidor rege-se pelo

imediatos e de uma forma limitada. O sujeito toxicod dependente, motivado pela restrição em que vive ao nível das relações interpessoais, afectivo e emocional, cai num enredo de mentiras e meias verdades, que desvalorizam valores, crenças e atitudes (Dias, 2002).

A toxicomania contribui, por isso, para conceder uma identidade de grupo, conforme um modelo padronizado, em detrimento da singularidade do indivíduo. Daí se distinguir a verdadeira toxicomania com o simples acto de consumir droga (Pagès-Berthier, 1993 citado por Angel, Richard &Valleur, 2002).

O proibicionismo do consumo e a descriminalização correm em sentidos distintos, uma vez que uma teoria (proibicionismo) defende a proibição de consumos de substâncias psicoactivas e a outra teoria (descriminalização) defende a despenalização de consumos passando a ser proposto ao consumidor um tratamento em detrimento da pena atribuída, tentando medir forças, numa «luta» que só deveria ter um fim... o controlo dos consumos.

Capítulo III – Relação droga-crime

3. Introdução

3.1. Jogo bilateral

Capítulo III – Relação droga-crime

Levando por diante a metáfora da experiência comum, quando se refere à droga e ao crime como «mundo», diremos que para além do «mundo da droga» e para além do «mundo do crime», existe um terceiro mundo desviante, o mundo da droga-crime (Agra, 2008, p.110).

3. Introdução

Todas as cidades têm zonas que são percebidas como «cercos» indesejáveis, de marginalidade e com níveis de perigosidade elevados. Estes sítios são proprietários de uma «habitação» desviante, independentemente dos sujeitos que lá habitem/circulem em cada momento. Por outras palavras, existiriam lugares que albergariam, atrairiam ou fixariam sujeitos e grupos que neles desenvolvessem comportamentos sociais perigosos ou actividades delinquentes (Agra, Queirós, Manita & Fernandes, 1997).

“Territórios”, nome aproximado para contextualizar os espaços físicos e habitados, onde a dimensão droga-crime é ou poderá ser evidente. São contextos urbanos que poderão evidenciar tendências de crescimento nestas direcções (consumo de droga), sendo conhecidas por representarem o átrio privilegiado do hábito de intoxicação (Agra, 1993).

Fazendo alusão às substâncias, nos *ghettos* e bairros urbanos sócio-espacialmente marginalizados, a heroína continua a ser a droga mais transaccionada e consumida, seguida do haxixe (OEDT, 2009).

O mercadejar de droga ilícita tem o seu carácter auto-organizacional num contexto territorial-desviante. O conceito territórios engloba as ruas, as esquinas ou partes de bairros (territórios públicos) e ainda os clubes nocturnos de entradas seleccionadas, apartamentos ou outros lugares, onde o contacto possa acontecer em privado (territórios privados), considerados como foco principal de vendas, quer pela sua morfologia física e ambiental, quer pelas texturas das sociabilidades existente nesses terrenos (Nunes & Jólluskin, 2007). Contudo, em todos existem excepções e nem todos os seus intervenientes são negociadores ou até mesmo consumidores de substâncias psicotrópicas.

Nestes contextos, é imputado o sentido de «território de medo», uma vez que lhes está inserido a aparição inesperada de forças de segurança, estando todos os sujeitos sob controlo para a desviância e perigosidade. O mesmo se verifica em meio prisional, na medida em que os sujeitos se encontram inseridos num território conferido maioritariamente por

guardas prisionais, cuja competência é controlar os comportamentos dos reclusos, vinte e quatro horas.

O meio prisional também pode ser considerado um terreno desviante, pela visibilidade retirada da vida quotidiana normal e existência de grandes aglomerados de pessoas, muitas dessas já consumidoras no meio livre. Neste exemplo de territórios, a socialização é feita através de elementos que criam a identidade do lugar, a densidade das relações interpessoais, o próprio funcionamento do espaço e a polivalência comportamental. Estes elementos tanto podem favorecer o bom funcionamento do espaço, provocando a ocorrência de comportamentos sociais integrados, como desfavorecer com comportamentos desviantes (Nunes & Jólluskin, 2007; Agra, Queirós, Manita & Fernandes, 1997).

A droga e drogado tendem, por isso, a suceder-se em várias possibilidades de relacionamento, provocando e fazendo parte de uma diversidade de existências sociais, de dispersão de estilos de vida, de organizações de identidade de motivações e de interesses (Agra, 1993).

Os contextos de propagação da substância são hoje basilares no fenómeno da desviância e alvo de análise de várias disciplinas de Ciências Humanas. Os espaços de condicionamento de populações marginalizadas são considerados lugares de novos «grupos perigosos», convertendo-se em excelentes analisadores da situação profunda da sociedade, uma vez que a população a ser estudada está no seu “meio natural” de domicílio. Assim este tipo de contexto passa a impor uma tensão social entre os integrados *versus* os excluídos. São então, estas «zonas», consideradas como «lugares onde a cidade se interrompe», onde a cidade cosmopolita cede lugar a uma outra figura (Agra, Queirós, Manita & Fernandes, 1997).

3.1. Jogo bilateral

A vida está amotinada com vários «jogos» que o sujeito escolhe para jogar sozinho ou acompanhado. Considerado um ser sociável, o sujeito, escolhe «jogar» acompanhado cada «nova partida» que se sucede.

No universo do fenómeno droga, é comum o jogo ser ajustado por vários jogadores, que sobrevivem mediante a existência de, pelo menos, três vertentes: o consumidor; o produto e o vendedor. Contudo, este jogo não está contido dentro dos jogos legais, por isso não obedece a regras fixas e estipuladas. Geralmente, o vendedor é que impõe as regras, podendo

estas diversificarem-se, entre o produto que usufrui para venda ou o perfil dos consumidores (jogadores).

Estas jogadas tornar-se-ão demasiado arriscadas quando a necessidade de consumo do consumidor não corresponde à vontade de vender do vendedor, ou quando o dinheiro do consumidor não satisfaz o preço estabelecido pelo vendedor ou ainda quando o vendedor põe termo às dividas até então consumadas pelo consumidor.

Contudo, este não será o único dualismo (droga-crime) existente. Muitos autores questionam-se sobre a existência de outra dualidade, a crime-droga revelando que não são só os comportamentos criminosos que advêm dos consumos de droga, mas a possibilidade dos consumos de droga poderem ser consequência dos comportamentos criminosos (Otero-lópez, 1997; Negreiros, 1997; Nunes, 2010; Agra, 1993, 1997a, 2008).

Assim coloca-se a questões que começou a centrar as investigações e onde residiu a interrogação do «papel» da droga: causa ou consequência da criminalidade (Agra, 2008)?

No caso da problemática do consumo de droga existe um grande «leque» de teorias que procuram explicar o porquê de certas pessoas consumirem substâncias psicoactivas. No entanto, dessa vasta sucessão de teorias actualmente disponíveis, só algumas têm a habilidade de relacionar os consumos com a actividade criminosa.

As teorias e modelos abordados para a explicação do consumo iniciam-se com a teoria baseada no determinismo causal (Nunes, 2010). Esta visão assenta na ideia de que as substâncias psicoactivas levam os sujeitos ao crime ou, contraditoriamente, o mundo do crime é que conduz aos trilhos dos consumos de drogas. Assim desenvolveram-se três modelos que se encaixam nesta teoria, caíndo na concepção de que são as drogas que promovem as práticas criminosas (Bean, 2004 citado por Nunes, 2010). O modelo psicofarmacológico, inscrito na teoria baseada no determinismo causal, assume-se como a primeira das abordagens, defendendo que o consumo de droga transporta o sujeito para estados que o levam à aquisição de actos desadaptativos, verificado durante o efeito do consumo de substâncias. Para consolidar esta versão, Chalub e Telles (2006) efectuaram uma pesquisa onde comprovaram que a ocorrência de actos criminosos se verificava aquando da presença de substâncias nos agressores e/ou nas vítimas. Os autores frisaram, ainda, que existe uma necessidade de fazer referência aos factores orgânicos, sócio-culturais e de personalidade. Contudo, neste modelo, os autores não referenciaram a relação oposta, a de crime-droga limitando-se só ao acto de consumir como causador do acto criminoso.

Um outro modelo, inserido no determinismo causal, é o económico-compulsivo (Nunes, 2010), remetendo o acto criminoso como forma de garantir a manutenção da dependência de substâncias psicotrópicas (OEDT, 2009). Deste modo, e como reconhecimento deste modelo, verificamos que, até ao decénio de setenta, não existiam em Portugal indicadores de crimes associados ao uso de drogas, contudo, quando começam a aparecer os primeiros indícios, estes corresponderam a assaltos a farmácias, para a apropriação de medicamentos. Esta prática veio a desenvolver-se como meio de angariação de fundos para a sua subsistência, tornando-se assim numa questão criminal e já não como uma atitude desviante representativa do consumo (Poiares, 1998).

Consecutivamente, a droga surge como ameaça de coesão dos poderes e das instituições. Esta coesão coloca em causa a existência de circuitos de oferta e procura, transformando os seus agentes em transgressores. Nasceram, assim, duas modalidades específicas de crime: a dos vendedores e a das organizações em que se inseriam, relacionada com crimes de natureza aquisitiva (furto, roubo), assegurando a manutenção do consumo, verificando-se uma renovação da criminalidade economia: a criminalidade do colarinho branco (Agra, 2008). Por isso, este modelo ainda se demonstra reducionista, não circunscrevendo a complexidade do fenómeno, não clarificando variadíssimas situações presentes nesta hermética, tais como, explicar o factor propulsor que motiva o crime a antecipar-se ao consumo de drogas.

Ainda na teoria do determinismo causal, e contrariando o modelo apresentado anteriormente, temos o modelo sistémico, defendendo que os consumidores se mobilizavam onde a existência de territórios de mercado ilícito (Nunes & Jóluskin, 2007) fomentava particular agressividade, conduzindo à aquisição de condutas criminosas. No entanto, não podemos deixar de mencionar a existência de outros factores que, directa ou indirectamente, influem relativamente ao fenómeno. Nestes casos, as causas são distribuídas segundo diferentes relações de consumos: os que recorrem ao crime com o objectivo de fundo económico, mantendo assim os consumos; os que já pertencem a grupos marginais e que utilizam a droga de uma forma secundária e, ainda, os indivíduos que cometem delitos sob o efeito dos seus consumos. O envolvimento no crime difere do tipo de droga que o sujeito consome. Contrariamente à ideia que o senso comum nos transmite, nem todas as drogas estão associadas ao crime e nem todos os crimes à droga ou ao seu consumo (Nunes, 2010).

Em Portugal, e nos últimos registos, datados de 31 de Dezembro de 2009 da Direcção-Geral de Serviços Prisionais – DGSP, 2009b, temos indicação de uma prevalência

de crimes contra o património (2737 casos), de crimes contra as pessoas (2638 casos) e de crimes relativos a estupefacientes (2026 casos). Apesar de os crimes contra as pessoas não se relacionarem com o consumo de droga, estes abarcam uma multiplicidade de elementos a dominar em cada comportamento aditivo.

Uma outra teoria neste jogo bilateral faz referência à perspectiva estruturalista, desvalorizando a causalidade defendida pela teoria determinista causal, adoptando uma via correlacional. Esta teoria defende a presença de elementos subentendidos aos dois comportamentos, do consumo e do crime (Agra, 2008). Trata-se de uma manifestação comportamental centrada nas estruturas orgânicas, sociais e psicológicas (Agra, 1997b) e resultante dessa declaração está patente a dificuldade em profetizar qual dos comportamentos desponta primeiro. Na teoria da perspectiva estruturalista, subsiste a vertente sociocognitiva, defendendo que a relação da droga com o crime não surge naturalmente, mas mediante interpretações motivadas pela interacção que o sujeito procura na sociedade, assim como na componente cognitivo-afectiva (Agra, 1997b). Desta forma, a perspectiva estruturalista promoveu uma maior aproximação às reais explicações da ligação droga e crime. Daí esta teoria se fundar na relação estrutural entre comportamentos.

O modelo de aprendizagem social de Bandura (1977) consolida o mesmo segmento, na medida que Bandura indica a abordagem presente sobre os processos de imitação comportamental, dividida em dois tempos: a aquisição de comportamentos mediante a observação de um modelo, tendo como funções tónicas a atenção e a retenção de comportamentos, e posterior reprodução espontânea da observação tida anteriormente (Bandura, 1977 citado por Nunes & Jólluskin, 2007). O consumo aparece, adoptando uma conduta activa e colectiva, compondo todo um sistema de valores, enquanto função de integração e de controlo social” (Agra, Queirós, Manita, & Fernandes, 1997).

Numa perspectiva psicopatológica, a toxicoddependência é vista como uma doença crónica, com base no desenvolvimento da patologia (Nunes & Jólluskin, 2007), alicerçada na busca da explicação para a relação droga e crime, acabando por assentar na procura de características disfuncionais de cada um, encontrando problemas tendentes à manifestação de comportamentos desviantes (Agra, 1997b). Contudo esta não é a abordagem mais conveniente para explicar a relação droga-crime. Contudo, também não será apenas a partir de factores biológicos que se conseguirá explicar esta relação, uma vez que qualquer comportamento, incluído o criminoso, é considerado com inúmeros processos em complexa interacção. As

abordagens biológicas, são importantes, não devendo nem ser negadas nem sobrevalorizadas (Agra, Queirós, Manita, & Fernandes, 1997).

Por último, surge a teoria da perspectiva processual, onde são tidos em conta os elementos ligados aos estádios progressivos dos comportamentos abordados, não deixando de parte a existência de distintos estilos de vida que poderão alterar o sentido, devidamente estabelecido (Agra, 2008). A progressão nos estádios presenteia-se com diferentes semblantes, nomeadamente, a disponibilidade da substância, as motivações que o levam à busca do consumo, os conhecimentos, as técnicas e as competências do sujeito relativamente ao acto desviante (Agra, 2008). Estas componentes patenteiam uma ligação com a iniciação do consumo de drogas, que se apoderam da vida do sujeito, compactuando com a normalidade comportamental.

Nos crimes associados à toxicoddependência, podemos referir a representação de três categorias: 1) crimes motivados pela desinibição implícita à intoxicação; 2) crimes resultantes da marginalidade social; e, por fim, 3) crimes funcionais ou conexos motivados pela síndrome de abstinência (Jiménez, 1986 citado por Poiares, 1998). Nos últimos, o consumidor tem uma maior necessidade das substâncias e, à medida que avança a tolerância, a necessidade de dose aumenta e, por conseguinte, a necessidade de verbas monetárias também aumentam, representando a situação num ciclo.

O consumo excessivo de álcool e algumas drogas actuam como desinibidores no sujeito, fazendo com que se criem condições para a prática de crimes. Álcool e drogas funcionam, por isso, como estimulantes da delinquência, facilitando a adopção de comportamentos desviantes, sendo que, nestes casos a relação existente entre o consumo e o crime parece fortificar-se (Nunes & Jóluskin, 2007). A heroína e a cocaína também surgem associadas ao crime, mas com uma intensidade e carácter específico, como roubo, furto chegando até ao jogo e à prostituição. Os delitos são executados pela necessidade do uso de drogas e pelos elevados preços do produto, e ainda, pelo consumo que fomenta efeitos rápidos, que motivam nos consumidores adições consecutivas, provocando grande dependência psicológica (OEDT, 2009).

Como refere o relatório anual (2009), entre 2002-2007, o número de infracções que envolviam a *cannabis* aumentou ou manteve-se estável na maioria dos países, registando um aumento de casos, estimado em 23% na União Europeia - UE. Desta forma, a UE, em termos globais, revela que as infracções relacionadas com a cocaína aumentaram cerca de 59% durante o mesmo período (OEDT, 2009).

A inclinação decrescente das infracções relacionadas com a heroína na UE, constatada em relatórios anteriores, parece agora ter findado, observando-se um aumento de cerca de 7% no intervalo de anos referido. O número de infracções relacionadas com as anfetaminas continua a mostrar uma tendência crescente, com um aumento de 59% entre 2002 e 2007. Estima-se que as infracções relacionadas com o *ecstasy*, em contrapartida, diminuíram 22% no mesmo período (OEDT, 2009).

Neste campo problemático surge uma questão onde se colocam muitas dúvidas. Será o comportamento anti-social preditivo do consumo da droga ou, por sua vez, será a toxicod dependência que desencadeia o comportamento? (Agra, 1993).

Nesta linha delineiam-se novas políticas com a finalidade de superar esta problemática. Aplica-se, então, a possibilidade da não incriminação dos toxicod dependentes, passando a existir um processo de continuidade de opção clínico ressocializadora, onde a punição não interferisse com a recuperação do sujeito, tanto ao nível de saúde como ao nível de reinserção social (Agra, 1993).

A droga é vista com naturalidade, sendo comparada com a insegurança urbana e a criminalidade fazendo parte da constituída sociedade de risco. Todos os elementos sociais envolventes coabitam connosco, como se de um «condomínio fechado» se tratasse (Fernandes, 2009). Quando a existência de droga se torna habitual no meio, então reconhece-se a impossibilidade da sua eliminação, construindo-se a visão de conflito social, uma vez que a política proibicionista não conseguiu alcançar resultados pretendidos. Assim, os programas de redução de riscos passaram a tratar o consumidor de forma a proporcionar-lhe condições de consumo mais seguras, substituindo as drogas sujas (obtida na rua) por droga limpa (obtida pelas farmácias). Desta forma procurou-se adoptar intervenções mais adequadas com os problemas médico-psicológicos existentes (Fernandes, 2009).

Capítulo IV – Efeito do enclausuramento no toxicodependente

4. Introdução

4.1. Caracterização dos estabelecimentos prisoniais

4.2. Consumos em meio prisional

Capítulo IV – Efeito do enclausuramento no toxicodependente

4. Introdução

A entrada no meio prisional é tendencialmente conduzida por sentimentos negativos, ainda que não se verifique em todos os sujeitos, esta entrada pode construir uma etapa de mudança e de aprendizagem. Esta reorganização do estilo de vida foca-se nas relações construídas com os outros reclusos ou até mesmo o mantimento das relações com elementos significativos, como familiares ou amigos.

A urgência na reconstrução de vida em meio prisional, acarreta uma nova necessidade de contextualização ao nível das ligações emocionais e relacionais, uma vez que os comportamentos adquiridos pelos sujeitos são mais valorizados e marcantes, conduzindo, assim, às variações próprias de cada um, tendo por base a sua história de vida até então. Não esquecendo as rupturas a que estes indivíduos estão sujeitos no momento de entrada e durante a fase de enquadramento no meio prisional, sendo principiantes ou reincidentes. A experiência será sempre vivida com tratamentos distintos. Dependendo se o sujeito está neste meio pela primeira vez ou não, essa ruptura irá ser sentida de uma forma abrupta, a todos os níveis; emocional, comportamental e afectivo.

Com base nos aspectos enunciados, ultimámos que a integração dos sujeitos reclusos é assistida em função de dois padrões de factores: os que auxiliam e/ou embargam a sua adaptação ao meio. Assim, como auxiliares desta adaptação, deparamo-nos com o estabelecimento de novas relações dentro do meio prisional, sendo este um marco positivo visando aos sujeitos ferramentas necessárias para viver ou sobreviver num meio tão complexo. A assistência dos técnicos de reeducação, têm também ajudando à abstracção do mundo de liberdade que fica para trás, passando este sujeito a viver nesta nova realidade com alguns objectivos (Gonçalves & Vieira, 1995; Gonçalves, Machado, Sani & Matos, 1999; Gonçalves, 2004). Concomitantemente com estes factores que facilitam uma melhor adaptação, temos de ultrapassar de forma adequada os processos adaptativos naquele meio, a existência de um sistema normativo informal, confrontado com o sistema formal e a existência de contextos de comunicação no seu meio (Vieira, 1998).

Constata-se então, que o tratamento exercido dentro do estabelecimento, deverá ser estruturado junto do recluso com a finalidade de delinear a sua personalidade e com o

propósito de por de parte o risco de reincidência, trabalhando a reinserção social (Pinatel, 1975 citado por Vieira, 1998)

É de salientar o apoio dos técnicos em variadíssimos temas. Estes técnicos, para muitos dos reclusos, transpõem a barreira existente entre eles e passam a constituir um suporte para o sujeito, permitindo que a empatia existente os faça reagir às situações limite e os ajude a aprender aquilo que realmente é importante no momento, criando motivações (Gonçalves, 2004; Gonçalves & Vieira, 1995).

O apoio da família e amigos nas visitas consumadas no EP, e nas restantes situações decorrentes (correspondência, telefonemas) está apontado como um exemplar ponto de partida para o bom funcionamento das relações desenvolvidas entre os reclusos e os técnicos que os vão acompanhando ao longo da sua permanência no EP. Este apoio tanto pode ser positivo como negativo (Vieira, 1998), segundo a informação recolhida por parte de alguns reclusos inquiridos no seguimento da investigação desenvolvida. Pode ser descrito como positivo pois ajuda emocionalmente os sujeitos reclusos no controlo de partilha de sentimentos e emoções àqueles que se encontram mais próximos, contudo também se destaca como sendo uma tentativa de abstracção do meio em que se encontra inserido e focando a sua atenção no mundo que deixou fora daquelas paredes, nomeadamente aumentando os estados de tensão e ansiedade nos reclusos (Vieira, 1998).

Como obstáculo à integração, elencamos a monotonia do dia-a-dia associada às tarefas diárias e todas as regras existentes no meio que terão de ser executadas obrigatoriamente. A ausência constante dos seus familiares está presente como um agente negativo. O facto de não terem o mesmo convívio com os seus, ou de não poderem acompanhar o crescimento dos filhos, o que pode provocar uma enorme instabilidade a nível emocional. Uma das situações que também se pode ter em conta como negativa será a impossibilidade de estarem junto de um ente querido em acontecimentos marcantes (*e.g.* nascimento de um filho, morte de um familiar), podendo causar um grande sentimento de culpa. Estes sentimentos negativos quando aparecem intensamente tendem a provocar um discurso de arrependimento e de condenação moral devido às consequências do seu acto junto dos familiares mais próximos (Gonçalves & Vieira, 1995; Gonçalves, Machado, Sani & Matos, 1999; Gonçalves, 2004).

