

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



Comissão da Dissuasão da Toxicodependência e um Olhar sobre a Descriminalização das Drogas em Portugal

Vasco José Diniz Gomes

N.º Aluno 8358

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de
mestre em Psicologia Clínica

Especialidade em Psicologia Clínica

2009

Dissertação de Mestrado realizado sobre orientação de Professora Doutora Maria Emília Marques, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do Grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho 0031S2/08 – Certificação, Validação e Creditação de Competências para Titulares da Licenciatura em Psicologia Aplicada com cinco ou mais anos de prática profissional.

Nome: Vasco José Diniz Gomes

N.º Aluno: 8358

Curso: Ciclo de Estudos Integrado Conducente ao Grau de Mestre em Psicologia

Área de Especialização: Psicologia Clínica

Ano Lectivo: 2008/2009

Orientador: Professora Doutora Maria Emília Marques

Data: 27 de Maio de 2009

Título da Dissertação: Comissão da Dissuasão da Toxicodependência e um olhar sobre a descriminalização das drogas em Portugal

RESUMO

Portugal tem sofrido ao longo dos tempos profundas alterações no que diz respeito às questões da toxicodependência e à legislação que é aplicada sobre esta matéria.

Trinta anos depois de aparecerem as primeiras estruturas institucionais para enfrentar este tipo de problemática, é criada uma estratégia nacional de luta contra a droga. Os serviços evoluíram, foram chamados novos “actores à cena” e a intervenção passou a ser mais focalizada, alterando-se os modos de funcionamento e criando-se condições para repensar a mentalidade já instalada.

É neste contexto e no seguimento da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga, que surge a descriminalização do consumo de drogas.

A criação das Comissões de Dissuasão da Toxicodependência veio pôr em prática uma nova perspectiva de encarar a toxicodependência e operacionalizar a descriminalização em termos legais, numa perspectiva de problema de saúde pública.

Este trabalho pretende dar a conhecer o trabalho da Comissão de Dissuasão da Toxicodependência de Lisboa, como parte constituinte de uma importante reforma na Sociedade Civil, em relação à problemática da Droga.

Palavras – chave: Descriminalização; Contra ordenação; Comissão de Dissuasão da Toxicodependência;

ÍNDICE

| | | |
|---|---|----|
| • | Introdução | 1 |
| • | Enquadramento teórico | 2 |
| | - O Percurso das Substâncias Psico-activas no Mundo | 2 |
| | - O Percurso Legislativo das Substâncias Psico-activas em Portugal | 8 |
| | - Caracterização da Comissão para a Dissuasão da Toxicoddependência | 12 |
| • | Percurso Profissional | 16 |
| • | Casuística da CDT de Lisboa | 20 |
| • | Conclusão | 27 |
| • | Referências Bibliográficas | 29 |
| • | Anexos | 30 |

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E ANEXOS

| | |
|---|----|
| - Fig 1 - Distribuição mensal dos processos | 19 |
| - Fig 2 - Distribuição dos indiciados por sexo | 20 |
| - Fig 3 - Distribuição dos indiciados por nacionalidade | 20 |
| - Fig 4 - Distribuição dos indiciados por estado civil | 21 |
| - Fig 5 - Distribuição dos indiciados por situação profissional | 21 |
| - Fig 6 - Distribuição dos indiciados por consumo de substância ilícita | 22 |
| - Fig 7 - Distribuição dos indiciados segundo a sua toxicodependência | 23 |
| - Tabela 1 - suspensão provisória de processo de indiciados não toxicodependentes | 24 |
| - Tabela 2 - suspensão provisória de processo de indiciados toxicodependentes para tratamento voluntário | 25 |
| | |
| - Anexo 1 : Lei nº30/2000 | |
| - Anexo 2 : Decreto-Lei nº 130-A/2001 | |

INTRODUÇÃO

No dia 2 de Julho de 2001 começaram a funcionar as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), criadas no âmbito do Lei 30/2000, de 29 de Novembro e do Decreto-Lei 130-A/2001, de 23 de Abril. A Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência de Lisboa, tem sido fundamentalmente, o que a sua denominação indicia: a sua missão é prevenir, dissuadindo o uso e abuso do consumo de estupefacientes e substâncias psicoactivas.

Foi criada no contexto de uma exigência lógica da descriminalização do consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, com o intuito de protecção sanitária e social das pessoas que as consomem.

Assim, ocorreu toda uma mudança de filosofia jurídica e social na maneira de encarar o consumidor/ doente, que continua, em certos termos, a poder ser sancionado mas por aplicação de simples coimas e outras medidas dissuasoras, na sequência de um processo de mera ordenação social, em detrimento de um processo criminal. Para todos os efeitos, legais e humanos, o consumidor deixa de ser visto como um criminoso, passando a ser encarado como uma vítima de um desvio psicológico e social ou portador de doença. Não fica, no entanto, isento de algumas responsabilidades que conduziram ao estado de doença, pela adopção de estilos de vida característicos onde o desvio se desenvolve.

As sanções administrativas a aplicar devem ser o resultado de uma apreciação integrada de factos, personalidades e objectivos, que não se compadece com um juízo frio e mecânico de um vulgar ilícito de mera ordenação social.