4.1. Caracterização dos estabelecimentos prisionais

A Direcção-Geral dos Serviços Prisionais [DGSP] é um serviço da administração directa do Estado, dotado de autonomia administrativa. Tem por missão assegurar a gestão do sistema prisional, nomeadamente da segurança e da execução das penas e medidas privativas da liberdade, assegurando condições de vida compatíveis com a dignidade humana e contribuindo para a defesa da ordem e da paz social, através da manutenção da segurança da comunidade e da criação de condições de reinserção social dos reclusos, permitindo a condução da sua vida de forma socialmente responsável (Decreto-Lei nº 125/2007, 2007).

A DGSP é constituída por uma organização interna, obedecendo ao modelo estrutural misto: a) nas áreas de actividade de gestão e administração, bem como de execução de penas e medidas privativas de liberdade, de estudos e planeamento, formação e de segurança, o modelo de estrutura hierarquizada; b) Nas áreas do tratamento penitenciário, nomeadamente, prestação de cuidados de saúde, ensino, formação profissional, trabalho, desporto, animação sociocultural, e preparação, em colaboração com a Direcção-Geral de Reinserção Social (DGRS), da liberdade condicional e da liberdade para prova e, ainda, na área da exploração das actividades económicas dos estabelecimentos prisionais, o modelo de estrutura matricial, é também constituída por serviços externos nos quais se inserem os estabelecimentos prisionais, não sendo estes dotados de autonomia administrativa.

A investigação por nós desenvolvida foi aplicada no EP de Caxias, destinado a reclusos preventivos da região de Lisboa. Contudo, também conta, actualmente, com população condenada, consequência que advém do facto de a lotação dos restantes EP destinados a sujeitos condenados se encontrarem sobrepovoados. Através dos últimos registos disponíveis, verificamos que este EP tem capacidade para 334 reclusos e conta com uma existência de 390 (indicadores até 31 de Dezembro de 2009) (DGSP, 2009b).

O EP de Caxias, assim como todos os outros EP's, administra-se através de um regulamento geral organizado por regras formuladas pela DGSP, contudo cada EP pode converter ou adicionar mais normas, sendo estas específicas do estabelecimento (*e.g.* visitas). Este regulamento, e no caso específico, do EP de Caxias, tem como objectivo acompanhar e orientar a vida de cada individuo que passa pela instituição, para que cada um seja princípio da sua própria acção e construtor de um dia-a-dia a caminho de e para a sua liberdade. Concomitantemente, o regulamento deve cumprir o seu objectivo de regular e gerir o

equilíbrio institucional do EP, zelando pelo acompanhamento adequado ao recluso (DGSP, s/d).

4.2. Consumos em meio prisional

As prisões são palco de uma vida social própria, onde a mudança, a transformação e a metamorfose se sucedem a um ritmo que rapidamente desprogramam as adaptações que os indivíduos adquiriram na comunidade. O uso de drogas, dá-nos uma boa perspectiva desta desprogramação. Enquadrado num dos factores de risco implícito dos EP, está o consumo de droga que muitas vezes pode ser iniciado dentro do EP (informação recolhida pelos inquiridos – reclusos do EP de Caxias, durante a aplicação do inquérito). Contudo, quando este adquire hábitos de consumos originários no meio externo, é marcante a continuidade dos consumos de drogas dentro dos EP's, por mais que estes sejam em menor quantidade e frequência, a falta de actividades ou o pouco tempo fora das celas, servem de justificação para os reclusos inquiridos na base da investigação em curso. Esta informação recolhida com os reclusos vai ao encontro com o que informa o relatório da OEDT de 2009 e o de 2010. Segundo os relatos anuais (2009; 2010) referentes à evolução do fenómeno da droga na Europa, ao entrarem na prisão, a maioria dos consumidores reduz ou cessa o consumo de droga, justificando a dificuldade de aquisição das substâncias (OEDT, 2009, 2010). Contudo poucos são aqueles que deixam mesmo de consumir substância psicoactivas. Estes reduzem os seus consumos às drogas leves e lícitas havendo, todavia quem assuma que continua a consumir drogas ilícitas com regularidade.

“O fenómeno das drogas, tanto no que diz respeito aos crimes como no que se refere aos consumos, domina o panorama prisional.” (Torres & Gomes, p.213, 2002).

No estudo de Negreiros (1997), cujo objectivo se prendia em perceber a relação entre o consumo de droga e a actividade criminal, é revelado que 70% dos sujeitos da amostra consumiam periodicamente mesmo antes da sua reclusão, assumindo o consumo de pelo menos uma substância psicoactiva. Neste seguimento e corroborando com o estudo de Negreiros (1997), Agra (2008) menciona que a população reclusa declara mais consumos de estupefacientes comparativamente com a população livre, completando a indagação, afirmando que em Portugal, cerca de três quartos da população prisional consome com

regularidade, sendo a heroína a substância com maior taxa de consumo antes da detenção, seguindo-se o álcool e a cocaína.

Assim, e mediante a manutenção de consumos dentro dos estabelecimentos, deparamo-nos com um défice subsistente nas metodologias utilizadas referentes aos consumo de droga nas prisões (Vandam, 2009; Direcção-Geral da Saúde e dos Consumidores, 2008). A partir de 2002, os dados pertencentes a vários estudos realizados com a finalidade de perceber se os reclusos tinham consumos de droga regulares antes da sua entrada na prisão, principalmente na Europa Ocidental (OEDT, 2009; 2010), mostraram que entre um terço e metade dos reclusos inquiridos menciona o consumo regular de uma droga ilegal. Os estudos também indicam que as formas mais perigosas de consumo podem estar concentradas entre os reclusos, sendo que entre um quinto e um terço dos inquiridos afirmam já ter consumido droga injectável (OEDT, 2009). Aparentemente os reclusos consumidores de droga injectável partilham o equipamento mais frequentemente do que os consumidores que não estão reclusos. Esta situação suscita questões relativas à possível propagação de doenças infecto-contagiosas entre a população prisional (OEDT, 2009, 2010). Importa assim, não esquecer que os consumos continuam no meio envolvente à população reclusa, objectivando a sustentação das dependências e das modalidades de consumo e consequentemente envolvendo grandes riscos para a saúde.

Apesar de não serem permitidas, as drogas ilegais acabam por entrar na maior parte dos estabelecimentos, apesar de todas as medidas tomadas para reduzir a sua oferta, é reconhecido tanto por peritos prisionais como por decisores políticos europeus (OEDT, 2009, 2010) a presença desse facto.

Estudos realizados desde 2002, respeitantes ao consumos de droga nas populações prisionais, revelam que entre 1% e 50% dos reclusos dizem ter consumido drogas na prisão e uma percentagem, afirmou ter consumido drogas regularmente (OEDT, 2009). Em concordância e segundo estudos de 2007, desenvolvidos em Portugal, sobre os consumos de droga em meio prisional, é divulgado que 12% dos reclusos assumem ter consumido regularmente substâncias psicotrópicas durante o último mês (OEDT, 2010).

Com o abuso de drogas e o aumento de casos tipificados como crime foram adoptadas novas dimensões legislativas (Lei 30/2000, 29 de Novembro), encaminhadas para o agravamento das penas por tráfico de drogas ou crimes relacionados com o consumo de substâncias ilícitas. Juntamente várias mutações foram inseridas no Sistema de Justiça, principalmente para combater os problemas causados pelo aumento do consumo de droga.

Uma das inovações foi o aparecimento dos programas de tratamento de toxicodependentes nas prisões, de modo a promover a aquisição de determinados comportamentos (comportamentos de recusa à oferta), trabalhar os factores cognitivos (conhecimento e informações), e ainda, as variáveis afectivas (valores, crenças e atitudes) (Agra, 1993).

No consumo de droga existente em meio prisional, verifica-se que os sujeitos do sexo masculino estão em maioria. Segundo Negreiros (1997) o sexo masculino está representado numa maior percentagem, comparativamente ao sexo feminino (84,3% vs 15%). No que diz respeito à informação recolhida por Negreiros (1997), comparativamente ao género predominante na prisões portuguesas, este averiguou que os resultados sobre os consumos de droga e a actividade criminal, revela que 71% dos sujeitos, revelavam o uso pelo menos uma das substâncias psicoactivas (álcool, haxixe, marijuana, heroína, metadona, cocaína, estimulantes, tranquilizantes, inalantes, L.S.D., tabaco, *ecstasy*, café). Ainda é referido um consumo cumulativo de várias drogas, pelo menos uma vez por semana, sendo a heroína que aparece neste estudo como a mais consumida, com 55% dos sujeitos com um consumo diário, seguida pelo álcool com 29% dos sujeitos e, por último, o consumo de cocaína, com aproximadamente 20% nos quatro meses que precederam à detenção.

Em Portugal, e comparativamente com outros países, os resultados são muito semelhantes relativamente aos consumos de droga antes da entrada na prisão. Os dados mostram que em Portugal, em 2001, registava-se 65% dos reclusos haviam consumido algum tipo de substância antes da entrada no EP; na Escócia eram 69%, em 2007; na Suécia eram 55%, em 2006; em Espanha eram 65%, em 2006; na Noruega eram 70%, em 2002 e na Dinamarca eram 56% em 2001. Todavia, é verificada a dificuldade em aceder às substâncias e manter certas modalidades de consumo, consequência do controlo dos comportamentos e práticas dos reclusos (Torres, Maciel, Sousa & Cruz, 2009).

Desta forma, os números referentes aos consumos de droga existentes dentro e fora dos meios prisionais, obrigam-nos a analisar a realidade de uma forma preocupante.

Capítulo V – Leme de colisão

Capítulo V – Leme de colisão

O mundo dos consumos distingue-se pela sua natureza *sui generis*, de tal forma que o sujeito consumidor ao longo do desenvolvimento da sua dependência experiencia um vasto leque de vivências, hoje em dia assinaladas como comuns.

Este desenvolvimento conota, na maior parte das vezes, uma procura de novas experiências, nomeadamente a vontade de alcançar estados de perfeição e de felicidade, considerados difíceis de conquistar pelos mesmo, sem a ajuda da substância consumida (seja esta lícita ou ilícita). O consumo admite a eliminação de estados de disforia, de ansiedade, de irritabilidade e de outros sentimentos desagradáveis produzidos por eventual abstinência (Macedo, 2004).

Desta forma, é importante compreender qual a melhor forma de estabelecer uma relação com os grupos de maior risco, e assim confrontarmo-nos com uma prevenção que deverá caminhar de encontro com as necessidades e os desejos dos destinatários, garantindo o bem-estar, o prazer e realização dos mesmos, visto que o foco da intervenção visa o melhor funcionamento do sujeito perante a substância (Melo, 2000).

Referíramo-nos, então, aos problemas decorrentes dos consumos. Estes tem a capacidade de conduzir o sujeito consumidor a diversos níveis de dano e, destacando-se os efeitos focados em particular na saúde e na vida social de cada sujeito, não desvalorizando os danos provocados nos pares e familiares mais próximos.

O uso nocivo relaciona-se directamente com danos físicos ou mentais causados à saúde, que podem ou não ser acompanhados de outros problemas e consequências sociais. Relativamente aos efeitos ao nível da saúde, evidenciam-se a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – SIDA, a tuberculose, hepatites, intoxicação por substâncias, demência persistente, demência mnésica persistente, perturbação do humor, perturbações da ansiedade, perturbações psicóticas, *delirium*, disfunção sexual e perturbações do sono (DSM-IV-TR, 2002). Já os danos relacionados com as consequências sociais associam-se aos problemas familiares (zangas, ofensas, violência), problemas jurídico-legais (furtos, roubos) e problemas económicos (escassez de dinheiro para subsistir o vício de forma contínua).

Os especialistas no fenómeno droga, nos inícios da década de 90, imputaram o seu foco de investigação no crescimento que o fenómeno parecia ter dentro das prisões. Este aparecera como um forte indicador de preocupação. Uma vez conhecidas as novas preocupações relativas à matéria de droga em meio social livre, dominadas pelo avanço da

epidemia do vírus VIH, bem como a existência das hepatites ou tuberculoses, a presença de substâncias psicoactivas ilícitas em meio carceral permitiria a criação de um novo espaço a necessitar de intervenção especializada (Fernandes & Silva, 2009).

Relativamente ao princípio penal, o consumo de droga não está considerado como sendo uma questão criminal, uma vez que o direito dá a todos a liberdade individual de dispor da sua vida (Cordeiro, 2008), não penalizando o acto de consumir.

É, então através de uma alusão à intervenção juspsicológica que se dá sentido e reconhecimento a algumas normas do Direito. A Psicologia, através práticas e saberes que a caracterizam tornou-se assim indispensável na aplicação da lei (Poiars, 2007), uma vez que esta era limitada, não tendo em conta a estruturação da personalidade e dos comportamentos de cada pessoa. Surge por isso, o modelo de intervenção juspsicológica, passando a Psicologia por ser parte intercontribuinte da justiça penal, inibindo a relação da psicologia como uma ciência auxiliar, útil somente ao nível do testemunho (Poiars, 2001, 2007). Este modelo, consiste na adaptação das práticas psicológicas no campo da justiça. Assim, tal como nos alude o autor, a observação está para esta intervenção como um alicerce de todo o processo, a captação e a descodificação dos discursos e intradiscursos, dos «ditos» e «não ditos», com a finalidade de um melhor e mais pormenorizado conhecimento total dos intervenientes. Concomitantemente, é importante conhecer os cenários e os actores que neles se desenvolvem, interpretando as relações deliberadas.

Desta forma, e com as opções político-judiciais que se foram impondo de modo não linear, e sim transcorrendo da necessidade, como o uso de substâncias estupefacientes e psicotrópicas que é, antes de tudo, uma questão de estilo de vida e de saúde, teremos que deliberar o quadro relacional nessas vertentes, afastando o Direito Penal e promovendo meios que possibilitem a concretização de três tempos fundamentais: o conhecimento dos sujeitos consumidores, a sua motivação e o subsequente encaminhamento para o tratamento, garantindo, também a definição de medidas de reinserção social (Poiars, 2007, 2009).

Assim esta intervenção, abrange por isso, todos os actores sociais (Ventura, 2004), sejam estes, vítimas, arguidos ou até mesmo os que se confrontam com os investigadores e os utentes do sistema de justiça criminal.

Desta forma, é preciso dotar os polícias de investigação criminal de mecanismos e dispositivos de intervenção psicológica (Ventura, p.65, 2004), uma vez que a psicologia, institui à criação de novas formas de compreensão e interpretação da realidade, no panorama da valorização e enriquecimento das relações humanas.

Com todos estes efeitos, podemos concluir que o fenómeno dos consumos de droga e toda a estrutura envolvente se tornam muito complexos, estando articulados a um vasto rol de factores implícitos, podendo estes favorecer, por forma, a afastar ou a elucidar o sujeito deste fenómeno ou então podendo prejudicar, mediante características pessoais ou sociais envolventes ao sujeito.

Capítulo VI – Legitimação do estudo

Capítulo VI – Legitimação do estudo

(...) as adições não são «carreiras» eternas, e o tempo é o primeiro terapeuta. (Angel, Richard &Valleur, p.215, 2002)

Na sociedade actual, as manifestações relativas à problemática da droga, tornaram-se cada vez mais frequentes. Quando os comportamentos aditivos são praticados, e de forma articulada são percebidos com consequências da instância do crime, então torna-se quase inevitável perguntar porque acontece e o que pode ser feito para diminuir a sua probabilidade de ocorrência. Trata-se obviamente de questões bastantes complexas, para as quais é difícil dar resposta, tipificando o consumo a um tipo de crime.

Um dos factores de complexidade decorre da própria diversidade de formas de consumo, incluindo consumos legais, ilegais e policonsumos e, ligado a estes, a possibilidade associativa do acto criminoso (Agra, 1997; Manita, 1997).

A modificação de comportamentos de risco e a forma como os consumos são realizados, podem ser umas das consequências da entrada em meio carceral. Todavia, o grau de dependência de substâncias ilícitas torna a existência e a presença em programas de apoio específico, essenciais para a maioria dos reclusos pertencentes a esta amostra (Torres, Maciel, Sousa & Cruz, 2009).

Considerando o uso de drogas um problema complexo que deve ser contemplado na sua continuidade, é importante a existência de um sistema prestador de cuidados de saúde, proporcionando a integração do sujeito, oferecendo uma efectividade duradoura da resposta. Estes grupos prestadores de cuidados são constituídos por sistemas inter-relacionados ou interdependentes de outros serviços prestados por várias instituições ou áreas de actuação que ajudam no alcance das respostas necessárias (*i.e.* Centros de Atendimento a Toxicodependentes – CAT).

Para tal efeito existe, em primeiro lugar, serviços disponibilizados aos indivíduos que, ainda não sofrendo de dependência de substâncias, necessitam de uma intervenção de apoio e orientação com o intuito de adequar o uso de substâncias a padrões funcionais e saudáveis, este tipo de intervenção focaliza-se na prevenção do uso e dos riscos associados (Cunha Filho, 2004 citado por Cunha Filho, 2005). Esta prevenção está reservada a situações primárias, vocacionadas para uma intervenção preventiva e precoce.

As intervenções a este nível são vistas com sendo breves e por norma são utilizadas separadamente, com tratamentos mais específicos, mostrando-se essenciais dentro dos

estabelecimentos prisionais [EP]. Contudo para estas medidas resultarem, precisam de ultrapassar três factores (Vieira, 1998):

- i. Processos adaptativos dos reclusos em meio prisional;
- ii. Existência de um sistema normativo informal, confrontado com um sistema normativo formal e;
- iii. Contextos de comunicação no interior da prisão.

Neste âmbito, surge o reconhecimento da necessidade de um programa mais enquadrado com a problemática, de forma dar resposta à investigação encetada.

A dualidade droga e criminologia tem sido muito frequente, dando origem a tomadas de posições divergentes e até mesmo contraditórias, podendo haver autores a defender a causalidade droga-crime e outros a defender a causalidade crime-droga (Negreiros, 1997; Otero-López, 1997). Tal situação poderá ser explicada pelas lacunas de investigações existentes neste domínio (Negreiros, 1997).

Com a presença de diversas orientações alusivas à realidade (droga e criminologia) impulsionadora do dualismo, procuramos identificar qual o papel que os consumos de droga desempenham nesta vertente, determinando qual seria o objecto de estudo levado a cabo para a investigação em questão. Desta forma, a averiguação inicia-se com o conhecimento dos padrões de consumos declarados em meio prisional, passando posteriormente à planificação de um programa que intervenha junto da população reclusa do EP de Caxias, que possibilite o controlo e minimização dos comportamentos aditivos.

Para Pinatel (1975, citado por Vieira, 1998) o tratamento penitenciário consistiria na acção levada a cabo junto do delinvente com vista a tentar modelar a sua personalidade, com o objectivo de afastar da reincidência e favorecer o seu enquadramento social. Como tal, também somos da opinião que a introdução de modificação de comportamentos deve incidir nas vertentes psicológica, médica, pedagógica e sociológica

Nas prisões portuguesas, as medidas terapêuticas adoptadas para uma melhor abordagem aos reclusos toxicodependentes, foram muito centradas na abstinência (abandono do consumo). Este modelo interventivo, designado por Programas Livres de Droga, incentiva à adesão do recluso toxicodependente a um único modelo de tratamento, rigoroso quer ao nível comportamental, quer ao nível das características psicológicas do sujeito (Torres, Maciel, Sousa & Cruz, 2009).

A existência de Unidades Livres de Droga – ULD, espaços físicos diferenciados e independentes das zonas prisionais comuns, para onde são encaminhados aqueles que «se

querem tratar e procuram uma vida sem drogas», leva a um programa de tratamento em unidades residenciais, orientado para a abstinência de consumo de substâncias, com uma duração média de 18 meses e incluindo actividades educativas, ocupacionais e terapêuticas. Estas desenvolvem-se num contexto grupal, sendo o grupo simultaneamente instrumento e objecto de trabalho, propiciando um contexto de aprendizagem e de experimentação de competências pessoais e sociais que facilitam e promovem a organização de um projecto de vida sem drogas.

Em alguns EP's existiam, em 2006, alas destinadas a toxicodependentes que assumiam um compromisso de não consumir droga. Estas ULD eram três localizadas nos EP's de Lisboa, Caxias e Sintra; as Unidades de Apoio a Reclusos Toxicodependentes – UART seriam cinco e foram implementadas nos EP's de Leiria, Porto, Santa Cruz do Bispo e Tires. Estas UART teriam o objectivo de separar os reclusos toxicodependentes dos restantes, proporcionando-lhes condições de interacção especial com técnicos e vigilantes, favorecendo assim a estruturação da motivação para o tratamento indicado (Torres, Maciel, Sousa & Cruz, 2009).

Contudo, e apesar da existência desta unidades em alguns EP's, o intuito da nossa investigação opõe-se a algumas opções defendidas pelas unidades existentes, existindo uma diferença entre o praticado até então e o desejado com esta investigação. Nesta investigação objectiva-se que a deslocação para as unidades seja feita, só para reclusos que declarem dependências fortes (com substâncias pesadas e de média e longa duração) e para todos aqueles considerados os «novos» reclusos (consumidores), uma vez que em situações qualificadas de dependência, o sujeito necessita de assistência médica e psicológica, não estando preparado para trabalhar nas dinâmicas estipuladas para intervenção programada, podendo este ser detentor de perturbações que requerem tratamento. No entanto, todos os outros reclusos, consumidores ou não, deveriam manter-se no EP, de forma a participar num programa de intervenção.

Os EP's de Lisboa, Porto e Tires dispõem ainda de programas terapêuticos de substituição opiácea com metadona, criados ao abrigo do protocolo criado entre a DGSP e o antigo Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência - SPTT (Torres, Maciel, Sousa & Cruz, 2009).

Através de um estudo do Grupo de Trabalho da Justiça/Saúde (2006), registou-se que, dos 4 130 consumidores identificados, 808 (19.6%) estavam a frequentar programas de tratamento. Desses, 233 reclusos frequentavam programas de abstinência, 131 estavam nas

alas livres de droga, 49 em UART e 53 em programas antagonistas, não separados dos restantes reclusos. Dos 1 260 reclusos caracterizados como consumidores de heroína, 575 (45.6%) estavam em tratamento de substituição, dos quais 548 com metadona e 27 com *subutex* (Torres, Maciel, Sousa & Cruz, 2009). Desta forma torna-se indispensável a existência de um programa de intervenção e prevenção em todos os meios prisionais, com o intuito de combater a ininterrupção de consumos dentro dos estabelecimentos, estimulando a mudança de comportamentos, considerando as populações a que se destinam e os factores de riscos e de protecção presentes. Por outro lado, e evidenciando a comunidade populacional a ser trabalhada, deve-se considerar os limites existentes nas abordagens individualizadas, de modo a conduzir a evolução das estratégias de intervenção na área da prevenção abrangendo adequadamente toda a população.

Existe conjuntamente a possibilidade das casas de saúde, que existem unicamente no Estabelecimento Prisional Regional das Caldas da Rainha (EPRCR) e são unidades residenciais que acolhem reclusos que terminam o programa de tratamento da toxicoddependência. Estas casas têm como objectivo fortalecer as aquisições adquiridas durante o tratamento, promovendo a inserção sócio-laboral, invocando recursos comunitários. Esta opção favorece o recluso pois permite-lhe uma interacção com a comunidade livre, criando uma dinâmica ao nível da sua socialização e, por outro lado, normalização contrariando a marginalização.

Em meados da década de 90, a política interventiva estava dirigida exclusivamente aos tratamentos livre de droga, não se conjecturando a capacidade de leitura do que já era nítido para muitos (uso da metadona, como substituição), e que levaria, posteriormente, à adopção de medidas de redução de riscos, tal como, constatado no Relatório da Comissão para a Estratégia Nacional de Luta contra a Droga (1998). Esses cuidados seriam organizados no sistema prisional, com a criação de alas de comunidade terapêutica e, mais tarde, especializando-as em Alas Livres de Drogas, que poderiam funcionar em articulação com os Centros de Atendimento a Toxicodependente – CAT, permitindo uma continuidade de tratamentos iniciados no exterior (Fernandes & Silva, 2009). Estes tratamentos são da responsabilidade da DGSP, dando assim continuidade aos tratamentos iniciados em liberdade ou até propor outros para tratamento, sempre seguidos por técnicos responsáveis pelos programas de intervenção (DGSP, 2009a).

Os programas de redução de danos e riscos recorrem a um leque de estratégias com foco interventivo ao nível terapêutico, sanitário e social, objectivando a minimização dos

problemas adjacentes às drogas, como a transmissão de doenças. Contudo com esta vertente de mediação, não se exige o abandono dos consumos, mas que estes sejam exercidos no seu mínimo e que os consumidores reduzam a sua exposição aos riscos por eles consequentes (Nunes & Jólluskin, 2007).

Todavia, todos os programas que destinem a sua aplicação no EP, acarretam consigo algumas dificuldades, nomeadamente os que englobam mudança de comportamentos, uma vez que os sujeitos alvo da intervenção estão presos à rotina implícita nestes meios. Porém esta problemática mexe com algumas susceptibilidades o que ainda pode promover mais obstáculos.

Algumas das dificuldades são expostas pelos principais intervenientes na vida dos reclusos – os técnicos reeducação. Os técnicos contemplam como principal dificuldade, na adesão aos programas de intervenção, o facto do sujeito estar privado de liberdade, motivado pela desconfiança com que são confrontados no meio prisional. Estes reclusos tendem a considerar os projectos desgastantes, de pouca utilidade, e de objectivos dúbios (Vieira, 1998).

Todavia, e perante a realidade dos estabelecimentos, deparamo-nos com algumas dificuldades (como a de locomoção dentro do meio, entre outras burocracias). Contudo, estes obstáculos variam de EP para EP, uma vez que cada prisão tem as suas próprias regras, respeitando sempre as regras penitenciárias europeias (Conselho Europeu, 2006). O programa a ser implementado procura contornar estas e outras dificuldades que possam surgir, de modo a conseguir atingir os objectivos pretendidos.

Os reclusos têm direito ao mesmo nível de assistência médica relativamente aos sujeitos que vivem na comunidade e aos inseridos nos serviços de saúde prisional. Devem poder tratar os problemas relacionados com o consumo de droga em condições comparáveis às oferecidas fora da prisão. Este princípio geral de equivalência é reconhecido pela UE na Recomendação do Conselho de 18 de Junho de 2003 (Comissão Europeia, 2003), relativa à prevenção e redução dos efeitos nocivos da toxicoddependência para a saúde, cuja aplicação é exigida pelo novo plano de acção da UE de luta contra a droga 2009-2012 (OEDT, 2009).

A Recomendação do Conselho de 18 de Junho de 2003 (Comissão Europeia, 2003) considera que a melhor estratégia consistia numa abordagem abrangente que cobrisse todas as áreas da prevenção do abuso de drogas, desde a dissuasão do uso inicial, até à redução das consequências nefastas para a saúde e para a sociedade. O programa de acção comunitária relativo à prevenção da toxicoddependência, no quadro de acção no domínio da saúde pública,

e o programa de acção comunitária sobre a prevenção da SIDA e outras doenças transmissíveis, no quadro de acção no domínio da saúde pública, apoiariam projectos que visassem a prevenção e redução dos riscos associados à dependência das drogas, em particular incentivando a cooperação entre Estados-Membros, apoiando a sua acção e promovendo a coordenação entre as suas políticas e os seus programas. Estes dois programas têm vindo a contribuir para a melhoria da informação, educação e formação com vista a prevenir a toxicoddependência e os riscos a ela associados, em particular para os jovens e grupos especialmente vulneráveis (Comissão Europeia, 2003).

A prestação de serviços de saúde aos reclusos está a ser, actualmente, objecto de maior atenção por parte dos decisores políticos nacionais, havendo indicação de que os Estados-Membros da UE estão a melhorar os serviços oferecidos aos reclusos. Por exemplo, vários países já comunicam a existência de políticas e programas nacionais em matéria de saúde prisional, nomeadamente, por meio de uma cooperação entre prisões e os serviços de saúde e sociais, cujo objectivo se cinge às melhorias na qualidade e continuação do tratamento e cuidados prestados na prisão (OEDT, 2010).

Muito há ainda a fazer, porém, para garantir o acesso dos reclusos a cuidados de saúde com nível e qualidade comparáveis aos oferecidos fora da prisão, as prisões têm de dar resposta aos desafios colocados pelas necessidades de saúde específicas dos consumidores de droga, como as doenças infecto-contagiosas transmitidas por via sanguínea e os problemas psiquiátricos co-mórbidos (OEDT, 2009)

Para que os programas se realizem com o devido e esperado sucesso, será favorável incluir as seguintes características:

i. Períodos de tempo adequados à duração dos tratamentos, melhorando assim a suas capacidades cognitivas (havendo mais tempo, poder-se-á trabalhar o sujeito mediante as suas capacidades, promovendo a atenção adequada do interveniente),

ii. Deverão ser estabelecidas ligações estreitas com os serviços de saúde e de tratamento da toxicoddependência da comunidade, como forma de encontrar as medidas adequadas às situações que possam emergir ao longo do programa,

iii. Deverá ser prestada formação específica a todos os técnicos intervenientes com a finalidade de dotar os condutores do programa de forma a dar a resposta às dúvidas existentes, bem como ter em consideração a perspectiva dos próprios reclusos.

Conforme os objectivos a que nos propomos, visamos que esta investigação cumpra e responda ao pretendido, levando à modificação dos comportamentos relacionados com o

tema das adições em meio prisional, trabalhando valores, perspectivas e atitudes. Assim procuraremos promover juntos da população reclusa hábitos que se distanciem dos existentes e considerado à luz da Psicologia como desadaptados, motivando-os para a aquisição de novas condutas comportamentais, redução nos seus consumos dentro e, posteriormente, fora do EP, com a finalidade de o sujeito aquando da sua saída, conseguir adaptar-se (biológica, a psicológica e a social) de forma harmoniosa à sociedade que se apresenta.

PARTE B

Capítulo VII – Metodologia

7. Estrutura metodológica

7.1. Amostra

7.2. Descrição da medida

7.3. Procedimento

7.4. Discussão de resultados

Capítulo VII – Metodologia

7. Estrutura metodológica

A complexa relação existente entre o consumo de drogas e a criminalidade (Agra, 1997; Manita, 1997; Fonte, 2007) constitui um ponto fulcral do estudo, colocando em evidência a necessidade de perceber de que forma esta se manifesta na população alvo, constituindo o ponto de partida da investigação. Assim, foi construído um inquérito de forma a permitir o conhecimento das necessidades, características e opiniões dos reclusos do Estabelecimento Prisional de Caxias sobre o fenómeno da toxicoddependência em meio prisional. A referida avaliação irá possibilitar a criação de um programa de intervenção juspsicológico adequado e adaptado às particularidades da população alvo.

Fundamentado na literatura disponível sobre as temáticas e com base na metodologia da Psicologia Forense e da Exclusão Social, foi construído um inquérito, estando este estruturado em cinco dimensões, de forma a permitir a captação e descodificação da hermética do consumo de drogas em meio prisional, concorrendo para a descodificação, compreensão e explicação do fenómeno, que na prática se irá traduzir na construção do programa de intervenção juspsicológico (Poiães, 2001). Através deste procedimento pretendemos conhecer as características e necessidades da nossa população alvo, de forma a ser possível a construção de um programa de intervenção juspsicológico devidamente adaptado aos seus destinatários.

Na selecção dos reclusos não esteve implícito que todos os reclusos da amostra teriam que ser consumidores de droga. Contudo é necessário assegurar que os reclusos completavam os requisitos mínimos para a aplicação do inquérito e conseqüentemente da participação no programa. Foi então pedido que todos fossem do sexo masculino, não se tornando limitativa a faixa etária, a nacionalidade, o nível de escolaridade, a situação de trabalho anterior à reclusão, bem como o facto de se encontrarem ou não condenados pelos seus crimes.

A pertinência da escolha da amostra ser do sexo masculino, cinge-se ao facto de na maior parte da bibliografia encontrada, este género ser o que apresenta um maior consumo de substâncias psicoactivas comparativamente ao sexo feminino. Por isto, é importante estudar se esta população também se encontra em estado de consumo activo em meio prisional.

A primeira dimensão respeita a questões demográficas e inclui os primeiros seis itens do inquérito. Estes permitem uma caracterização do recluso ao nível da sua escolaridade, agregado familiar, etnia, competências profissionais, estado civil e idade. A informação daí extraída será relevante na adequação do programa de intervenção, nomeadamente conhecendo o suporte social do recluso e quais as estratégias que poderão ser utilizadas em função da sua escolaridade e competências técnico-profissionais. Sendo a toxicodependência um fenómeno biopsicossocial, torna-se indispensável o conhecimento da trajectória biográfica dos adictos de forma a possibilitar a adequação da intervenção (Agra, Queirós, Manita, & Fernandes, 1997; Dias, 2002; Nunes & Alves, 2008).

A situação de reclusão constitui a segunda dimensão do inquérito, sendo composta pelos cinco itens seguintes (do sete ao onze). Os itens compreendidos nesta dimensão são considerados como informativos da situação actual do sujeito, contudo, caracterizam o sujeito quanto à sua situação penal e motivo da detenção, nomeadamente quanto à duração da sua pena, se está como preventivo ou condenado, se é a primeira vez que se encontra detido, qual o motivo conducente à reclusão ou o tempo para o fim da sua condenação. Esta dimensão é importante na medida em que permite, perceber se a detenção está, ou não, relacionada com o consumo de drogas (item dez) e assim perceber qual a dinâmica existente (droga e crime ou crime e droga), procurando perceber qual a relação entre os sistemas de acção e a personalidade, a relação existente entre o sujeito, normas e possíveis transgressões ou a ética regente no percurso do sujeito (Agra, 1990; Nunes, 2010). Como defende Debuyst (1990, citado por Manita, 1998), é necessário entender o crime como algo dependente de um determinado contexto, num dado ensejo da vida do sujeito, tomando como referência a posição do indivíduo na sociedade e as adversidades com que se defronta, quais as características da sua personalidade, e como estas se articulam com as das pessoas que o rodeiam (Manita, 1998). A selecção dos itens incluídos na dimensão é justificada pela complexa relação estabelecida entre o consumo de substâncias psicoactivas e a prática de crimes, sendo importante perceber de que forma esta se verifica na população alvo (Agra, 1997b, 2008; Manita, 1997; Negreiros, 1997; Fernandes, 1997; Poiares, 1998).

A terceira dimensão distingue as principais tendências de consumos de substâncias exercidos antes e depois da entrada no estabelecimento prisional, incluindo as questões distribuídas dos itens doze e dezasseis, incluindo o item vinte. Neste sentido, o objectivo da presente dimensão é conhecer e apresentar uma visão actualizada do estado do abuso de substâncias, mostrando-se fundamental no sentido em que permite conhecer o padrão de

consumo da população alvo, indispensável para a construção do programa de intervenção e na definição das estratégias a utilizar.

Esta procura da identificação de consumos de substâncias inicia-se com a dúvida que se instala entre os utilizadores de drogas. Serão estes consumidores de droga ou não? Desta forma foi necessário perceber se a população reclusa que consumia substâncias psicoactivas, antes da reclusão, se considerariam consumidores ou não, quando um dos principais indicadores sobre o consumo de droga se refere à declaração de se ter consumido pelo menos uma vez na vida qualquer substância (questão número doze) (Torres & Gomes, 2005).

Face às referências bibliográficas (Negreiros, 1997; Rodrigues, Antunes, & Mendes, 1997; Torres & Gomes, 2002; Moreira, 2006; OEDT, 2009; Fernandes, & Silva, 2009) que demonstram a existência de elevados padrões de consumos em meio prisional, considerámos fundamental conhecer os hábitos de consumos da população reclusa. Apresentou-se indispensável tomar conhecimento da idade com que os sujeitos iniciaram os seus consumos, uma vez que as trajectórias de dependência de droga podem emergir de contextos juvenis (Torres & Gomes, 2002) (questão número catorze) e com qual das substâncias se estreou (questão número quinze). Assim poderíamos perceber qual o historial de consumos, antes e após a entrada no estabelecimento (questão número treze) e ainda avaliar as características da dependência, sabendo se houve alguma alteração comportamental antes e depois da reclusão (questão número dezasseis). Estes dados servirão para indiciar uma mudança no padrão de consumo aquando da entrada na prisão, verificando se existem quebras no mesmo ou se pelo contrário, aqueles que declaravam que não consumiam antes da prisão, adquiriram hábitos de consumos.

A perspectiva do recluso face a interrupção dos seus consumos constitui a quarta dimensão do inquérito e compreende os itens do número dezassete e vinte e seis (excluindo o vinte, já integrado na dimensão anterior). O principal objectivo deste agrupamento justifica-se na medida em que retrata uma dimensão que permite conhecer o que, na óptica do recluso, seriam medidas promotoras da diminuição dos consumos em meio prisional. Concomitantemente, visa obter informação relativa à opinião do recluso face o fenómeno da toxicoddependência. Para potencializar a eficácia da intervenção é necessário adequar estratégias ao que os seus destinatários entendam como benéfico na interrupção dos consumos, sendo que neste sentido emergiu a necessidade de auscultar a sua opinião (Morel, Hervé & Fontaine, 1998; Torres & Gomes, 2002; Dias, 2002; Filho & Ferreira-Borges, 2008; OEDT, 2009). Assim, foram incluídas questões sobre que medidas seriam eficazes na

diminuição dos consumos na opinião do recluso (questão dezassete e vinte e quatro), o seu entendimento face ao acompanhamento psicológico em meio prisional (questão vinte e um) ou de acordo com as regras do estabelecimento prisional, que estratégias seriam benéficas na redução das adições (questão vinte e cinco e vinte e seis).

A quinta dimensão do inquérito corresponde à perspectiva do recluso face a sua reinserção social, congregando os itens vinte e sete e vinte e oito. As questões são direccionadas para a reinserção social do detido, incluindo os seus sentimentos face a mesma, bem como a eventual necessidade de beneficiarem de intervenção psicológica (Gonçalves, 1998) na preparação do seu projecto de reinserção. Sendo a ressocialização do agente do crime o fim último das medidas penais (Almeida *et al.*, 2003, Vieira, 2005; Conselho da Europa, 2006), sejam privativas de liberdade ou não, (*i.e.* pena suspensa, trabalho a favor da comunidade, entre outras) e um ponto fulcral da estratégia nacional de luta contra a droga (OEDT, 2009), importa conhecer a opinião do recluso face a mesma. A informação daí extraída será fundamental para o desenho do programa de intervenção, devendo este responder, da melhor forma possível, às necessidades identificadas.

A medida de avaliação foi construída em conjunto com a Dra. Rita Domingos (a desenvolver investigação no EP de Vale de Judeus) uma vez que ambas as investigações se inserem no âmbito da toxicoddependência em meio prisional, tendo como objectivo a descodificação das realidades nos diferentes contextos e a construção de um programa de intervenção juspsicológico.

Na selecção dos reclusos não esteve implícito que todos os reclusos da amostra teriam que ser consumidores de droga. Contudo é necessário assegurar que os reclusos completavam os requisitos mínimos para a aplicação do inquérito e consequentemente da participação no programa. Foi então pedido que todos fossem do sexo masculino, não se tornando limitativa a faixa etária, a nacionalidade, o nível de escolaridade, a situação de trabalho anterior à reclusão, bem como o facto de se encontrarem ou não condenados pelos seus crimes.

A pertinência da escolha da amostra ser do sexo masculino, cinge-se ao facto de na maior parte da bibliografia encontrada, este género ser o que apresenta um maior consumo de substâncias psicoactivas comparativamente ao sexo feminino. Por isto, é importante estudar se esta população também se encontra em estado de consumo activo em meio prisional.

De futuro consideramos pertinente, efectuar um estudo comparativo da hermética entre os referidos locais de forma a contribuir para o aumento do conhecimento técnico-científico sobre o fenómeno.

7.1. Amostra

A recolha de dados foi consumada, de um universo de aproximadamente 400 reclusos (preventivos e condenados), numa amostra de 50 participantes do sexo masculino, detidos no Estabelecimento Prisional de Caxias.

A amostra desta investigação varia entre os 19 e os 54 anos de idade, com uma incidência em reclusos com 32 e 33 anos, representando cada um 8% (tabela 1.1.). No total da amostra verificámos uma média de idades de 33.22, com um desvio padrão de 9,049 (tabela 1).

No que respeita ao estado civil, 34 indivíduos (68%) eram solteiros, 8 (16%), casados ou em união de facto, 7 (14%) divorciados / separados e 1 (2%) era viúvo (tabela 2).

Em relação ao agregado familiar anterior à detenção, 19 participantes (38%) residiam com a sua família de origem, considerando o pai, mãe e irmãos, 23 participantes (46%) com família constituída, considerando o cônjuge / companheiro(a) e filhos, 7 participantes (14%) revelaram viverem sozinhos, e um último participante (2%) revelou viver com amigos antes da sua detenção (tabela 3).

Relativamente ao nível de instrução, as habilitações literárias dos participantes variam em conformidade com o seguinte quadro, 1 participante afirma não ter escolaridade (2%), um outro participante (2%) revela não ter escolaridade, mas diz saber ler e escrever, e o restante grupo de participantes (48%) afirma ter escolaridade, havendo prevalência no 7º ano (14%) e no 8º ano e 12º ano (12%) (tabela 4).

Considerando o factor a etnia, 32 participantes (64%) pertenciam à etnia caucasiana e 18 participantes (36%) pertenciam à etnia negra, não havendo outras a assinalar (tabela 5).

Quanto à situação ocupacional anterior à detenção, 30 indivíduos (60%) encontravam-se empregados, 15 (30%) desempregados, 1 (2%) era estudante, 2 (4%) estava a frequentar um curso de formação profissional, 1 (2%) era reformado e um último (2%) era trabalhador-estudante (tabela 6). Ainda relativamente à situação de trabalho anterior à

reclusão, as profissões com maior frequência de resposta foram, empregado de bar/mesa (14%) e pedreiro (12%) (tabela 6.1).

No que respeita à sua situação penal, 22 participantes (44%) eram condenados e 28 (56%) eram preventivos. Destes inquiridos, 34 (68%) estariam nesta situação de reclusão pela primeira vez e 16 (32%) afirmaram ser reincidentes (tabela 8 e 9).

Por último, duas outras situações específicas se mostram relevantes para a caracterização da amostra. A investigação revela que 19 participantes (38%) estariam indiciados ou já condenados por crimes relacionados com tráfico, 2 participantes (4%) estariam por crimes relacionados com consumo de drogas, 1 (2%) com tráfico e consumo, 7 (14%) com outros crimes relativos à obtenção de dinheiro para o consumo e o maior grupo, de 21 participantes (42%), não está relacionado com droga (tabela 10). Contudo, 31 participantes (62%) diz já ser consumidor aquando da sua reclusão e 19 (38%) afirmam não serem consumidores antes da reclusão (tabela 12).

7.3. Descrição da medida

Com base na relevância dos factores definidos anteriormente, bem como no agrupamento das variáveis nas diferentes dimensões já explicadas, e com o objectivo de averiguar quais as dimensões de consumos, que os sujeitos exercem em meio prisional tornou-se pertinente a construção de um inquérito que enquadra-se a problemática nesse meio. Desse modo, foi feita uma diagnose de necessidades que visa enquadrar a dinâmica existente no EP e a sua população reclusa na problemática que está em relevo. Na construção deste mesmo inquérito, juntámos duas vertentes de estudo: uma referente aos consumos e suas variantes e uma outra referente à reintegração do sujeito recluso na sociedade. Estas duas vertentes presentes no inquérito estão organizadas nas seguintes categorias: (i) questões demográficas, constituída por seis itens permitindo um conhecimento geral do recluso e possibilitando a adequação do programa de intervenção às características basilares da amostra tais como, rede de suporte familiar, eventuais competências profissionais e o nível de escolaridade; (ii) caracterização da situação da reclusão, constituída por cinco itens objectivando a recolha de dados referentes à detenção do sujeito, estes dados que estarão mencionados nesta dimensão, enquadram o recluso numa fase específica da sua vida e do seu delito, conseguindo abranger temporalmente o decurso de pena já consumado, o restante para

o fim da mesma, e ainda ter uma percepção relativa à sua situação jurídico-legal (tipo de delito praticado e se é primário ou reincidente); (iii) caracterização dos padrões de consumos, constituído por seis itens procura um melhor entendimento do mundo dos consumos, e qual a visão que os próprios consumidores ou os sujeitos reclusos têm dos consumos dentro do EP, assim é solicitado ao sujeito que indique os seus padrões de consumo, pretendendo saber se este meio beneficia ou prejudica os consumos; (iv) perspectiva do recluso face a interrupção dos seus consumos, constituída por nove itens tenta conhecer o que, na óptica do recluso, seriam medidas promotoras da diminuição dos consumos em meio prisional. Visa igualmente obter informação relativa à opinião do recluso face o fenómeno da toxicoddependência e toxicoddependentes e para finalizar temos, (v) a perspectiva do recluso face a sua reinserção social, constituída por dois itens onde o objectivo está direccionado para a reinserção social do recluso, incluindo os seus sentimentos face a mesma, bem como a eventual necessidade de receberem apoio psicológico na preparação do seu projecto de reinserção.

Os itens incluem respostas abertas, dicotómicas e optativas, em função do tipo de questão formulada e da informação que se pretende obter.

O inquérito e consecutivamente o programa de intervenção juspsicológica funcionarão sobre diversas tentativas de induzir modificações nas atitudes em relação às drogas.

7.4. Procedimento

Como conduta da investigação diligenciou-se um pedido de autorização formal à DGSP, de forma a ser concedida a recolha da amostra num EP a decretar pelos serviços.

Dando seguimento ao processo, foi construído um inquérito determinado por cinco categorias fundamentais, de modo a encontrar respostas para as necessidades e características relativas à população alvo do estudo em causa.

Após consentimento informado por parte dos serviços do EP de Caxias e dos respectivos reclusos, procedeu-se à recolha / aplicação dos inquéritos a 50 reclusos sem nenhum tipo de requisito inicial estipulado, sustentando a possibilidade de desistência dos intervenientes a qualquer momento do estudo. Todo o estudo teve cariz voluntário por parte dos reclusos e anonimato foi assegurado desde o início. Esta situação deixou o recluso mais livre para a resposta e para a faculdade da sua opinião sobre certos assuntos abordados no

estudo. Contudo foi pedido, a quem se comprometer a participar no mesmo, que tentasse ser o mais fiel a si mesmo e às suas atitudes e comportamentos dentro do estabelecimento prisional. Assim e posteriormente à recolha da amostra adveio o tratamento estatístico dos dados inquiridos.

Por último, foi construído o programa de intervenção juspsicológico, este direcciona-se à população masculina do EP de Caxias, apresentando os consumos existentes ou não dentro do estabelecimento.

Para a execução do programa tivemos de ter, inicialmente, um melhor conhecimento das necessidades e características da população reclusa consumidora e do EP, procurando desbloquear o fenómeno. A pertinência e compreensão do propósito dos consumos ou policonsumos de substâncias que causam adição, sejam estas lícitas ou ilícitas, em meio carceral, foi obtida através dos estudos dos resultados obtidos da informação facultada pela aplicação do inquérito. A explicação do processo existente cinge-se à fundamentação teórica do tema que serviu de argumentação e construção do programa. Neste programa, e conhecendo a população alvo procuramos incutir alterações nos procedimentos de actuação, minimizando ou pondo fim aos consumos da população reclusa.

7.5. Análise e Discussão de resultados

Após o levantamento do problema, efectuou-se uma pesquisa bibliográfica com o intuito de delinear os propósitos do presente estudo. Algumas questões foram levantadas de forma hipotética, prosseguindo com a investigação, para o aprofundamento da mesma.

Os resultados obtidos, através dos dados estatísticos, evidenciaram diferenças em algumas hipóteses, bem como a inexistência noutras.

Relativamente ao inquérito construído, é apresentado um α de Cronbach's de 0.653, considerado aceitável e consistente, na sua generalidade. Contudo quanto às dimensões vigentes nesse mesmo inquérito, a consistência de cada uma já não se aplica de forma homogénea no seu todo, havendo a carência de alterações e modificações de alguns itens, bem como do agrupamento de alguns itens em determinadas categorias. Todavia, e apesar da falta de homogeneidade presente na consistência de cada dimensão explorada no inquérito, verificámos que o instrumento utilizado, nos possibilita a exploração da matéria sugerida na investigação. Este faculta-nos informação satisfatória para o fim objectivado na investigação, o programa de intervenção juspsicológico.

Este inquérito teve a sua aplicação no EP de Caxias, de forma individual, sugerido pela direcção do próprio estabelecimento como sendo a forma mais apropriada de conseguir explicar e tirar dúvidas a todos aqueles que se voluntariassem para a participação no estudo. Este facto da aplicação individual foi-se mostrando favorável à recolha de informação informal, que iria surgindo no decorrer do preenchimento do próprio inquérito. Desta forma, o ambiente envolvente à aplicação, garantia conforto para a exposição de certos assuntos menos abordados, uma vez que a confidencialidade e a não entrega dos inquéritos ao estabelecimento eram garantidos do início ao fim do estudo.

Relativamente aos resultados, estes foram analisados através do processamento de dados efectuado com o programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 17.0, facultando uma decomposição estatística descritiva, fornecendo a informação essencial para o levantamento das necessidades da população carceral, com vista à construção do programa de intervenção juspsicológica perspectivado.

Assim e para a compreensão das vertentes que ponderámos serem mais relevantes na construção do programa, limitámo-nos unicamente à exposição e observação das suas frequências.

Desconstruindo agora alguns dos resultados que foram alcançados e tentando desenhar algumas explicações para a sua verificação, relativamente à situação penal actual (tabela 8) de cada recluso, verifica-se um valor superior de sujeitos preventivos (56%), como revela a principal característica do EP de Caxias que tem como particularidade o facto de ser um estabelecimento destinado a reclusos preventivos, em comparação com a frequência de reclusos condenados (44%). Quanto à situação que motivou a detenção (tabela 10), maioritariamente corresponde a crimes não relacionados com droga (42%), sendo especificado o roubo (12%) (tabela 10.1) não fazendo referência ao objectivo para o qual cometeram esse crime, contudo os crimes relacionados com o tráfico (38%) (Negreiros, 1997; Torres & Gomes, 2002; 2005) não se apresentam muito distantes do valor dos crimes não relacionados com droga, tendo a relevância, no esclarecimento do jogo bilateral vivido entre a droga e o crime.

Quando é abordado o assunto enquadrado com os consumos, apesar de se mostrarem renitentes quanto às suas respostas e quanto ao conceito de consumidor ou toxicod dependente, os reclusos afirmam, na sua maioria serem consumidores anteriormente à reclusão (62%) (tabela 12), porém os valores apresentados estatisticamente, podem não ter a sua veracidade total uma vez que muitos dos reclusos não se assumiam consumidores, até lhes

ser perguntado que substância consumia antes da sua reclusão (*e.g.* álcool, tabaco, haxixe, entre outras). Assim que lhe era feita a pergunta relativa aos padrões de consumo anterior à reclusão, metade da amostra não se conteve em assumir que raramente consumiam álcool (50%) (tabela 13), afirmando informalmente que bebiam «uns copos» por refeição e alguns afirmam consumir com frequência (30%), em relação a outros consumos, os que se evidenciam mais, antes da entrada na prisão, são: o tabaco (60% - todos os dias) (tabela 23), o café (40% - todos os dias) (tabela 25), as bebidas energéticas (24% - com frequência) (tabela 26) e a *marijuana* (22% - raramente) (tabela 15). Nos consumos declarados dentro da prisão os que se evidenciam mais, estão manifestos com sendo exercidos «todos os dias» são: o tabaco (60%) (tabela 23.1), o café (34%) (tabela 25.1), o haxixe (14%) (tabela 15.1) e os tranquilizantes (12%) (tabela 21.1). Estes valores comprovam que existe um decréscimo de consumos (OEDT, 2009; 2010), contudo confirmam também que estes não deixam de se efectuar, apesar do enfraquecimento dos consumos, comprovando que a população reclusa continua a consumir.

Quando comparamos os consumos da mesma substância dentro e fora da prisão, deparamo-nos com algumas variações. Se nos pronunciarmos sobre a *marijuana* visualizamos um abate de consumos significativo, após a entrada, passando de 22% (tabela 16) para 4% (tabela 16.1) consumidos raramente; se enunciarmos os consumos de tranquilizantes passámos de 12% (tabela 21) consumidos com raridade, para um consumo dentro do EP de 12% (tabela 21.1) consumidos todos os dias; e se abordarmos a metadona verificámos um aumento, mesmo que pouco evidente, a passar de 4% (tabela 18) consumidos todos os dias para 6% (tabela 18.1) consumidos igualmente todos os dias.

Em relação ao aumento, ainda que pouco significativo, dos consumos de metadona, este permite-nos perceber que os reclusos têm acesso à substância usufruindo da mesma em programas de substituição. Contudo, este factor acarreta duas situações opostas, a favorável e a criticada, onde por um lado temos a vertente motivacional de controlo ou cessão dos consumos, promovida pelos consumos de metadona e, por outro lado temos a comunicação informal recolhida dos reclusos que revelam que o tratamento de substituição com metadona, continua a ser um consumo e que não ajuda muito porque não deixa de ser droga. Os reclusos chegam a declarar partilha de utensílios (OEDT, 2002; 2009; 2010) com outro recluso, apesar de baixa (10%) (tabela 46), a existência é inevitável, uma vez que estes mesmos reclusos assumem consumos, ainda que muito reduzidos, de drogas ilícitas.

Quando abordámos os padrões de possíveis policonsumos dentro e fora do estabelecimento, verificámos uma diferença pouco evidente, tanto dentro (sim – 48%; não – 52%) (tabela 27) como fora (sim – 40%; não – 60%) (tabela 27.1).

Em relação aos primórdios dos consumos, os reclusos revelam iniciar-se nos seus consumos com uma média de 14.48 anos (tabela 29), consumindo maioritariamente tabaco (46%) e haxixe (20%) (tabela 30).

Sendo expressiva a situação nova de reclusão, com 68% dos reclusos a referirem estarem presos pela primeira vez. Este factor reforça a necessidade de intervenção preventiva, com o objectivo de diminuir os consumos importados do exterior e trabalhar a sensibilização e a aquisição de competências pessoais e sociais em falta ou desvinculadas da sua conduta.

Para melhorar as intervenções focadas para a minimização dos consumos propusemos algumas medidas relativas ao abandono dos consumos e sugerimos aos reclusos que enunciassem qual a mais importante, de forma a facultar-nos a sua perspectiva relativa à futura implementação interventiva referente à matéria da droga. Os reclusos atribuíram o grau de muito importante aos programas terapêuticos (60%) (tabela 34), seguida de programas de minimização de riscos (50%) (tabela 35), o acesso a programas de substituição (30%) (tabela 33), a existência de unidades livres de droga (24%) (tabela 32) e, as salas de chuto (12%) (tabela 36). Com atribuições de menos importância temos o papel invertido da situação anterior, excluindo os acessos a programas de substituição e as unidades livres de droga equiparadas no seu valor.

No que toca, às opiniões emitidas pelos reclusos referentes a algumas frases, ajuda a perceber o valor dado a cada medida proposta de abandono dos consumos. Os reclusos concordam que os toxicodependentes precisam de ajuda (100%) (tabela 41) e que não são todos iguais (90%) (tabela 40) necessitando de tratamento especializado e adequado aos seus consumos; afirmam ainda que os toxicodependentes não têm um comportamento comum (88%) (tabela 38) e que não são delinquentes (72%) (tabelas 39) devendo ser tratados abrangendo a área biopsicossocial e, não punidos com pena privativas de liberdade (Poiares, 1998; Agra 1993; 2008). Assim o recluso considera todas as opções fornecidas no inquérito relativamente aos consumos de droga nas prisões, como dignas de ser implementadas, sendo-lhes atribuída uma percentagem sempre igual ou superior a 84 % (tabela 42, 43, 44, 45).

Quanto às restantes questões contidas no questionário aplicado, e não abordadas ou analisadas neste ponto, dizem respeito à informação meramente indicativa para a construção do programa, não afectando o sentido e as dinâmicas que serão tratadas no desenrolar da

Catarina Lopes Ferreira Ribeiro – *Droga!!! Estou preso* – programa de intervenção juspsicológico em meio prisional

intervenção (*e.g.* informação referente às regras do estabelecimento, relativa com o fim das penas, sentimentos sentidos em analogia com a sua saída, entre outras). Desta forma a informação retirada da aplicação dos inquéritos, fundamenta a criação de um programa de intervenção ou prevenção juspsicológico.

Capítulo VIII – Programa de intervenção juspsicológico

8. Cartografia do programa

8.1. Apresentação do programa

8.2. Área geográfica de implementação

8.3. Destinatários

9. Planificação do programa

9.1. Objectivos Gerais

9.2. Objectivo Específicos

9.3. Indicadores

9.3.1. Instrumentos de avaliação

9.4. Acções a desenvolver

9.5. Duração / Calendarização

9.6. Cronograma das acções

10. Estrutura organizativa e gestão do programa

10.1. Constituição da Equipa

10.2. Parcerias formais

10.3. Supervisão

10.4. Avaliação interna

10.5. Avaliação Externa

11. Conclusão

Capítulo VIII – Programa de intervenção juspsicológico

8. Cartografia do programa

8.1. Apresentação do programa

O programa de intervenção juspsicológica em causa apresenta-se no sentido de desenvolver como objectivo central, a criação de capacidades pessoais e sociais que visem a diminuição dos consumos de substâncias que causem dependência em meio prisional reforçando nos sujeitos a capacidade de criação de respostas adaptativas, resistindo às trajetórias desadaptativas (comportamentos aditivos).

Baseado na conjugação de opiniões realizada nos reclusos do EP de Caxias, acreditamos que este programa irá permitir o crescimento e implementação de competências, promovendo a diminuição dos comportamentos aditivos reforçando as atitudes contra o abuso de drogas, sejam estas legais ou ilegais. Desta forma, e com a construção deste programa, pretendemos aumentar as competências sociais e interrelacionais, nomeadamente a competência de comunicação, a relação com os pares, a auto-eficácia e a assertividade. Pretendemos também trabalhar as competências pessoais, como o autocontrolo, a auto-estima e controlo de estímulos. O incentivo à mudança incute um sentido de transversalidade à intervenção estruturada para este programa, uma vez que a sua execução irá depender das especificidades de cada interveniente, de forma a conjugá-las e adaptá-las.

Deste modo, a aplicação do programa no estabelecimento revela-se profícuo, contribuindo para um melhor entendimento da problemática e consequentemente para a diminuição dos comportamentos aditivos e/ou disruptivos existentes na população reclusa.

8.2. Área geográfica de implementação

O programa de intervenção, que visa a descrição dos padrões de consumos e controlo dos factores de riscos inerentes aos comportamentos aditivos, será aplicado no Estabelecimento Prisional de Caxias.

8.3. Destinatários

Os destinatários do programa enquadram-se com a população da comunidade prisional do EP de Caxias.

A participação na intervenção sugerida, será voluntária e submetida a uma pré-avaliação. Dessa forma, tentaremos caracterizar os padrões de consumo de cada sujeito, uma vez que, caso um candidato a participante indique padrões de consumo sujeitos a acompanhamento médico, este recluso receberá tratamento adequado ao seu estado de dependência.

9. Planificação do programa

9.1. Objectivos gerais

- i. Promoção da redução dos comportamentos aditivos em meio prisional;
- ii. Criar intervenções motivadoras de estímulos ou acções alternativas às drogas, trabalhando as associações apreendidas relativas aos estupefacientes e seus condicionantes.

9.2. Objectivos específicos

- i. Sensibilizar os intervenientes do programa, da existência de agentes de risco inerentes à problemática do consumo de substâncias legais ou ilegais, desenvolvendo mensalmente actividades promotoras do seu esclarecimento, decorrendo até ao término da aplicação do programa;
- ii. Promover a capacidade, por parte dos reclusos que fizerem parte do programa, de adquirirem novas competências sociais e pessoais, nomeadamente de comunicação, incitar as relações com os pares, motivar a auto-eficácia, o autocontrolo e a auto-estima e ainda a assertividade, numa perspectiva de reeducação para a tomada de decisão;

9.3. Indicadores

Para o objectivo específico (i) os indicadores são:

- a. Sujeitos reclusos que beneficiaram da integração no programa de intervenção.
- b. Sujeitos reclusos participantes no programa de intervenção;
- c. Sujeitos reclusos que completem o programa de intervenção;
- d. Sujeitos reclusos que indiquem diminuição dos consumos de substâncias que causam dependência, após o término da aplicação do programa de intervenção.

Para o objectivo específico (ii) os indicadores são:

- a. Familiares dos sujeitos reclusos disponíveis para a intervenção inserida no programa;
- b. Sujeitos reclusos participantes no programa de intervenção.

9.3.1. Instrumentos de avaliação

- Registo informativo de cada interveniente efectuado na primeira sessão do programa, contendo alguma informação relevante para o seguimento da aplicação, nomeadamente os padrões de consumo até ao início do programa;
- Ficha de sugestões de cariz voluntário a ser preenchida no início da sessão seguinte da que foi desenvolvida anteriormente;
- Ficha informativa dos consumos, aplicada a todos os participantes do programa, no início de cada sessão,
- Registo informativo de cada interveniente, efectuado na última sessão do programa, sugerindo a avaliação do seguimento da aplicação, e ainda fazer referência aos padrões de consumo no momento final do programa;
- Aplicação de uma grelha comparativa dos padrões consumos declarados no início do programa e no fim, fornecida pelos técnicos.

9.4. Acções a desenvolver

Os EP são exemplos da existência de instituições totais (Goffman, 1961), consideradas como um meio privilegiado, de uma sociedade dentro de outra (Goffman, 1961), concebendo o contacto com diferentes populações, valores e crenças, favorecendo a reconhecimento e acção de determinadas populações em risco (e.g. reclusos com problemas de conduta, diferenças de aprendizagem, entre outros), promovendo uma nova adaptação a uma nova sociedade.

Quando um sujeito dá entrada numa dessas instituições, este vê-se obrigado a viver em determinadas condições, quebrando as aquisições sociais adquiridas na sociedade da qual se despede. A permanência institucional vai variando de sujeito para sujeito, variando através das medidas decretadas pelas entidades judiciais competentes nessa matéria (tribunais) (Gonçalves, 2008). Ai adjacente está a adaptação ao meio prisional, sentindo-se o indivíduo limitado a uma nova organização de espaços, tempo, pessoas e vivências, que terá de se ajustar. Estas novas situações adaptativas determinam a maneira de estar e de socializar do indivíduo. Admite-se por isso que a integração no meio prisional pode variar, levando a adquirir comportamentos desfavoráveis relativos à sua conduta, caso esta não seja bem sucedida pelo mesmo. Esta inadaptação poderá ser desenrolada mediante factores sociais, biológicos, ambientais e de personalidade (Gonçalves, 2008; Cunha Filho & Ferreira-Borges, 2008).

Um dos comportamentos consequentes da (in)adaptação ao meio prisional foca-se no consumo de drogas, e a adição torna-se assim numa perturbação discreta com manifestações múltiplas (Vaillant, 2004), onde muitos dos reclusos entrevistados chegam a afirmar que “como não há mais nada para fazer... fuma-se”. O abuso de droga pode aumentar ou iniciar-se, mediante alguns vectores, sempre que o recluso esteja desmoralizado, desconheça a influência negativa desse consumo, esteja susceptível à interferência exercida pelos pares, possua uma predisposição genética para o abuso de determinada substância ou ainda quando este se sinta mal integrado no meio (Vaillant, 2004).

Em meio prisional, considera-se que, a estrutura social e a sua organização têm um forte contributo no desenvolvimento do comportamento de adição, levando a uma restrição interactiva que pode resultar em consequências desadaptativas aí, os factores de riscos se desenvolverem continuamente. Deste modo as intervenções submetidas dentro dos

estabelecimentos devem ser genéricas, incluindo toda a comunidade prisional, independentemente da ligação com a problemática em questão.

A intervenção relacionada com a toxicodependência, segundo Martin (1995, p.55, citado por Moreira, 2005), é designada como um “processo activo de implementação de iniciativas tendentes a modificar e melhorar a formação integral e a qualidade de vida dos indivíduos, fomentando o autocontrolo individual e a resistência colectiva face à oferta de drogas”. Concludentemente, prevê-se a diminuição de comportamentos aditivos, combatendo os factores de riscos presentes e actuando na promoção dos factores protectores existentes em cada um dos reclusos.

Os factores de risco, de uma forma simplificada, decorrem de uma associação entre uma condição específica apresentada por um indivíduo, grupo ou ambiente e uma probabilidade aumentada de desenvolver determinado tipo de perturbações associados a uma doença. Assim, quanto maior for a exposição aos factores de risco, maior é a probabilidade de consumo de substâncias (Morel, Boulanger, Hervé & Tonnelet, 2001; Ferreira-Borges & Filho, 2004; Moreira, 2005; Nunes & Jóluskin, 2007; Cunha Filho & Ferreira-Borges, 2008). Disposição genética e psicológica ou competências sociais, normas limitativas de circulação no espaço prisional, comportamentos desviantes do grupo de pares, fácil acesso à droga, baixa auto-estima e autocontrolo, são alguns dos factores de riscos que poderão proporcionar comportamento de adição, despoletados ou dilatados aquando do seu encarceramento.

Contudo, estes factores não determinam em exclusivo o consumo de substâncias.

Reciprocamente, o papel dos factores protectores, como a designação indica, atenuam ou ministram condições para que os reclusos consigam gerir os riscos a que estão expostos de uma forma segura, atenuando a possibilidade do uso de drogas (Moreira, 2005; Cunha Filho & Ferreira-Borges, 2008).

Presentemente continuam a existir registos de consumos de drogas dentro dos estabelecimentos, apesar de o relatório anual de 2009 e 2010 revelarem que os consumos são reduzidos ou cessados mediante a entrada em meio carceral (OEDT, 2009; 2010). Mediante esta contradição visível entre aquilo que é observado através de entrevistas aos reclusos *in loco* e os relatórios apresentados pela OEDT, mostra-se evidente a necessidade de uma intervenção abrangente à comunidade, não só para controlar e combater os riscos intrínsecos, como para tentar dotar os reclusos de competências pessoais e sociais que protejam o recluso das adições.

A intervenção delimitar-se-á a através de um programa que se inscreve no âmbito da prevenção/intervenção das toxicodependências, propondo-se acautelar ou retardar o uso/abuso de qualquer substância. Centrando-se na individualidade e nas características dos sujeitos, assente na modificação comportamental, desenvolvimento pessoal e na vertente da doença (Nunes & Jólluskin, 2007). O programa “SER LIVRE” cingir-se-á ao desenvolvimento de competências sociais e pessoais, passando a dotar o recluso de capacidades vitais para o afastamento do uso de substâncias, nos consumidores, ou a consciencialização de todas as consequências que podem surgir dos comportamentos aditivos, nos não consumidores. A mediação realizada no âmbito do programa “SER LIVRE” será composta por um misto de objectivos. Esta conjugará a prevenção, relativa a reclusos que não consomem qualquer substância que cause dependência, permitindo que a acção decorra antes que o problema se desenvolva (prevenção primária), e a intervenção que irá abranger os reclusos que declarem consumos de droga, possibilita a mudança de comportamentos adquiridos e motiva-os à aquisição de novas condutas, permitindo que a acção programada actue no sentido de aumentar os factores protectores, para que os sujeitos se tornem capazes de resistir a trajectórias desadaptativas futuras.

Nas instituições penitenciárias, os programas que compreendam a desintoxicação do recluso toxicodependente, não é novidade. Nos EP, o acompanhamento tem em vista a abstinência relativa aos consumos, sendo desenvolvidas medidas de redução de danos e de riscos, dando o caso da troca de seringas como medida mais implementada (Nunes & Jólluskin, 2007). Contudo, essa não é a medida que mais agrada à maioria dos reclusos. Estes afirmam que, “se é para deixar de consumir, então não deveria haver seringas aqui (EP), mas um acompanhamento médico e psicológico mais frequente”.

Assim, e no seguimento da opinião dos reclusos o nosso programa “SER LIVRE”, será constituído por módulos, destinados ao desenvolvimento das competências sociais e pessoais necessárias para uma integração favorável à sociedade livre (Humana global, 2005/2006). Todavia, a entrada no programa é sujeita a uma avaliação médica e psicológica, indicativa dos padrões de consumo de substâncias lícitas e ilícitas, assim como os factores que intervêm junto da problemática. Esta avaliação passa por caracterizar vários níveis de análise, como a condição geral de saúde, o estado psicológico, entre outros (Nunes & Jólluskin, 2007). Este diagnóstico pré-programa, procura estabelecer uma ligação entre traços, estados ou causas profundas, que possam explicar a coerência da perturbação individual relativa a contextos situacionais ou sintomas subjacentes (Joyce-Moniz, 2005).

Em relação à construção deste programa de intervenção, foi importante a estruturação de um inquérito, aplicado numa fase anterior à avaliação, promovendo à equipa multidisciplinar uma recolha de informação fundamental para que a intervenção se adapta às características individuais e de grupo da comunidade prisional.

Na fase inicial, da implementação do programa, os dois primeiros módulos dizem respeito ao conhecimento mútuo e ao da problemática perspectivada. Estes dois módulos objectivam uma aproximação de todos os intervenientes, de modo a que todos se conheçam e, ainda, perceber qual a visão que têm sobre as substância lícitas ou ilícitas existentes. No módulo da problemática perspectivada, o técnico tenta compreender quais os factores de riscos e protectores conhecidos e enumerados pelos reclusos.

Dando continuidade ao programa, apresenta-se o módulo correspondente à promoção de competências sociais e pessoais. Este módulo completa-se, incrementando alguns exemplos de competências que me mostrem essenciais.

A autoestima, designadamente, baixa, é considerada como um dos factores de risco para o desenvolvimento geral e ainda para o envolvimento em comportamentos aditivos (Moreira, 2005). Como enuncia o modelo de Kaplan (1986), apoiado na teoria psicológica baseada em causas intra-pessoais/teoria integrativa do comportamento desviante, ao perder o apreço e a aprovação por parte dos outros, o sujeito invoca sentimentos de auto-rejeição que necessitam uma resposta reparadora e compensatória (Nunes & Jóluskin, 2007). Torna-se, então, determinante que o sujeito encontre uma forma de se auto-valorizar de forma positiva relativamente aos que o rodeiam. Caso contrário, a baixa auto-estima irá comprometer a aprendizagem, a vontade de fazer qualquer tipo de actividade, a responsabilidade, a autonomia, entre outras (Alcântara, 1997). No DSM-VI-TR (2002), este factor de risco está presente em várias perturbações, demonstrando a sua real necessidade de abordagem.

Assim em jeito de fazer prosperar a auto-estima, deverão ser aperfeiçoadas as relações sociais, com o objectivo de uma auto-avaliação do desempenho nas actividades consideradas mais relevantes (Moreira, 2005).

Esta aptidão pessoal que é maioritariamente influenciada pelo meio social, interfere com uma outra competência, a motivação. Esta é muito importante, uma vez que intervém directamente na forma como os indivíduos se envolvem numa actividade. A envolvimento varia mediante duas categorias: a motivação extrínseca, correspondente à acção de interferências vindas de situações externas ao sujeito e a motivação intrínseca predisposta em necessidades internas. Contudo, apesar de a motivação estar dividida nestas categorias, estas encontram-se

inter-relacionadas, já que o sujeito está em constante interação com o meio. Por isso os motivos externos tornam-se importantes sendo posteriormente influenciáveis nas origens internas (Moreira, 2005).

Neste módulo, e uma vez tratando-se de competências sociais e pessoais, apercebemo-nos que as competências dependem directa ou indirectamente umas das outras, procurando o sucesso pessoal do sujeito. A vertente da comunicação é um bom exemplo dessa dependência, já que este semblante só se consegue desenvolver no sujeito, caso este tenha uma auto-estima equilibrada. Caso contrário, este não vai conseguir exprimir a sua vontade, valores, crenças e opiniões ao restante grupo. A este está também ligado a motivação, uma vez que, se o sujeito não encontrar algo promotor da sua inserção no grupo, ou no tema em vias de discussão, a sua comunicação não vai promover a sua inserção no grupo.

A relação estabelecida com os pares é marcada por desempenhar um papel muito importante na determinação de atitudes e comportamentos, sendo considerada por Gorman (1996) uma variável importante a ser trabalhada nas intervenções. O ser humano encontra-se sobre a influência do meio, desde que nasce até à sua morte. Por isso, é considerado um ser social que procura nos seus pares, a aceitação e o reconhecimento de algumas qualidades merecedoras de valorização pessoal. Em algumas situações, consideradas como vulneráveis, os sujeitos procuram e necessitam dessa aceitação por parte dos seus pares, de modo a ter forças para superar todas a adversidades.

Sendo consensual que as faltas de competências sociais resultam de défices comportamentais do indivíduo e estão na origem de dificuldades de relacionamento interpessoal, o nosso programa visa a abordagem da assertividade, como capacidade de expressar o que pensa e o que sente, tendo cuidado de não magoar os outros (Moreira, 2005). Para alguns autores, o termo de competência social chega mesmo a ser substituído por assertividade.

No nosso programa, a assertividade trabalha-se em várias situações, desde o módulo da problemática perspectivada passando pela própria sessão para o qual está destinada e chegando ao fim do programa.

Por fim, e ainda no domínio das toxicodependências, como quase todos os outros módulos e suas sessões, a capacidade de tomada de decisão e de resolução de problemas fundamentais é indispensável na resolução de qualquer problema. Contudo no tratamento das toxicodependências, torna-se essencial. Desta forma, esta competência dota o sujeito de uma tomada de consciência para as suas decisões, prevendo as consequências a elas inerentes. O

sujeito deve encontrar uma forma adaptada de ajustar a si e ao seu meio as decisões que toma para o futuro.

Consideramos importante, deixar uma nota sobre as actividades sugeridas no nosso programa, uma vez que não devem ser apenas vistas como dinâmicas de grupo, devendo haver a preocupação de se despertar para a disposição e para as necessidades dos participantes no momento adaptando as acções de acordo com o que, na altura, urge ser trabalhado. A aquisição de competências e a mudança de comportamentos só podem ser bem sucedidas se se trabalhar e conquistar, primeiramente, a motivação interna de cada um, e a sensibilidade demonstrada pelos sentimentos, anseios, desejos e pensamentos de cada um podem ser fundamentais para a construção da relação e para o envolvimento dos sujeitos nas actividades propostas.

Em relação à avaliação do programa interventivo, iremos proceder a essa vertente, no final de cada actividade – bem como no final de todo o projecto –, será feita, naturalmente, uma avaliação global das actividades, a sua eficácia e eficiência, o seu impacto, a sua relevância e, sobretudo, na nossa opinião, a sua sustentabilidade, ou seja, avaliar se os efeitos e os objectivos atingidos pelas actividades subsistirão depois de o projecto acabar e se o sujeito conseguirá generalizar o que foi apreendido para outros cenários no decurso da sua vida.

Em todas as fases deste programa, a clarificação de valores e de crenças vão-se dissolvendo nas sessões existentes, já no final da intervenção, afigura-se, que os participantes tenham desenvolvido as competências sociais e pessoais que foram propostas e que se mostraram necessárias para a futura adaptação ao mundo social.

9.5. Duração / calendarização

A equipa responsável pela realização do programa no EP de Caxias, prevê, que este seja aplicado num prazo de 6 meses, de Janeiro de 2011 a Junho de 2011. Contudo, esta última data poderá ser alterada conforme a vontade dos participantes em prolongar o tratamento de alguma matéria proposta ou consoante as necessidades de adaptação que se forem evidenciando.

9.6. Cronograma das acções

A aplicação do programa de intervenção iniciará no mês de Janeiro de 2011 e terminará a Junho 2011, podendo haver prolongamento de alguns módulos, por sugestão dos intervenientes.

O programa terá um momento de divulgação e um momento avaliativo das condições de integração no programa. Estes dois momentos terão lugar durante a primeira quinzena de Janeiro (dia 3 a 14), assegurando que a primeira semana (dia 3 a 7) destinar-se-á à divulgação do programa e a segunda semana (dia 10 a 14) para avaliação dos comportamentos aditivos dos candidatos a participantes. Os Módulos serão variáveis no número de sessões incluídas. No mínimo haverá uma sessão por módulo, no máximo sete sessões por módulo. Os módulos e respectivas sessões terão o seguinte cronograma:

- i. Módulo do conhecimento mútuo – contém duas sessões a decorrer no dia 17 de Janeiro e no dia 24 de Janeiro;
- ii. Módulo da problemática perspectivada – contém uma sessão a decorrer no dia 15 de Fevereiro;
- iii. Módulo das competências pessoais e sociais – contém sete sessões.
 - a. A primeira a decorrer no dia 1 de Março;
 - b. A segunda a decorrer no dia 15 de Março;
 - c. A terceira a decorrer no dia 1 de Abril;
 - d. A quarta a decorrer no dia 15 de Abril;
 - e. A quinta a decorrer no dia 2 de Maio;
 - f. A sexta a decorrer no dia 16 de Maio;
 - g. A sétima a decorrer no dia 1 de Junho.
- iv. Módulo da conclusão do programa – contém uma sessão a decorrer no dia 15 de Junho.

10. Estrutura organizativa e gestão do programa

10.1. Constituição da equipa

Para o eficaz e ambicionado cumprimento do programa de intervenção a equipa deverá ser constituída por uma equipa multidisciplinar. Desta forma, serão necessários dois psicólogos sendo inevitavelmente, um deles, especializado em Psicologia Forense e da Exclusão Social e o outro em Psicologia Clínica; a equipa contará ainda com um psiquiatra, um médico de clínica geral e ainda a possibilidade da equipa se complementar com a integração de um enfermeiro, na medida em que possibilita o auxílio ao trabalho do médico.

A formação desta equipa tem como finalidade, a partilha de conhecimentos divergentes e a adequação das medidas aplicadas.

10.2. Parcerias formais

Com vista ao desenvolvimento do programa de intervenção, foi fundamental estabelecer parcerias com diversas instituições ligadas à temática. Assim a composição do consórcio será partilhada pelas seguintes entidades:

- i. PSIJUS – Associação para a Intervenção Juspsicológica, possibilitando o supervisionamento técnico do programa implementado;
- ii. DGSP, permitindo a aplicação do programa e mostrando abertura e receptividade face à implementação de possíveis mudanças promovidas na estrutura do programa;
- iii. IDT, este administrará o cumprimento de uma avaliação externa fidedigna, colaborando com informação complementar.

10.3. Supervisão

A supervisão técnica, facultada pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias e pela PSIJUS, permitirá a implementação de um maior afinco e rigor das avaliações, promovendo assim o alcance dos objectivos estabelecidos.

10.4. Avaliação interna

A avaliação do programa ficará entregue à equipa multidisciplinar que faz parte da organização do mesmo, já as parcerias estabelecidas com a Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias e a PSIJUS desenvolvidas para uma melhor eficácia deste campo, irão estar presentes em todas as reuniões de avaliação do programa, de modo a acompanhar de perto e in loco todo o desenrolar dos exercícios aplicados.

Esta avaliação permitirá identificar quais foram as intervenções que se evidenciaram operantes e quais as que deveremos trabalhar de uma outra forma, conseguindo numa futura aplicação um resultado mais adaptativos e funcional. Esta avaliação desenvolver-se-á pelo menos uma vez por mês, com a realização de reuniões de equipa, de modo a resolver situações inesperadas à execução do programa. No fim da aplicação do programa avaliar-se-á o grau de eficácia do programa no seu todo.

No desenrolar do programa, à porta da sala destinada às intervenções, será colocada uma caixa de opiniões e sugestões, onde os reclusos, poderão deixar a sua opinião, sendo esta uma sugestão ou uma crítica.

Na última sessão do programa será pedido ao recluso uma apreciação geral da sua participação, nomeadamente sobre a adequação às matérias abordadas e sugestões que considerem importantes.

10.5. Avaliação Externa

A parceria estabelecida com o IDT irá ser desenvolvida neste campo. Uma equipa estruturada pelo próprio instituto com os técnicos indicados para acompanhar a execução do programa, avaliará o programa implementado, facultando o alcance de uma avaliação mais adaptado à população, tendo em conta a imparcialidade, o rigor e o objectivo pretendido para a eficiência do programa.

11. Conclusão

Ao longo deste estudo o consumo de droga não foi considerado um acto isolado, muitas vezes associado ao acto criminoso e a condutas anti-sociais. A literatura mais relevante, acentua a necessidade de perceber qual a interacção existente entre estas duas vertentes e qual delas se presenteia como consequência da dinâmica. Neste estudo objectivou-se que, os consumos, em meio prisional fossem compreendidos e solucionados.

A investigação visou a criação de um programa de intervenção juspsicológico que trabalhasse junto da população reclusa dos estabelecimentos prisionais, nomeadamente, com a do estabelecimento de Caxias. Este estudo foi fundamentado, num inquérito estruturado para esse fim que nos permitisse conhecer a situação penal do recluso, caracterizar os padrões de consumo, ter a perspectiva dos reclusos relativamente aos consumos e, ter a perspectiva deste face à reclusão. Este inquérito permitiu-nos um conhecimento real, tanto das características da população reclusa, como dos seus consumos e ainda das suas perspectivas face ao futuro próximo.

Na sequência do conhecimento proporcionado pela aplicação do inquérito, foi-nos possível perceber quais as dinâmicas mais apropriadas na inclusão do programa de intervenção de modo, a conseguir trabalhar com os reclusos algumas medidas que fossem de encontro à vontade por eles demonstrada em controlar os consumos, ou de os sensibilizar para as consequências do mesmo; permitiu-nos criar nesta população defesas consistentes para o confronto com as substâncias psicoactivas, trabalhando as lacunas existentes nas competências sociais e pessoais que se evidenciaram indispensáveis.

No desenrolar da investigação fomos-nos apercebendo que a existência de consumos dentro do EP era evidente em alguns reclusos. Contudo, os resultados estatísticos não o revelaram de forma significativa, levando-nos a concluir que, muitos dos reclusos, não se consideram consumidores e muitos não revelam no preenchimento do inquérito os consumos reais existentes. Muitos dos reclusos que participaram na fase de inquérito, questionavam-nos com a seguinte questão: “*É mesmo para dizer a verdade!*”. Porém e apesar de os resultados não demonstrarem consumos significativos, estes não deixam de existir, devendo continuar a preocupação actual de encontrar formas de controlar os consumos e as vias de realização do mesmo e ainda as respectivas consequências de saúde prisional e assistência técnica.

Assim e de acordo com a vontade dos reclusos, o nosso programa divide-se em duas partes, a parte terapêutica, iniciada antes da implementação das sessões do programa e o

programa propriamente dito. Todavia a parte terapêutica terá continuidade ao longo do programa, se o recluso e os técnicos assim o propuserem e acharem necessário.

Percebemos que quanto ao número da amostra, 50 reclusos, num universo de mais de 400, poderá ter sido limitativo, na medida em que a informação essencial para a construção de um programa foi recolhida de uma percentagem reduzida da população. Contudo, este foi consequência de uma outra, o tempo disponível para a aplicação dos inquéritos, bem como a limitação que estava implícita na mesma, que eram as regras do estabelecimento, uma vez que não se mostrou viável a organização de grupos.

Em relação a futuras investigações neste âmbito de estudo, é solicitado que se aumente o número da amostra, promovendo uma maior fiabilidade do estudo e se em futuros estudos for usado o inquérito por nós construído, é aconselhada uma melhor adequação das dimensões e respectivas questões, de forma a conseguir-se uma consistência significativa em todas as partes constituintes.

Além disto, seria pertinente que em futuros trabalhos o processo de implementação do programa de intervenção juspsicológico fosse concretizado, contribuindo para um aprofundamento do tema em análise.

Referência Bibliográfica

- Abraão, I. (1999). Factores de risco e factores protectores para as toxicodependências. Uma breve revisão. *Revista Toxicodependências*. Vol. 5, nº2, p. 3-11. Ministério da Saúde – Serviço de prevenção e tratamento da toxicodependência. Lisboa. Edição SPTT.
- Agra, C. & Matos, A. P. (1997). *Droga-Crime – Estudos Interdisciplinares*. Trajectórias Desviantes. Vol.11. Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga. Ministério da Justiça.
- Agra, C. (1990). *Sujet autopoïétique et transgression*. In Acteur social et délinquance – homage à Christian Debuyst. Bruxelles: Pierre Mardaga, ED.
- Agra, C. (1993). *Dizer as Drogas, Ouvir as Drogas. Estudos teóricos e empíricos para uma ciência do comportamento aditivo*. Porto: Radicário.
- Agra, C. (1997a). *Droga-Crime: Estudos Interdisciplinares*. A Criminalização da droga: da emergência à aplicação da lei. Vol.3. Colecção Estudos. Gabinete de planeamento e de coordenação do combate à droga. Lisboa. Ministério da Justiça.
- Agra, C. (1997b). *Droga-Crime: Estudos Interdisciplinares*. A experiência Portuguesa: programa de estudos e resultados. vol. 1. Colecção Estudos, Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga, Lisboa, Ministério da Justiça.
- Agra, C. (2008). *Entre a Droga e o Crime. Actores, espaços, trajectórias*. 2º ed. Lisboa: Casa das Letras.
- Agra, C., Queirós, C., Manita, C. & Fernandes, L. (1997). Biopsicossociologia do comportamento desviante. *Separata da revista do Ministério Público*, nº 69. Lisboa. Minigráfica.
- Alcântara, J. (1997). Como educar a auto-estima. Lisboa. Plátano.
- Almeida, C. (1997). *Uma abordagem da politica criminal em matéria de droga*. In Debates Presidência da República. *Droga: situação e novas estratégias*. Actas de seminário promovido pelo Presidente da República. Centro Cultural de Belém. Lisboa. Imprensa Nacional – Casa da Moeda.
- Almeida, J.; Duarte, M.; Fernando, P.; Sousa, F. & Abreu, P. (2003). *A reinserção social dos reclusos: um contributo para o debate sobre a reforma do sistema prisional*. In www.dgpj.mj.pt/. Acedido em 25 de Janeiro de 2010 em <http://www.dgpj.mj.pt/sections/planeamento/opj/a-reinsercao-social-dos/downloadFile/file/rtrs.pdf?nocache=1179157388.32>.

Catarina Lopes Ferreira Ribeiro – *Droga!!! Estou preso* – programa de intervenção juspsicológico em meio prisional

- Angel, P., Richard, D. & Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Coleção alcoolismo e toxicomanias modernas, vol.8. Lisboa. Climepsi editores.
- Araújo, O. (2007). *Atitude dos adolescentes face à toxicodependência: estudo de caso da Escola Secundária Baltazar Lopes da Silva*. Monografia apresentada à Universidade Jean Piaget de Cabo Verde para obtenção do grau de licenciatura em Psicologia, orientada por Izaura Furtado, Praia. Acedido em 15 de Março de 2010 em <http://bdigital.unipiaget.cv:8080/dspace/bitstream/123456789/119/1/Osvaldina%20Araujo.pdf>.
- Balsa, C. (2003). Inquérito nacional de saúde ao consumo de substâncias psicoactivas na população portuguesa 2001. Ministério da Saúde. Lisboa. IDT.
- Basilio, A. (2007). Dispositivos de controlo das dependências. Instituto superior do trabalho e da empresa (secção autónoma de direito). Dissertação para obtenção do grau de mestre em “novas fronteiras do direito”. Orientador – Prof. doutor Pierre Guibentif. Lisboa.
- Baudrillard, J. (1995). *A sociedade de consumo*. Lisboa. Edições70.
- Bean, P. (2004). *Drugs and crime*. In Nunes, L. (2010). Crime e comportamentos criminosos. Cap. IV, pp.77. Porto. Edições Universidade de Fernando Pessoa.
- Carmo, I. (1994). *Vida, vírus e vícios*. Lisboa. Relógio D’Água editores, Lda.
- Carvalho, A. (2009). *Adaptação à prisão na perspectiva do recluso*. Tese de mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, orientada por Raquel Matos, Porto.
- Chalub, M. & Telles, L. (2006). Álcool, drogas e crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 28, suplemento II, 69-73. Acedida a 29 de Setembro de 2010 em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s2/03.pdf>.
- Cláudio, V. & Mateus, M. (2000). *SIDA: eu e os outros*. 113 – 125. Lisboa. Climepsi editores.
- Comissão Europeia (2003). Relatório da comissão ao parlamento europeu e ao conselho sobre a aplicação da recomendação do conselho de 18 de Junho de 2003, relativa à prevenção e redução dos efeitos nocivos da toxicodependência para a saúde. *Jornal oficial da União Europeia*. Retirado de <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:165:0031:0033:PT:PDF> em 13 de Maio de 2010.

Catarina Lopes Ferreira Ribeiro – *Droga!!! Estou preso* – programa de intervenção juspsicológico em meio prisional

Conselho da Europa (2006). *Regras penitenciárias europeias*. Recomendação Rec (2006)2 do comité de ministros dos estados membros sobre regras penitenciárias europeias.

Tradução de Maria José Matos & Jorge de Castilho Pimentel. Conselho da Europa.

Cunha Filho, H. & Ferreira-Borges, C. (2008). *Uso de substâncias: álcool e tabaco e outras drogas*. Lisboa. Coisas de Ler Edições.

Cunha Filho, H. (2004). In Cunha Filho, H. (2005). Necessidades de intervenção no consumo de álcool, tabaco e outras drogas em Portugal. Intervenção em saúde [Versão electrónica]. *Revista portuguesa de saúde pública*, 23, nº 2. Acedido em 4 de Novembro de 2009 em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-06-2005.pdf>

Cunha Filho, H. (2005). Necessidades de intervenção no consumo de álcool, tabaco e outras drogas em Portugal. Intervenção em saúde [Versão electrónica]. *Revista portuguesa de saúde pública*, 23, nº 2. Acedido em 4 de Novembro de 2009 em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-06-2005.pdf>.

Decreto-Lei 125-2007, 27 de Abril - Diário da República, 1ª série – nº 82.

Decreto-Lei 130-A/2001, de 23 de Abril - Comissão Para a Dissuasão da Toxicodependência - Organização, Processo e Regime de Funcionamento. Retirado de http://www.dgpj.mj.pt/sections/leis-da-justica/livro-iv-leis-criminais/pdf6313/dl-130a-2001/downloadFile/file/DL_130A_2001.pdf?nocache=1181642919.76 em 29 de Abril de 2010.

Decreto-Lei 15/93, de 22 de Janeiro – Aprovação da Convenção da Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito e Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988. Retirada de http://www.idt.pt/PT/Legislacao/Legislao%20Ficheiros/Prevenção e Tratamento da Toxicodependência/dl_15_93.pdf em 29 de Abril de 2010.

Decreto-Lei 15/93, de 22 de Janeiro - Tráfico e consumo de estupefacientes.

Decreto-Lei 420/70, de 3 Setembro – Tráfico ilegal de estupefacientes. Diário da República, I série – nº 204. Retirado de http://www.idt.pt/PT/Legislacao/Legislao%20Ficheiros/Controle da Oferta e da Procura/dl420_70.pdf em 28 de Abril de 2010.

Decreto-Lei 745/75, de 31 de Dezembro - Criação do Centro de Estudos da Juventude e o Centro de Investigação Judiciária da Droga. Diário da República, I serie – nº 300. Retirado de

http://www.idt.pt/PT/Legislacao/Legislao%20Ficheiros/Prevenção e Tratamento da Toxicodependência/dl745_75.pdf em 29 de Abril de 2010.

Despacho conjunto nº 72/2006 (2006). *Plano de acção nacional para o combate à propagação de doenças infecciosas em meio prisional*. Relatório do grupo de trabalho justiça/ saúde. Retirado de http://www.dgpj.mj.pt/sections/politica-legislativa/anexos/legislacao-avulsa/plano-de-accao-nacional/downloadFile/attachedFile_f0/Relat_Plano_Combate_Doencas_Infecciosas_Prisoes.pdf?nocache=1205856345.98 em 2 de Maio de 2010.

DGSP (2009a), Retirado de <http://www.dgsp.mj.pt/> em 18 de Novembro, 2009.

DGSP (2009b). *Lotação e reclusos existentes em 31 de Dezembro de 2009*. Retirado de http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/anuais/20100302020331Lot_e_RecExist_Dez.pdf em 13 de Maio de 2010.

DGSP (s/d). Regulamento do estabelecimento prisional de Caxias. Ministério da Justiça.

Dias, F. (2002). *Sociologia da toxicodependência*. Coleção epistemologia e sociedade. Lisboa. Instituto Piaget.

Dias, F. (2008). *Processos psicoterapêuticos em meio prisional*. Manuscrito não publicado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.

Dias, J. & Andrade, M. (1997) *Criminologia – O homem delinquente e a sociedade criminógena*. 2ª Reimpressão, Coimbra, Coimbra Editora.

Dias, J. (2008). *Psiquiatria Forense*. 2º Ed. 278-306. Lisboa: Edição Fundação Calouste Gulbenkian.

Dias, L. (2007). *As drogas em Portugal: o fenómeno e os factos jurídico-políticos de 1970 a 2004*. Coimbra. Pé de Pagina editores.

Dicionário de língua portuguesa (2007). *Novo dicionário da língua portuguesa conforme o acordo ortográfico*. 1º Edição. Cacém. Texto Editores.

Direcção Central de Investigação do Tráfico de Estupefacientes, Secção Central de Informação criminal – DCITE/SCIC, (2004). *A Criminalidade Associada à Droga, Evolução comparativa 1996-1999 e 2000-2003*. Retirado de <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/EstrategiaNacional/criminalidade.pdf> em 22 de Novembro de 2009.

Direcção-Geral da Saúde e dos Consumidores, (2008). In OEDT, (2009). *Relatório Anual: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Retirado de <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3125D77D-636B-4CAE-8445->

B8223A3FA948/0/att_93236_PT_EMCCDDA_AR2009_PT.pdf em 6 de Novembro, 2009.

DSM-IV-TR (2002). Manual de Diagnósticos e Estatísticas das Perturbações Mentais. 4ª Edição - Texto Revisto. *American Psychiatric Association*. Lisboa: Climepsi Editores.

Estievenart, G., (sd). In OEDT, (2003) *Problemas De Drogas Em Prisões: Um Desafio Crucial Na EU*. Comunicado da agência da UE de informação sobre droga. Retirado de http://www.emccdda.europa.eu/attachements.cfm/att_965_PT_44pt.pdf em 24 de Novembro, 2009.

Fernandes, L. & Silva, M. (2009). *O que a droga fez às prisões - um percurso a partir das terapias de substituição opiácea*. Coleções Monografias. Lisboa. Instituto de Droga e da Toxicodependência.

Fernandes, L. (1997). *Droga-Crime, estudos interdisciplinares*. Etnografia urbana das drogas e do crime. Vol. 10. Gabinete de planeamento e de coordenação do combate à droga. Lisboa. Ministério da Justiça.

Fernandes, L. (2009). O que a droga faz à norma. *Toxicodependências*. Vol.15, nº1, 3-18. Edição IDT.

Ferreira-Borges, C. & Filho, H. (2004). *Alcoolismo e toxicodependência: manual técnico 2*. Lisboa. Climepsi Editores.

Fonseca, C. (2006). Consumo de Drogas: Crime ou Contra-Ordenação? *Revista Saúde mental*. Vol. VIII nº4. Retirado de http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/CRF.pdf em Maio de 2010.

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

Frazão, C., Pereira, E., Magalhães, C. & Teles, L. (2005). *Carrossel da vida. Histórias do agarrar*. Lisboa. Climepsi Editores.

Goffman, E. (1961). Manicómios, prisões e conventos. Coleção Debates, dirigida por J. Guinsburg. São Paulo. Editora Perspectiva.

Gonçalves, R. & Vieira, H. (1995). Sobrepovoamento, stress e estratégia de confronto em meio prisional. *Revista portuguesa de ciência criminal*. 5, p.173-207. Lisboa Aequitas Editora.

Gonçalves, R. (1998). Tratamento penitenciário: mitos e realidades, ilusões e desilusões. *Temas Penitenciários, Série II*, 1, pp.65-82.

- Gonçalves, R. (2004). Os psicólogos e as prisões em Portugal: questões antigas para respostas que tardam. In *Assimetrias – em rota de colisão com a vida*. Actas do I congresso da área da psicologia criminal e do comportamento desviante. Coordenação de Carlos Alberto Poiares. 116-143, 1.^a ed. Edição Teseaurius, Lda.
- Gonçalves, R. (2008). *Delinquência, crime e adaptação à prisão*. 3^a ed. Coleção criminologia, coordenada por Rui Gonçalves. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, R., Machado, C., Sani, A. & Matos, M. (1999). *Crimes: práticas e testemunhos*. Actas do congresso “crimes ibéricos”. Centro de estudos em e psicologia. Instituto de educação e psicologia. Universidade do Minho.
- Gorman, D. (1996). Etiological theories and the primary prevention of drug use. *Journal of drug issues*, 26, 505-520. In Moreira, P. (2005). *Para uma prevenção que previna*. 4^a ed. Coleção psicologia clínica e psiquiátrica, coordenada por Óscar Gonçalves. Lisboa. Quarteto Editora
- Greenwald, G. (2009). *Drug decriminalization in Portugal – lessons for creating fair and successful drug policies*. Washington, D.C., Cato Institute.
- Holmes, J. (2002). *Narcisismo*. Lisboa. Almedina.
- Humana Global (2005/2006). *Projecto prisões humanas*. Projecto-piloto da Humana Global. Coimbra. Humana Global.
- IDT (2009). *Plano de Actividades para 2009*. Retirado de http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Documents/2009/PA_2009.pdf em 28 de Junho de 2010.
- IDT (2010). *Plano de Actividades para 2010*. Retirado de http://www.idt.pt/PT/IDT/InstrumentosdeGestao/Documents/2010/instrumentos_gestao/PA%202010_Final.pdf em 28 de Junho de 2010.
- Iruarrizaga, I. (2004). Estado actual de la investigation sobre la politoxicomanía desde una perspectiva neuropsicológica. *Assimetrias – em rota de colisão com a vida*. Actas do I congresso da área da psicologia criminal e do comportamento desviante. Coordenação de Carlos Alberto Poiares. 116-143, 1.^a ed. Edição Teseaurius, Lda.
- Jiménez Villarejo, J. (1986). In Poiares, C. (1998). *Análise Psicocriminal das Drogas – O Discurso do Legislador*. Tese de Doutoramento. P.117. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Joaquim, H. (2005). Criminalidade e Consumo de Substâncias Ilícitas. *TOXICODEPENDÊNCIAS*. Vol.11, nº1, pp.53-64. Edições IDT. Retirado de

Catarina Lopes Ferreira Ribeiro – *Droga!!! Estou preso* – programa de intervenção juspsicológica em meio prisional

http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2005/1/2005_01_TXT6.pdf em 4 de Novembro, 2005.

Joyce-Moniz, L. (2005). *A modificação do comportamento – a teoria e prática da psicologia e psicopedagogia comportamentais*. Lisboa. Livros horizonte.

Kuhn, T. (2003). *A Estrutura das Revoluções Científicas*. Tradução Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. Título original: *The Structure of Scientific Revolutions*. Data de publicação original: 1969. 7ª ed. São Paulo. Editora Perspectiva.

Lei 60-A/2005 de 30 de Dezembro – Orçamento Geral Do Estado -, art.º96.

Lei nº 166/99, de 14 de Setembro – Lei Tutela Educativa. In D’Almeida Ramião, T. (2002). *Organização Tutelar Educativa de Menores anotada e comentada – Jurisprudência e legislação conexa*. Lisboa: Quid Juris, sociedade editora.

Lei nº 25/92, 31 de Agosto de 1992 – Autorização ao Governo para rever a Legislação de Combate à Droga. Retirado em http://www.dgpj.mj.pt/DGPJ/sections/leis-da-justica/livro-iv-leis-criminais/pdf6313/1-27-1992/downloadFile/file/L_27_1992.pdf?nocache=1181570407.9 em 16 de Janeiro, 2010.

Lei nº 30/2000, 29 de Novembro – Regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a protecção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica. Retirado de http://www.idt.pt/PT/Legislacao/Legislao%20Ficheiros/Prevenção e Tratamento da Toxicodependência/lei_30_2000.pdf em 2 de Abril 2010.

Lopes, A. (2007). *Suporte social e saúde mental em reclusos*. Projecto sócio-profissional e memoria final II apresentado Instituto superior de estudos interculturais e transdisciplinares, sob a orientação de Susana Lucas e Margarida Varela. Viseu. Instituto Piaget.

Lopes, G. (1993). *Achegas para a história do direito penitenciário português*. Boletim do Ministério da Justiça, nº430, 13-43. Lisboa

Macedo, T. (2004). Alterações consecutivas ao abuso de drogas. In *Assimetrias – em rota de colisão com a vida*. Actas do I congresso da área da psicologia criminal e do comportamento desviante. Coordenação de Carlos Alberto Poiares. 144-145, 1.ª ed. Edição Teseaurius, Lda.

Manes, S. (2009). 83 Jogos psicológicos para dinâmica de grupos. Um manual para psicólogos, professores, animadores socioculturais... Título original, 83 Giochi

psicologici perl a conduzione dei gruppi. Traduzido por José Serra. Lisboa. Paulus editora.

Manita, C. (1997). *Droga-Crime: estudos interdisciplinares*. Personalidade e acção em consumidores de droga e delinquentes. Vol. 8. Gabinete de Planeamento e de Cooperação do Combate à Droga. Lisboa, Ministério da Justiça.

Manita, C. (1998). *Auto-organização psicológica e transgressão. Análise empírico-crítica de duas figuras do comportamento desviante: criminosos e consumidores de droga*. Dissertação de doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da educação, Universidade do Porto.

Manita, C. (2001). *Evolução das significações em trajectórias droga – crime (II): Novos sentidos para a intervenção psicológica com toxicodependentes*. Lisboa. Revista Toxicodependências, vol. 7, nº3. Edição SPTT. Retirado de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/6882/2/Evolu%20das%20significa%20es%20em%20traject%20de%20drogacrime%20II%20nos%20sentidos%20para%20a%20interven%20psicol%20com%20toxicodependentes.pdf>, em 7 de Novembro de 2010.

Marlatt, G. A. (1985). In Nunes, L. & Jóluskin, G. (2007). *Drogas e Comportamentos de Adicção: Um manual para estudantes e profissionais de saúde*, 23-24. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Marques Teixeira, J. (1997). *Droga-Crime: estudos interdisciplinares*. Processos psicofisiológicos em consumidores de droga e delinquentes. Vol.6. Gabinete de Planeamento e de Cooperação do Combate à Droga. Lisboa, Ministério da Justiça.

Marques Teixeira, J. (2000). *Comportamento criminal – perspectiva biopsicológica*. Lisboa. Vale & Vale editores, Lda.

Martin, E. (1995). De los objetivos de la prevención a la “prevención por objetivos”. In Moreira, P. (2005). *Para uma prevenção que previna*. 4ª ed. Coleção psicologia clínica e psiquiátrica, coordenada por Óscar Gonçalves. Lisboa. Quarteto Editora.

Mayer, C. (2009). *Dinâmicas de grupo e textos criativos*. 4ª ed. Editora Vozes. Petrópolis.

Melo, R. (2000). Metodologias de intervenção na prevenção primária da toxicodependência. *Toxicodependências*. Vol.6, nº1, p.49-57. Edições SPTT.

Melo, R. (2002). Os quês e os porquês da prevenção primária da toxicodependência. *Toxicodependências*. Vol.8, nº 2, p. 23-28. Edições SPTT. Retirado de

http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2002/2/2002_02_TXT3.pdf em Maio de 2010.

Moreira, J. (2006). *Estatísticas Prisionais 2006, apresentação e análise*. Gabinete Politico e legislativo. Lisboa. Ministério da Justiça. Retirado de [http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/relatorioestatistico/20080129040134Relatorioestatistico2006\[1\].pdf](http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/relatorioestatistico/20080129040134Relatorioestatistico2006[1].pdf) em 13 de Maio de 2010.

Moreira, P. (2005). *Para uma prevenção que previna*. 4ª ed. Coleção psicologia clínica e psiquiátrica, coordenada por Óscar Gonçalves. Lisboa. Quarteto Editora.

Morel, A., Boulanger, M., Hervé, F. & Tonnelet, G. (2001). *Prevenção das toxicomanias*. Lisboa. Climepsi.

Morel, A., Hervé, F. & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. Coleção alcoolismo e toxicomanias modernas. Vol.4. Lisboa. Climepsi editores.

Negreiro, J. (1997). *Droga-Crime: estudos interdisciplinares*. Consumo de Drogas nas Prisões Portuguesas. Vol.4. Gabinete de Planeamento e de Cooperação do Combate à Droga. Lisboa, Ministério da Justiça.

Negreiros, J. (2001). *Delinquências juvenis*. Lisboa. Editorial Noticias.

Nowlis, H. (1975). A Unesco e o seu programa. *A verdade sobre as drogas*. Rio de Janeiro. IBECC-UERJ.

Nunes, L. & Alves, S. (2008). Análise biográfica de indivíduos com história de consumo de substâncias. *Revista Análise Psicológica*, nº4 série XXVI. Publicação trimestral (Out. a Dez.). Lisboa. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Nunes, L. & Jóluskin, G. (2007). *Drogas e Comportamentos de Adicção: Um manual para estudantes e profissionais de saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Nunes, L. (2010). *Crime e comportamentos criminosos*. Porto. Edições Universidade de Fernando Pessoa.

OEDT (2002). *Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Noruega*. Questões específicas, cap.3, p.45-50. Retirado de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37265_PT_sel2002_1pt.pdf em 4 de Novembro, 2009.

OEDT (2009). *Relatório anual: a evolução do fenómeno da droga na Europa*. Retirado de http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3125D77D-636B-4CAE-8445-B8223A3FA948/0/att_93236_PT EMCDDA AR2009 PT.pdf em 6 de Novembro, 2009.

Catarina Lopes Ferreira Ribeiro – *Droga!!! Estou preso* – programa de intervenção juspsicológica em meio prisional

OEDT (2010). *Relatório anual: a evolução do fenómeno da droga na Europa*. Retirado de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_120104_PT EMCDDA AR2010_PT.pdf em 20 de Novembro, 2010.

Otero-López, J. (1997). *Droga y delincuencia*. Un acercamiento a la realidad. Madrid. Ediciones Pirámide.

Poiares, C. (1998). *Análise Psicocriminal das Drogas – O Discurso do Legislador*. Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da Universidade do Porto para obtenção do grau de Professor Doutor, orientada por Cândido Agra.

Poiares, C. (2001). Da justiça à psicologia: razões & trajectos. *Sub Judice*, 22/23, 25-35.

Poiares, C. (2007). *Reestruturar, repensar, reflectir: para uma nova política de dissuasão da CTD*. Retirado de http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2007/1/2007_01_TXT2.pdf em 12 de Maio de 2010.

Poiares, C. (2009a). Discurso Directo. *A Descriminalização do Consumo de Drogas: um caso de sucesso*. Revista Toxicodependências, Vol. 15, nº 2, p. 85-88. Retirado de http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2009/2/DiscorsoDvol15_n2.pdf em Fevereiro de 2010.

Poiares, C. (2009b). *Justiça, Exclusão Social & Psicologia, ou Estranhas formas de vida*. Retirado de <http://cepen.org/portaldacidadania/2009/11/justica-exclusao-social-psicologia/> em 14 de Maio de 2010.

Queirós, C. (1997). *Droga-Crime, estudos interdisciplinares*. Emoções e cognições em consumidores de droga e delinquentes. Vol. 7. Gabinete de planeamento e de coordenação do combate à droga. Ministério da Justiça.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. 2º ed. Coleção Trajectos. Nº 17. Lisboa, Grávida.

Ramião, T. (2002). *Organização Tutelar de Menores, anotada e comentada - Jurisprudência e legislação conexa*. Quid Juris? Sociedade Editora Ld.^a.

Redondo, S. (2006). Delitos violentos y reincidencia. In Echeburúa, E. (coord.), *Personalidades violentas*. cap. 11, p.207-216. Madrid: Ediciones Pirámide.

Ribeiro, J. (s/d). *Aspectos psicopatológicos da dependência de drogas*. In Torres, A. & Lito, A. (2008). *Consumos de drogas – dor, prazer e dependências*. Lisboa. Fim de Século Edições.

Catarina Lopes Ferreira Ribeiro – *Droga!!! Estou preso* – programa de intervenção juspsicológico em meio prisional

- Rodrigues, L., Antunes, C. & Mendes, Z. (1997). *Droga-Crime: estudos interdisciplinares*. Padrões de consumo e desviância em menores sob tutela. Vol.5. Gabinete de Planeamento e de Cooperação do Combate à Droga. Lisboa, Ministério da Justiça.
- Romaní, O. (1999). *Las drogas – sueños y razones*. 51 – 73. Barcelona. Editorial Ariel.
- Rosa, A. (1998). *Toxicoddependência. Manter a abstinência...prevenir a recaída*. Coimbra. Ediliber.
- Sanz, J., Castellano, J., Acín, E. & Archanco, C., (2006). Programas sanitários y de reducción de riesgos y daños en las prisiones españolas. Colóquio internacional. *Tudo sobre drogas e saúde pública nas prisões*. Recomendações, experiências e práticas. Lisboa. Associação Portuguesa Anti-Proibicionista.
- Schuckit, M. (1998). *Abuso de álcool e drogas*. Coleção alcoolismo e toxicomanias modernas, vol. 2. Lisboa. Climepsi editores.
- Seibel, S. & Toscano Jr. A. (2001). *Dependências de drogas*. São Paulo. Editora Atheneu.
- Seibel, S. D. & Toscano Jr., A. (2007). In Nunes, L. & Jóluskin, G. (2007). *Drogas e Comportamentos de Adicção: Um manual para estudantes e profissionais de saúde*, 37-38. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Simões, A. (2006). *Cuidados continuados de psicologia ou “se Maomé não vai à montanha...”*. Tese de pós-graduação em psicologia criminal, da justiça e da exclusão social. Retirado de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0345.pdf> em Abril de 2010.
- Soares, M. (1988). Consulta de psicologia a toxicoddependentes em meio prisional – referência à intervenção no estabelecimento prisional de Lisboa. *Temas penitenciários*. DGSP.
- Soares, M. (1989). Consulta de psicologia a toxicoddependentes em meio prisional. *Temas Penitenciários*. Nº1, 55-60. Edições Direcção-Geral dos Serviços Prisionais.
- Tinoco, R. (1999). *Notas sobre a construção psico-social da identidade desviante em toxicoddependência*. In www.psicologia.com.pt/. Acedido em 10 de Maio 2010 em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/imprimir.php?codigo=A0169>
- Torres, A, Maciel, D., Sousa, I & Cruz, R. (2009). *Drogas e Prisões: Portugal 2001 – 2007* (estudos - universidades). Lisboa. Instituto da droga e da toxicoddependência, I.P.
- Torres, A. & Gomes, M. (2002). *Drogas e Prisões em Portugal*. Lisboa: CIES/ ISCTE.
- Torres, A. & Gomes, M. (2005). *Drogas e Prisões: Relações Próximas. Toxicoddependências*. Vol.11, nº 2, pp.23-40. Edições IDT. Retirado de

http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2005/2/2005_02_TXT2.pdf em 4 de Novembro, 2009.

- Torres, A. & Lito, A. (2008). *Consumos de drogas – dor, prazer e dependências*. Lisboa. Fim de Século Edições. COTA M-6433
- Toscano Jr. A. (2001). Adolescência e Droga. In Seibel, S. & Toscano Jr. A. (2001). *Dependências de drogas*. Cap. 11, 283-301. São Paulo. Editora Atheneu.
- Touraine, A. 1998. *Iguais e Diferentes – Poderemos viver juntos?'*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Vaillant, G. (2004). História natural da adição e caminhos para a recuperação. In Ferreira-Borges, C. & Filho, H. (2004). *Alcoolismo e toxicodependência: manual técnico 2*. Lisboa. Climepsi.
- Vandam, (2009). In OEDT, (2009). *Relatório Anual: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Retirado de http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3125D77D-636B-4CAE-8445-B8223A3FA948/0/att_93236_PT_EMCD DA_AR2009_PT.pdf em 6 de Novembro, 2009.
- Ventura, J. (2004). Vertentes da intervenção psicológica na actividade de investigação criminal. In *Assimetrias – em rota de colisão com a vida*. Actas do I congresso da área da psicologia criminal e do comportamento desviante. Coordenação de Carlos Alberto Poiares. 64-78, 1.^a ed. Edição Teseaurius, Lda.
- Vieira, H. (1998). Intervenções em meio prisional: abordagem exploratória. *Temas Penitenciários*, série II, 1, 45-54. Direcção-Geral dos Serviços Prisionais.
- Vieira, H. (2005). Prisões: Da intervenção institucional à desinstitucionalização das Intervenções. *Temas Penitenciários*, série III, 1 e 2. Edições Direcção Geral dos Serviços Prisionais.

Catarina Lopes Ferreira Ribeiro – *Droga!!! Estou preso* – programa de intervenção juspsicológico em meio prisional

APÊNDICES

I

Vimos solicitar a sua colaboração num estudo sobre “Programas de intervenção junto da população reclusa que apresente consumos de drogas e substâncias psicoactivas”, no âmbito do Mestrado em Psicologia Forense e da Exclusão Social, da Faculdade de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Este questionário é anónimo e a sua participação é voluntária, como tal, solicitamos que responda o mais honestamente possível. Lembre-se que não existem respostas certas ou erradas e que estas servem apenas o objectivo do estudo.

Caso não se sinta à vontade com determinadas questões poderá omitir a resposta, bem como sentir-se livre para desistir do estudo quando entender.

Os dados destinam-se apenas a fins académicos, sendo as respostas anónimas e confidenciais.

Agradecemos a sua participação e disponibilidade!

INQUÉRITO

1. **Idade:** _____ anos

2. **Estado civil:** _____

3. **Agregado familiar:**

Família de Origem (pai, mãe, irmão)

Família Constituída (cônjuge / companheira(o), filhos)

Sozinho

Em instituição

Sem domicílio

Outra (_____)

4. **Habilitações literárias:**

Sem escolaridade

Sem escolaridade, mas sabe ler e escrever

Com escolaridade

Indique o ano _____

5. **Etnia:**

Caucasiana

Negra

Outra _____

6. **Situação de trabalho anterior à reclusão:**

Empregado

Reforma

Desempregado

Outra _____

Estudante

Formação Profissional

Baixa Médica

Profissão: _____

7. Há quanto tempo está preso?

Dias Meses Anos

8. Qual a sua situação penal actual?

Condenado
Preventivo

9. É a primeira vez que está preso?

Sim
Não

10. Qual foi a situação que motivou a sua detenção?

(Escolha apenas **as situações** que se adequam ao seu caso)

Relacionada com tráfico
Relacionada com consumo de drogas
Relacionada com tráfico e consumo de drogas
Relacionada com outros crimes para obter dinheiro para o consumo de drogas (furto, roubo, outro)
Nenhuma das seguintes opções
indique qual _____

11. Quanto tempo falta para o fim sua pena?

Meses Anos

12. Anteriormente à sua reclusão:

Já era consumidor
Não era consumidor

13. Identificação de padrões de consumo

13.1. Assinale com uma “cruz” [X] a (s) substância (s) que consumia antes da reclusão.

	Álcool	Haxixe	Marijuana	Heroína	Metadona	Cocaína	Estimulantes	Tranquilizantes	Inalantes	L. S. D.	Tabaco	Ecstasy	Café	Bebidas Energéticas
Nunca														
Raramente														
Com frequência														
Todos os dias														

13.2. Assinale com uma “cruz” [X] a (s) substância (s) que consome na prisão.

	Álcool	Haxixe	Marijuana	Heroína	Metadona	Cocaína	Estimulantes	Tranquilizantes	Inalantes	L. S. D.	Tabaco	Ecstasy	Café	Bebidas Energéticas
Nunca														
Raramente														
Com frequência														
Todos os dias														

13.3. Consome em simultâneo, alguma das substâncias indicadas nos quadros anteriores (policonsumo)?

Sim } Antes da reclusão
 Não }

Sim } Depois da reclusão
 Não }

14.3.1. Caso a sua resposta seja “**Sim**”, especifique com as substâncias presentes nos quadros anteriores, quais são:

_____ com _____

_____ com _____

_____ com _____

14. Que idade tinha quando começou a consumir? _____ Anos

15. Qual o tipo de droga com que se iniciou _____ .

16. Caracterize os seus consumos após a entrada na prisão?

- Aumentaram
- Mantiveram-se
- Diminuíram
- Deixei de consumir

17. Das seguintes medidas relativas ao abandono do consumo de drogas, diga qual é o grau de importância que atribui a cada uma: (Marque com uma X a sua resposta em cada uma das linhas)

	Nada Importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante
Existência de mais unidades livres de droga				
Acesso aos programas de substituição (metadona, antagonistas, entre outros)				
Acesso aos programas terapêuticos (grupos de auto-ajuda, apoio psicológico, etc.)				
Programas que visem a minimização de riscos e danos, como a troca de seringas				
Salas de injeção assistida (“salas de chuto”)				

18. Indique a sua opinião relativamente às seguintes frases: (Marque com uma cruz [X] a sua resposta em cada uma das linhas)

	Discordo	Concordo
A toxicoddependência é um comportamento comum, igual qualquer outro		
Um toxicoddependente é um delinquente		
Os toxicoddependentes não são todos iguais		
Os toxicoddependentes precisam de ajuda		
Os toxicoddependentes são doentes		
Os toxicoddependentes causam sempre problemas na sociedade		

19. Relativamente ao consumo de drogas na prisão considera: (Marque com uma X a sua resposta em cada uma das linhas)

	Não	Sim
É importante minimizar a entrada de droga na prisão		
A resolução dos problemas relacionados com drogas em meio prisional passa pela criação de mais programas de apoio aos toxicoddependentes		
Na prisão os toxicoddependentes possuem uma boa oportunidade para deixarem de consumir		
O tempo mais ocupado na prisão pode contribuir para que os toxicoddependentes abandonem os consumos		

20. Alguma vez partilhou utensílios de consumo com outro recluso?

Não

Sim

Quais? _____

21. Acha importante o apoio psicológico dentro das prisões?

Não

Sim

22. Beneficia de apoio psicológico para controlo do seu consumo?

Sim

Não

23. Se sim, qual?

Apoio Individual

Terapias/ dinâmicas de grupo

24. Na sua opinião o que considera que seria benéfico para diminuir o consumo:

Trabalhar mais

Fazer desporto

Contactos sociais

Tratamentos internos

25. De acordo com as regras do estabelecimento, indique por ordem crescente de importância, o que seria benéfico para consumir menos drogas ilícitas (Heroína, Cocaína, Haxixe, entre outros):

1 - Menos importante; 2 – importante; e 3 - mais importante

Haver mais tempo fora das celas

Arranjar mais ocupação para os tempos de recreio

Haver tratamentos de substituição ou programas que visem a redução dos consumos

26. De acordo com as regras do estabelecimento, indique por ordem crescente de importância, o que seria benéfico para consumir menos drogas lícitas (Anti-depressivos, calmantes, comprimidos para dormir, entre outros):

1 - Menos importante; 2 – importante; e 3 - mais importante

Haver mais tempo fora das celas

Arranjar mais ocupação para os tempos de recreio

Haver tratamentos de substituição ou programas que visem a redução dos consumos

27. Relativamente ao fim do cumprimento da sua pena e conseqüente reinserção na sociedade:

a. Sente-se preparado?

Sim Não

b. Tem um projecto de vida delineado?

Sim Não

c. Sente que necessita de apoio, ainda durante o cumprimento da sua pena, para o ajudar na preparação da sua saída, bem como na sua reintegração da sociedade?

Sim Não

d. Após a sua saída da prisão, como pensa que ficarão os seus consumos?

Aumentarem

Diminuírem

Manterem-se

28. No geral, o que sente relativamente à sua saída da prisão?

(pode seleccionar mais do que uma opção)

Receio

Tristeza

Felicidade

Angústia

Nervosismo

Indiferença

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Se desejar acrescentar alguma sugestão

Módulos do programa de intervenção / prevenção “SER LIVRE”

1º Módulo – Conhecimento mútuo

Sessão	1
Duração	60’
Material	<i>Post-it</i> e caneta
Técnica	“Quem é sou eu?”
Actividades	<p>Nesta actividade será sugerido que cada participante se apresente, dizendo o seu nome, idade e uma característica que o identifique, incluindo o técnico moderador dessa actividade.</p> <p>De seguida, o técnico escreve os nomes de todos os participantes em <i>post-it</i> individuais. Coloca cada um, de forma sorteada, na testa de cada participante e inicia-se o exercício. Um de cada vez levanta-se e vira-se de frente para os restantes participantes. A partir desse momento inicia um conjunto de pergunta que os outros têm de lhe responder, sem nunca mencionar o nome que lhe foi atribuído. Quando a pessoa correspondente ao <i>post-it</i>, colocado na testa do colega, for descoberto, este terá uns minutos para falar um pouco mais de si, dando-se a conhecer melhor a todo o grupo.</p> <p>Assim que todos tenham feito o exercício, incluindo o técnico, abre-se a discussão ao grupo, solicitando a opinião de cada um, relativa ao exercício terminado e ainda pedir sugestões para sessões futuras.</p>
Objectivo	<p>Promover o contacto com todos intervenientes incluindo os técnicos.</p> <p>Apresentação informal de alguns pontos característicos de cada um, promovendo uma maior coesão do grupo.</p>

Sessão	2
Duração	30' a 60'
Material	Lápis e folhas de papel
Técnica	“A batata quente” (Anna Becattini)
Actividades	<p>O técnico estrutura a sala em círculo e distribui uma folha e lápis pelos intervenientes, as folhas deverão ser divididas em três partes e em cada uma delas, respectivamente, deverá conter a informação que o sujeito tem de si hoje, como será amanhã e o que pode fazer para mudar. Na parte de trás dessa mesma folha deverá colocar a seguinte questão: Qual é a batata quente? Ou seja enunciar qual o seu problema. Os intervenientes deverão ler e comentar o seu trabalho.</p> <p>No final será sugerida uma discussão sobre todos.</p>
Objectivo	<p>Autoconsciência do presente e encontrar soluções para o futuro.</p> <p>Dar a conhecer cada interveniente ao restante grupo, abrindo o exercício ao grupo, de modo a proporcionar um debate cujo objectivo será de estabelecer vínculos entre os intervenientes, mostrando que todos podemos seguir condutas menos aceites, mas todos procuramos a outra oportunidade.</p>

2º Módulo – Problemática perspectivada (a partir desta sessão, todas terão como início de dinâmica, o preenchimento de uma ficha de sugestões, igual à aplicada nesta sessão)

Sessão	3	
Duração	5'	50'
Material	Ficha de sugestões, canetas	Folheto informativo
Técnica	Discussão aberta	
Actividades	Preenchimento de uma ficha de sugestões, de cariz voluntário, no início de cada sessão, enumerando os pontos positivos e os pontos que os intervenientes queiram ver melhorados relativos à sessão desenvolvida anteriormente.	Promover um debate favorecendo a aproximação relacional com os técnicos e com o grupo de intervenientes, desenvolvendo a auto-estima, entre outras competências.
Objectivo	Discussão aberta, onde o técnico coordenador da sessão servirá de moderador do restante grupo. A sessão terá lugar numa sala ampla, com todos os intervenientes dispostos em círculo, de modo a todos se conseguirem ver e ser vistos. No final será distribuído a todos os intervenientes um folheto informativo com todo os conteúdos trabalhados na sessão.	Apresentação e discussão, sobre substâncias legais e ilegais, entre técnicos e intervenientes, tentando perceber qual a perspectiva trazida à discussão pelos participantes. Abordagem dos factores de risco subjacentes às substâncias em discussão. Abordagem dos factores protectores presentes em cada um, referentes às substâncias em discussão.

3º Módulo – Competências sociais e pessoais

Sessão	4
Duração	50'
Material	Texto criativo
Técnica	“O grito do silêncio” (Canísio Mayer)
Actividades	Após a leitura do texto criativo por parte do técnico, será solicitada a opinião dos intervenientes, direccionando a discussão para a motivação intrínseca ou extrínseca de cada um em relação aos objectivos futuros.
Objectivo	Perceber qual a percepção do “mundo próprio” e mundo social, trabalhando a motivação intrínseca e extrínseca.

Sessão	5	
Duração	20'	30'
Material	Dispensado	
Técnica	“O encontro” (Anna Becattini)	“Gostaria que tu...” (Sabina Manes)
Actividades	<p>As cadeiras são dispostas em cruz, uma à frente da outra, e o grupo de participantes é dividido em pequenos grupos de quatro pessoas, que se sentam nas respectivas cadeiras. Posteriormente o técnico lerá umas perguntas, às quais deverá responder só um membro de cada vez. Contudo, caso haja um participante que não de sinta à vontade para dar a resposta, poderá “PASSAR”. É importante que nunca fique sem dar resposta à pergunta. Os participantes deverão observar as expressões e gestos dos restantes sujeitos, no entanto não deverão emitir qualquer opinião relativamente ao que vão ouvindo. As perguntas formuladas aos participantes serão definidas pelos técnicos, em conformidade com as particularidades de intervenção delineadas.</p> <p>É pedido aos participantes que se juntem em pares, escolhendo um parceiro com quem ainda não tenham trabalhado, ficando os dois de pé, de frente um para o outro. Seguidamente o técnico apresente duas frase “gostaria que tu me dissesse que...” e “não gostaria que tu me dissesse que...”. Essas duas frases deverão concluídas por cada interveniente ao seu parceiro e posteriormente decorrerá uma inversão de papéis. Posteriormente os pares terão 10 minutos para trocarem as suas opiniões relativas à dinâmica realizada. No final o grupo reúne-se em círculo e inicia-se a discussão aberta acerca dos temores e expectativas que surgiram.</p>	
Objectivo	Estimular o diálogo e a comunicação entre os intervenientes. Conhecer os próprios desejos e temores na relação com os outros	

Sessão	6
Duração	Variável, mediante o filme escolhido
Material	Filme
Técnica	Observação e discussão aberta
Actividades	Visualização de um filme definido pelo técnico e posterior divisão dos participantes em dois grupos. Um dos grupos abordará e defenderá uma vertente presente no filme e o outro grupo defenderá outra, independentemente de qual seja a sua posição relativamente ao assunto em discussão. Estes terão juntamente com o restantes grupo em que se inserem, encontrar argumentos para fazer prevalecer a sua opinião.
Objectivo	Favorecer a coesão com os pares

Sessão	7	
Duração	20'	30'
Material	Mantas e aparelho de som com música de fundo	Cópias do texto
Técnica	Relaxamento	Introspectiva
Actividades	Os participantes são convidados a deitarem-se nas mantas, de barriga para cima, e o técnico vai falando, dando indicações que os sujeitos devem seguir com atenção e respeitando o fluxo natural do próprio corpo. Após o exercício, o técnico verifica, através de uma partilha activa, as dificuldades que os sujeitos enumerem e tenham sentido durante o exercício.	Leitura de um texto criativo a todos os participantes e posterior discussão. Texto “saborear”
Objectivo	Favorecer em cada participante um estado geral de relaxamento capaz de facilitar o contacto consigo mesmo. Estimular o auto-controlo de sentimentos, pensamentos e atitudes.	Proporcionar momentos de introspecção sobre o passado, presente e futuro de cada um.

Sessão	8
Duração	50' a 90'
Material	Balões de diversas cores; tiras de papel e aparelho de som com respectiva música ambiente.
Técnica	“Balões coloridos”
Actividades	<p>A primeira fase da dinâmica terá como objectivo: acolher, motivar e escolher. Nesta etapa o técnico acolherá os participantes, motivá-los-á para o momento de vivência e sabedoria e convidá-los-á a escolher um dos balões que estarão espalhados pela sala. Posteriormente irá retirar uma tira de papel com um número, objecto, símbolo, atitude de vida personalidade, entre outras, nela escrito, distribuída pelo técnico;</p> <p>A segunda fase abordará o brincar, sentir e “congelar”, aqui o técnico pedirá aos intervenientes que se juntem no centro da sala com os respectivos balões, passando a explicar o que se irá fazer no momento de vivência. Este momento corresponderá a um momento de sustentação do balão em qualquer parte do corpo ao som de uma música ambiente. Seguidamente todos são convidados a observarem o tipo de sentimento exposto durante a actividade proposta. Quando o técnico chamar um número, objecto ou outra coisa escrita nas tiras distribuídas, o participante correspondente terá de fazer duas coisas: ficar “congelado” até ao fim do momento da vivência, e deixará que o seu balão seja sustentado pela pessoa mais próxima, sem haver qualquer aviso, apenas terá em atenção o seu sentimento durante o sucedido. Por fim, o técnico chamará um por um com intervalos de tempo de modo a ficarem todos “congelados”.</p> <p>A terceira fase da intervenção focar-se-á no parar, interpretar e partilhar, após a vivência de sustentar balões, o técnico propõe 4 actividades: 1ª a reflexão individual, com duração de 3' sobre o sucedido anteriormente, nomeadamente perceber qual a relação da dinâmica com a vida quotidiana; 2ª partilhar dois a dois, durante 5' sobre o mesmo momento; 3ª partilha em quartetos, durante 7', sobre o momento e, por fim; 4ª o plenário sobre o ocorrido, o vivido e a relação do mesmo com o dia-a-</p>

dia;

A quarta fase abordará as vertentes do estourar, descobrir e comunicar, o técnico convoca todos os intervenientes a rebentarem os balões, fazendo com que estes descubram a existência de tiras de papel com frases no interior de alguns balões, aqueles que tiverem mensagens nos balões terão que a ler para todos, fazer uma reflexão verbal, depois no fim da reflexão o técnico escolherá alguns para comentar a mensagem lida pelo colega e acrescentarem novas frases, partilhando aprendizagens das suas vidas

Por fim terminar a dinâmica com uma partilha com a frase que os intervenientes elejam com lema para todos, discutindo o porquê.

Objectivo

Proporcionar situações de bem-estar, auto-estima, confiança no outro e auto-controlo.

Sessão	9
Duração	30' a 60'
Material	Dispensado
Técnica	“Aquilo que realmente queres” (Palmira Sette)
Actividades	<p>É sugerido aos participantes pensarem numa situação relacionada com o tema “DROGA” e é-lhes dado tempo suficiente para reflectirem sobre o assunto.</p> <p>Um de cada vez, utilizando o verbo “devo”, deverá exprimir ao grupo a situação em que pensaram, passando por todos os participantes.</p> <p>De seguida é pedido para que executem a mesma modalidade, mas com a palavra “quero”, até todos cumprirem o exercício solicitado.</p> <p>Como desfecho do exercício, cada participante deverá perceber a diferença emotiva entre as duas diferentes modalidades expressivas e identificar em qual delas se sentiu mais espontâneo e livre.</p>
Objectivo	<p>Promover os comportamentos assertivos, ajudando cada um a distinguir entre aquilo que querem e aquilo que devem fazer no hoje e no amanhã.</p>

Sessão	10
Duração	60' a 90'
Material	Fotocópia do texto “e agora, justiça?”
Técnica	Debate
Actividades	<p>Nesta fase o técnico divide o grupo em dois, com a finalidade de promover uma discussão sobre o tema droga. Contudo, antes de este debate começar, o técnico deverá deixar claro que os participantes estarão a ser avaliados nas seguintes vertentes: 1) trabalho em equipa; 2) participação; 3) capacidade de argumentação; 4) autocontrolo; 5) colaboração para o desenrolar saudável do debate; 6) fidelidade à posição do grupo em que se insere. Todos os pontos que não forem respeitados, serão registados, desfavorecendo o grupo que os desrespeitou.</p> <p>Após os esclarecimentos aos participantes, estes tem uns minutos para organizar os argumentos (o grupo 1 defenderá o consumo de droga, o grupo 2 defenderá o não consumo e as consequências que advêm dos consumos). Inicia-se o debate e cada grupo, um depois do outro, defenderá a sua posição, durante cerca de 20 minutos. De seguida o técnico abre o debate para um momento em que cada um é livre de defender a sua posição face à temática, com a duração de 10 minutos.</p> <p>Para finalizar o debate, o técnico faz algumas ponderações sobre os aspectos que não foram abordados pelos grupos, tais como: a facilidade com que se vende e se compra droga, a importância e a força (positiva e negativa) dos amigos, onde e como os consumos são executados (nas ruas, perto de escolas) e o que se poderá fazer para isso, a existência de tanta informação a advertir para os factores de risco dos consumos, entre outros. Depois do debate, o técnico convida os participantes a escolherem dois membros de cada grupo que os representará. Após a escolha os 4 representantes ficaram encarregues de transmitir um parecer sobre a dinâmica, fundamentando-se nos critérios de avaliação estipulados inicialmente. Contudo desta avaliação serão descontadas as infracções anotadas pelo técnico.</p> <p>E por fim será colocada a questão “Valerá a pena continuar a consumir</p>

ou a iniciar consumos a cada situação desfavorável que possa surgir?”.

A dinâmica terminará com a seguinte frase: “Todo o impulso é cego e sem sabedoria e toda a sabedoria é vã sem acção”.

Objectivo Reflectir sobre as responsabilidades de cada um referente quanto à existência de substâncias psicoactivas nas suas vidas e problemáticas adjacentes;

Instaurar um debate;

Saber colocar-se no lugar do outro, trabalhar em grupo, participar, argumentar, controlar-se, escutar, tomar posição...

4º Módulo – Conclusão do programa

Sessão	11
Duração	90' a 120'
Material	Câmara de filmar
Técnica	Discussão aberta
Actividades	Criar com os reclusos, um vídeo promocional para a diminuição dos consumos, onde serão estes a estruturar toda a dinâmica envolvente, nomeadamente o texto que servirá a divulgação do vídeo.
Objectivo	Perceber se interiorizaram quais os factores de risco inerentes aos comportamentos aditivos

FICHA DE SUGESTÕES

Pontos favoráveis

Pontos a melhorar

Sessão: _____

Data: _____

REGISTO INFORMATIVO INICIAL

Nome: _____

Idade: _____

Estado Civil:

Solteiro ____

União de facto ____

Casado ____

Separado ____

Divorciado ____

Viúvo ____

Escolaridade:

Sem escolaridade; não sabe ler ____

Sem escolaridade; não sabe escrever ____

Sem escolaridade; não sabe ler, nem escrever ____

Ensino básico ____

Ensino secundário ____

Ensino superior ____

Ensino Profissional ____

Consumidor de droga?

Sim ____

Não ____

Padrões de consumo:

	Nunca	Raramente	Com frequência	Todos os dias
Álcool				
Haxixe				
Marijuana				
Heroína				
Metadona				
Cocaína				
Estimulantes				
Tranquilizantes				
Inalantes				
L. S. D.				
Tabaco				
Ecstasy				
Café				
Bebidas energéticas				

FICHA INFORMATIVA DOS CONSUMOS

	Nunca	Raramente	Com frequência	Todos os dias
Álcool				
Haxixe				
Marijuana				
Heroína				
Metadona				
Cocaína				
Estimulantes				
Tranquilizantes				
Inalantes				
L. S. D.				
Tabaco				
Ecstasy				
Café				
Bebidas energéticas				

Nome: _____

Data: _____

Sessão: _____

REGISTO INFORMATIVO FINAL

Avaliação do programa:

Muito bom	Bom	Razoável	Muito Fraco	Fraco

Avaliação dos conteúdos:

Muito bom	Bom	Razoável	Muito Fraco	Fraco

Avaliação do trabalho dos técnicos:

Muito bom	Bom	Razoável	Muito Fraco	Fraco

Auto-avaliação:

Muito bom	Bom	Razoável	Muito Fraco	Fraco

Outras considerações:

Tabela 1

Idade (estatística)

Idade		
N	Valid	50
	Missing	0
Mean		33,22
Std. Deviation		9,049

Tabela 1.1.

Idade

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	19	1	2,0	2,0
	20	1	2,0	4,0
	21	2	4,0	8,0
	22	2	4,0	12,0
	23	3	6,0	18,0
	24	2	4,0	22,0
	25	3	6,0	28,0
	26	1	2,0	30,0
	27	1	2,0	32,0
	28	1	2,0	34,0
	29	1	2,0	36,0
	30	1	2,0	38,0
	31	1	2,0	40,0
	32	4	8,0	48,0
	33	4	8,0	56,0
	34	2	4,0	60,0
	35	1	2,0	62,0
	36	2	4,0	66,0
	37	1	2,0	68,0
	38	3	6,0	74,0
	39	1	2,0	76,0
	40	1	2,0	78,0
	41	1	2,0	80,0

Catarina Lopes Ferreira Ribeiro – *Droga!!! Estou preso* – programa de intervenção juspsicológico em meio prisional

42	2	4,0	84,0
43	1	2,0	86,0
44	2	4,0	90,0
46	1	2,0	92,0
49	1	2,0	94,0
50	1	2,0	96,0
53	1	2,0	98,0
54	1	2,0	100,0
Total	50	100,0	

Tabela 2

Estado civil

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro	34	68,0	68,0
	Casado / união de facto	8	16,0	84,0
	Separado / divorciado	7	14,0	98,0
	Viúvo	1	2,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 3

Agregado familiar

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Família de origem (pai, mãe, irmãos)	19	38,0	38,0
	Família constituída (cônjuge/companheiro(a), filhos)	23	46,0	84,0
	Sozinho	7	14,0	98,0
	Amigos	1	2,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 4

Habilitações literárias

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem escolaridade	1	2,0	2,0
	Sem escolaridade, mas sabe ler e escrever	1	2,0	4,0
	Com escolaridade	48	96,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 4.1

Ano de escolaridade

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Não responde	2	4,0	4,0
	4ª Classe	5	10,0	14,0
	5º Ano	5	10,0	24,0
	6º Ano	5	10,0	34,0
	7º Ano	7	14,0	48,0
	8º Ano	6	12,0	60,0
	9º Ano	4	8,0	68,0
	10º Ano	3	6,0	74,0
	11º Ano	2	4,0	78,0
	12º Ano	6	12,0	90,0
	Frequência universitária	3	6,0	96,0
	Curso Profissional	2	4,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 5

Etnia

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Caucasiana	32	64,0	64,0
	Negra	18	36,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 6

Situação de trabalho anterior à reclusão

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Empregado	30	60,0	60,0
	Desempregado	15	30,0	90,0
	Estudante	1	2,0	92,0
	Formação profissional	2	4,0	96,0
	Reforma	1	2,0	98,0
	Estudante-Trabalhador	1	2,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 6.1

Profissão anterior à reclusão

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	não responde	3	6,0	6,0
	Pedreiro	6	12,0	18,0
	Vigilante	1	2,0	20,0
	Bombeiro	1	2,0	22,0
	Organizador de festas	1	2,0	24,0
	Administrador	1	2,0	26,0
	Empresário	1	2,0	28,0
	Assessor na área ambiental	1	2,0	30,0
	Cozinheiro	1	2,0	32,0
	Electricista	1	2,0	34,0
	Serralheiro	3	6,0	40,0
	Impressor	1	2,0	42,0
	Operador de grua	1	2,0	44,0
	Empregado de bar/mesa	7	14,0	58,0
	Ladrilhador	2	4,0	62,0
	Tatuador	1	2,0	64,0
	Auxiliar de serviços administrativos	2	4,0	68,0
	Aplicador de revestimento	1	2,0	70,0
	Militar	1	2,0	72,0
	Caixa de supermercado	1	2,0	74,0

Assistente de realização	1	2,0	76,0
Pintor de automóveis	1	2,0	78,0
Pintor	1	2,0	80,0
Mediador de Imobiliário	1	2,0	82,0
Montador de PVC	1	2,0	84,0
Armador de ferro	2	4,0	88,0
Mecânico	2	4,0	92,0
Lavador de automóveis	1	2,0	94,0
Motorista	3	6,0	100,0
Total	50	100,0	

Tabela 7

Tempo de prisão (em dias)

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Inferior ou igual a 100 dias	14	28,0	28,0
	Entre 101 e 1000 dias	34	68,0	96,0
	Entre 1001 e 3000 dias	1	2,0	98,0
	Entre 3001 e 5000 dias	1	2,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 8

Situação penal actual

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Condenado	22	44,0	44,0
	Preventivo	28	56,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 9

Primeira vez preso

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	34	68,0	68,0
	Não	16	32,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 10

Situação que motivou a sua detenção

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Relacionada com tráfico	19	38,0	38,0
	Relacionada com consumo de drogas	2	4,0	42,0
	Relacionada com tráfico e consumo de drogas	1	2,0	44,0
	Relacionada com outros crimes para obter dinheiro para consumo de drogas (furto, roubo, outro)	7	14,0	58,0
	Nenhuma das opções	21	42,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 10.1

Situação que motivou a detenção – Outra opção

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	não responde	25	50,0	51,0
	Roubo	6	12,0	63,3
	Violência doméstica	1	2,0	65,3
	Tentativa de homicídio	3	6,0	71,4
	Assalto à mão armada	3	6,0	77,6
	Furto	2	4,0	81,6
	Carjacking	1	2,0	83,7
	Agressão a terceiros	2	4,0	87,8
	Correio	4	8,0	95,9
	Condução com carta apreendida	1	2,0	98,0
	Furto e agressão	1	2,0	100,0
	Total	49	98,0	
Missing	Roubo e sequestro	1	2,0	
Total		50	100,0	

Tabela 12

Consumos antes da reclusão

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Já era consumidor	31	62,0	62,0
	Não era consumidor	19	38,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 13

Padrão de consumo antes da reclusão – Álcool

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	6	12,0	12,0
	Raramente	25	50,0	62,0
	Com frequência	15	30,0	92,0
	Todos os dias	4	8,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 13.1

Padrão de consumo na prisão – Álcool

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	46	92,0	92,0
	Raramente	4	8,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 14

Padrão de consumo antes da reclusão – Haxixe

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	27	54,0	54,0
	Raramente	9	18,0	72,0
	Com frequência	5	10,0	82,0
	Todos os dias	9	18,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 14.1

Padrão de consumo na prisão – Haxixe

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	36	72,0	72,0
	Raramente	5	10,0	82,0
	Com frequência	2	4,0	86,0
	Todos os dias	7	14,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 15: Padrão de consumo antes da reclusão – Marijuana

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	33	66,0	66,0
	Raramente	11	22,0	88,0
	Com frequência	4	8,0	96,0
	Todos os dias	2	4,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 15.1

Padrão de consumo na prisão – Marijuana

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	46	92,0	92,0
	Raramente	2	4,0	96,0
	Com frequência	1	2,0	98,0
	Todos os dias	1	2,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 16

Padrão de consumo antes da reclusão – Heroína

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	38	76,0	76,0
	Raramente	4	8,0	84,0
	Com frequência	1	2,0	86,0
	Todos os dias	7	14,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 16.1

Padrão de consumo na prisão – Heroína

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	47	94,0	94,0
	Raramente	3	6,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 17

Padrão de consumo antes da reclusão – Metadona

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	46	92,0	92,0
	Raramente	1	2,0	94,0
	Com frequência	1	2,0	96,0
	Todos os dias	2	4,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 17.1

Padrão de consumo na prisão – Metadona

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	46	92,0	92,0
	Todos os dias	3	6,0	98,0
	5	1	2,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 18

Padrões de consumos antes da reclusão – Cocaína

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	33	66,0	66,0
	Raramente	9	18,0	84,0
	Com frequência	2	4,0	88,0
	Todos os dias	6	12,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 18.1

Padrão de consumo na prisão – Cocaína

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	48	96,0	96,0
	Raramente	1	2,0	98,0
	Com frequência	1	2,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 19

Padrão de consumo antes da reclusão – Estimulantes

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	40	80,0	80,0
	Raramente	9	18,0	98,0
	Com frequência	1	2,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 19.1

Padrão de consumo na prisão – Estimulantes

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	50	100,0	100,0

Tabela 20

Padrão de consumo antes da reclusão – Tranquilizantes

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	43	86,0	86,0
	Raramente	6	12,0	98,0
	Com frequência	1	2,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 20.1

Padrão de consumo na prisão – Tranquilizantes

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	43	86,0	86,0
	Raramente	1	2,0	88,0
	Todos os dias	6	12,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 21

Padrão de consumo antes da reclusão – Inalantes

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	47	94,0	94,0
	Raramente	1	2,0	96,0
	Com frequência	1	2,0	98,0
	Todos os dias	1	2,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 21.1

Padrão de consumo na prisão – Inalantes

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	49	98,0	98,0
	Com frequência	1	2,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 22

Padrão de consumo antes da reclusão – L. S. D.

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	41	82,0	82,0
	Raramente	7	14,0	96,0
	Com frequência	1	2,0	98,0
	Todos os dias	1	2,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 22.1

Padrão de consumo na prisão – L. S. D.

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	50	100,0	100,0

Tabela 23

Padrão de consumo antes da reclusão – Tabaco

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	15	30,0	30,0
	Raramente	1	2,0	32,0
	Com frequência	4	8,0	40,0
	Todos os dias	30	60,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 23.1

Padrão de consumo na prisão – Tabaco

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	16	32,0	32,0
	Raramente	2	4,0	36,0
	Com frequência	2	4,0	40,0
	Todos os dias	30	60,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 24

Padrão de consumo antes da reclusão – Ecstasy

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	37	74,0	74,0
	Raramente	9	18,0	92,0
	Com frequência	3	6,0	98,0
	Todos os dias	1	2,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 24.1

Padrão de consumo na prisão – Ecstasy

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	50	100,0	100,0

Tabela 25

Padrão de consumo antes da reclusão – Café

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	11	22,0	22,0
	Raramente	15	30,0	52,0
	Com frequência	4	8,0	60,0
	Todos os dias	20	40,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 25.1

Padrão de consumo na prisão – Café

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	19	38,0	38,0
	Raramente	6	12,0	50,0
	Com frequência	8	16,0	66,0
	Todos os dias	17	34,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 26

Padrão de consumo antes da reclusão – Bebidas energéticas

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	11	22,0	22,0
	Raramente	20	40,0	62,0
	Com frequência	12	24,0	86,0
	Todos os dias	7	14,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 26.1

Padrão de consumo na prisão – Bebidas energéticas

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	43	86,0	86,0
	Raramente	2	4,0	90,0
	Com frequência	1	2,0	92,0
	Todos os dias	4	8,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 27

Padrão policonsumo antes da reclusão

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	24	48,0	48,0
	Não	26	52,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 27.1

Padrão policonsumo depois da reclusão

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	20	40,0	40,0
	Não	30	60,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 28

Policonsumos antes da reclusão

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	não responde	32	64,0	65,3
	Haxixe + Álcool	1	2,0	67,3
	Haxixe + Álcool + Marijuana + Cocaína	1	2,0	69,4
	Cocaína + Heroína	3	6,0	75,5
	Heroína + Café + Tabaco + Haxixe	1	2,0	77,6
	Metadona + Haxixe	1	2,0	79,6
	Heroína + Tabaco	1	2,0	81,6
	Heroína + Álcool + Tabaco + cocaína	1	2,0	83,7
	Bebidas energéticas + Álcool + Haxixe	1	2,0	85,7
	Álcool + Tabaco	1	2,0	87,8
	Heroína + Cocaína + Marijuana + Haxixe	1	2,0	89,8
	Álcool + Cocaína + Ecstasy	1	2,0	91,8
	Álcool + Tabaco + Café + Haxixe	1	2,0	93,9
	Tabaco + Café + Haxixe	1	2,0	95,9
	Álcool + Heroína + Cocaína	1	2,0	98,0
	Álcool + Marijuana + Ecstasy	1	2,0	100,0
	Total	49	98,0	

Catarina Lopes Ferreira Ribeiro – *Droga!!! Estou preso* – programa de intervenção juspsicológico em meio prisional

Missing	Heroína + Metadona + Cocaína + Tranquilizantes	1	2,0
Total		50	100,0

Tabela 28.1

Policonsumos depois da reclusão

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	não responde	31	62,0	64,6
	Tabaco + Café	7	14,0	79,2
	Tranquilizantes + Café	2	4,0	83,3
	Heroína + Cocaína + Café	1	2,0	85,4
	Heroína + Tabaco + Café + Tranquilizantes	1	2,0	87,5
	Metadona + Haxixe	1	2,0	89,6
	Haxixe + Café	1	2,0	91,7
	Metadona + Cocaína + Heroína + tranquilizantes + álcool + Haxixe	1	2,0	93,8
	Tranquilizantes + Tabaco + Café	1	2,0	95,8
	Haxixe + Álcool + Tabaco	1	2,0	97,9
	Haxixe + Álcool + Tabaco + Café	1	2,0	100,0
	Total	48	96,0	
Missing	Haxixe + Tabaco + Café	2	4,0	
Total		50	100,0	

Tabela 29

Idade de consumo (estatística)

Idade de consumo

N	Valid	50
	Missing	0
Mean		14,48
Std. Deviation		5,821

Tabela 29.1

Idade de consumo

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	8,0	8,0
	9	2	4,0	12,0
	10	1	2,0	14,0
	11	3	6,0	20,0
	12	2	4,0	24,0
	13	4	8,0	32,0
	14	3	6,0	38,0
	15	8	16,0	54,0
	16	7	14,0	68,0
	17	4	8,0	76,0
	18	6	12,0	88,0
	19	1	2,0	90,0
	20	3	6,0	96,0
	25	1	2,0	98,0
	33	1	2,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 30

Tipo de droga com que se iniciou

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Não responde	4	8,0	8,0
	Álcool	8	16,0	24,0
	Haxixe	10	20,0	44,0
	Marijuana	3	6,0	50,0
	Heroína	1	2,0	52,0
	Tabaco	23	46,0	98,0
	15	1	2,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 31

Consumos após entrada na prisão

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Aumentaram	4	8,0	8,0
	Mantiveram-se	5	10,0	18,0
	Diminuíram	20	40,0	58,0
	Deixou de consumir	21	42,0	100,0
	Total	50	100,0	

Medidas de abandono do consumo

Tabela 32

Unidades Livres de droga

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada importante	12	24,0	24,0
	Pouco importante	6	12,0	36,0
	Importante	20	40,0	76,0
	Muito importante	12	24,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 33

Programas de substituição

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada importante	12	24,0	24,0
	Pouco importante	3	6,0	30,0
	Importante	16	32,0	62,0
	Muito importante	19	38,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 34

Programas terapêuticos

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada importante	2	4,0	4,0
	Pouco importante	5	10,0	14,0
	Importante	13	26,0	40,0
	Muito importante	30	60,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 35

Programas minimização riscos

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada importante	11	22,0	22,0
	Pouco importante	2	4,0	26,0
	Importante	12	24,0	50,0
	Muito importante	25	50,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 36

Salas injeção assistida

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada importante	25	50,0	50,0
	Pouco importante	3	6,0	56,0
	Importante	16	32,0	88,0
	Muito importante	6	12,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 37

A toxicodependência é um comportamento comum

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	44	88,0	88,0
	Concordo	6	12,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 38

Toxicodependente é um delinquente

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	36	72,0	72,0
	Concordo	14	28,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 39

Os toxicod dependentes não são todos iguais

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	5	10,0	10,0
	Concordo	45	90,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 40

Os toxicodependentes precisam de ajuda

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo	50	100,0	100,0

Tabela 41

Os toxicodependentes causam sempre problemas na sociedade

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	17	34,0	34,0
	Concordo	33	66,0	100,0
	Total	50	100,0	

Relativamente ao consumo de droga na prisão

Tabela 42

É importante minimizar a entrada droga

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	8	16,0	16,0
	Sim	42	84,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 43

A resolução de problemas com drogas passa por criar mais programas de apoio

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	7	14,0	14,0
	Sim	43	86,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 44

Na prisão os toxicod dependentes têm uma boa oportunidade para deixar de consumir

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	16	32,0	32,0
	Sim	34	68,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 45

O tempo mais ocupado na prisão pode contribuir para abandonar os consumos

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	8	16,0	16,0
	Sim	42	84,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 46

Partilha utensílios de consumo

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	45	90,0	90,0
	Sim	5	10,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 46.1

Quais os utensílios de consumo partilhados

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	não responde	45	90,0	90,0
	Canudos	1	2,0	92,0
	Seringas + Tubos + Prata	2	4,0	96,0
	Mortalhas	1	2,0	98,0
	Cachimbos	1	2,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 47

Importância apoio psicológico na prisão

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	1	2,0	2,0
	Sim	49	98,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 48

Beneficia apoio psicológico na prisão

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	12	24,0	24,0
	Não	38	76,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 49

Tipo de apoio psicológico que beneficia na prisão

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	não responde	38	76,0	76,0
	Apoio individual	11	22,0	98,0
	Terapias/dinâmicas de grupo	1	2,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 50

Benéfico para diminuir o consumo

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Trabalhar mais	6	12,0	12,0
	Fazer desporto	3	6,0	18,0
	Contactos sociais	4	8,0	26,0
	Tratamentos internos	9	18,0	44,0
	Trabalhar mais + Fazer desporto	6	12,0	56,0
	Fazer desporto + Tratamentos internos	2	4,0	60,0
	Fazer desporto + Contactos sociais + Tratamentos internos	1	2,0	62,0
	Trabalhar mais + Tratamentos internos	1	2,0	64,0
	Contactos sociais + Tratamentos internos	2	4,0	68,0
	Trabalhar mais + Fazer desporto + Contactos sociais	2	4,0	72,0
	Fazer desporto + Contactos sociais	3	6,0	78,0
	Trabalhar mais + Tratamentos internos	1	2,0	80,0
	Trabalhar mais + Fazer desporto + Contactos sociais + Tratamentos internos	10	20,0	100,0
	Total	50	100,0	

Regras para diminuir consumo drogas ilícitas

Tabela 51

Mais tempo fora das celas

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Menos importante	28	56,0	56,0
	Importante	12	24,0	80,0
	Mais importante	10	20,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 52

Mais ocupação para os tempos de recreio

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Menos importante	10	20,0	20,0
	Importante	26	52,0	72,0
	Mais importante	14	28,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 53

Tratamentos de substituição/programas

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Menos importante	12	24,0	24,0
	Importante	12	24,0	48,0
	Mais importante	26	52,0	100,0
	Total	50	100,0	

Fim de pena e reinserção

Tabela 54

Preparado

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	43	86,0	86,0
	Não	7	14,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 55

Projecto de vida delineado

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	42	84,0	84,0
	Não	8	16,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 56

Apoio na reinserção

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	34	68,0	68,0
	Não	16	32,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 57

Como pensa que ficarão os consumos após saída prisão

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Aumentarem	4	8,0	8,0
	Diminuírem	32	64,0	72,0
	Manterem-se	14	28,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tabela 58

Sentimento relativamente à saída da prisão

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Felicidade	28	56,0	56,0
	Tristeza	1	2,0	58,0
	Indiferença	1	2,0	60,0
	Felicidade + Nervosismo	8	16,0	76,0
	Receio + Nervosismo	2	4,0	80,0
	Felicidade + Nervosismo + Angústia	2	4,0	84,0
	Felicidade + Angústia	2	4,0	88,0
	Receio + Felicidade + Nervosismo	2	4,0	92,0
	Receio + Nervosismo + Tristeza	1	2,0	94,0
	Receio + Nervosismo + Tristeza + Angústia	1	2,0	96,0
	Nervosismo + Indiferença	1	2,0	98,0
	Receio + felicidade	1	2,0	100,0
	Total	50	100,0	