É este o caminho, ainda recente, que a Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência tem vindo a percorrer desde há oito anos. Ao longo deste período tem-se procurado desenvolver um trabalho junto dos dispositivos de controle, em especial no que tange às instâncias judiciais, bem como às forças policiais e de segurança, para além das instituições sociais e de saúde, visando a aproximação entre a Comissão e aquelas instituições, promovendo uma perspectiva de interacção e cooperação recíproca.

Neste relatório pretendo demonstrar a experiência adquirida ao longo dos anos que trabalhei em vários departamentos do IDT e que me permitiram ter uma visão mais abrangente de todo o processo inerente à problemática da Toxicodependência.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O Percurso das Substâncias Psico-activas no Mundo

Como afirma Poiares (1999), o consumo de drogas sempre acompanhou a evolução humana, atravessando a História desde os tempos mais remotos, cruzando continentes, passando oceanos e vencendo fronteiras, assumindo, no decurso dos últimos dois séculos, uma tríplice dimensão: a da mercadoria - como tal objecto de relações jurídico-económicas e fiscais - a lúdica - servindo de meio de desinibição e convívio social - e a de terapêutica médica.

Na antiguidade e no início da Idade Média, a mirra era utilizada como substância tonificante, integrando a farmacopeia desses tempos. Com fins recreativos, e medicinais, gregos e romanos tomavam um preparado de vinho, cânhamo e mirra, o *vino resinato*, segundo a designação latina (Sousa, *cit in* Poiares).

Ao longo dos séculos de Setecentos e Oitocentos, o uso de drogas difundiu-se entre as classes aristocráticas e intelectuais da Europa, em particular no que toca ao ópio e ao haxixe. Baudelaire foi um dos primeiros dos grandes homens de letras do século XIX a discorrer, em ensaios bem escritos, sobre os efeitos das drogas que ingeriu. Chamou-as de paraísos artificiais, satisfações momentâneas que os homens buscavam para fugir da mediocridade existencial a que a grande maioria estava condenada, mesmo que o despertar daquele fugaz momento tivesse horríveis consequências: «o haxixe não revela o homem mais do que aquilo que é».

A ritualidade do consumo de determinados produtos, como o haxixe e o ópio, fazia-se acompanhar de algum requinte aristocratizante: o uso dessas substâncias, associadas, por via da regra, ao álcool, revestia, nos séculos XVIII e XIX, características de vício luxuoso e porventura excêntrico, reservado às elites de maior projecção cultural (Poiares, 1999). O percurso evolutivo do consumo até à intromissão criminalizadora da lei, teve várias causas específicas relacionadas com factores económicos, políticos, sociais e culturais.

No século XIX dava-se início ao cultivo de ópio na Índia (colónia inglesa) e venda à China, que conduziu ao que seria entendido como um "vício nacional" e que esteve na base da decadência económica chinesa. O Imperador chinês proíbe, assim, a importação/consumo de ópio. Surgem as guerras do Ópio, em que a primeira vai desde 1839 a 1842, e a segunda de 1856 a 1860, culminaram com a concessão de

vários portos de comércio ao Ocidente e do território de Hong Kong à Inglaterra. No decurso deste período, o consumo de drogas no continente europeu não representou dimensões graves, nem em termos sanitários nem a nível de segurança pública. Realmente, o uso do ópio e do haxixe estava circunscrito a sectores bem delimitados das sociedades, vivendo-se ainda uma fase aristocrática da droga: os *fumadoiros* e *opiários* pertenciam a lendas ou rumores do Oriente longínquo, apenas chegando à Europa notícias vagas, que em Berlim se materializaram nas *giftennhausen*, autênticos centros de consumo de alcalóides (Coelho, cit in Poiares, 1999).

A cocaína toma-se, na recta final do século XIX, a droga da moda entre os artistas e intelectuais, substituindo o consumo do haxixe.

Na primeira década do século XX, existiam registadas, só nos Estados Unidos, sessenta e nove marcas de bebidas contendo cocaína, algumas das quais recomendadas pelos fabricantes devido a casuais virtudes regenerativas e curativas, desde a tuberculose às doenças venéreas; até ao fim do referido século, comercializavam-se mais de cinquenta mil produtos derivados do ópio.

Nos Estados Unidos, no século. XIX / XX, seria levado o hábito de fumar ópio pelas colónias de asiáticos. Esta situação fez brotar a preocupação da Administração Norte-Americana emergindo assim, a primeira Conferência Internacional sobre Drogas em 1903. Roosevelt propôs a proibição da importação e consumo do ópio inglês.

Realiza-se, então, o acordo entre os Estados Unidos e a China com a Conferência de Xangai em 1909, sendo este o ponto de partida para a criminalização internacional da droga.

Em 1897 aparecem os primeiros conceitos psicológicos relacionados com a toxicod dependência, em que Freud chamou à atenção para a dependência causada por certas substâncias (álcool, tabaco, morfina, cocaína), e define comportamento aditivo/noção de dependência. Freud empreendeu um estudo sistematizado da psicopatologia do toxicómano, pondo em evidência, no entanto, a intensificação do erotismo oral nos "drogados" (Freud, cit in Poiares, 1999). Lewin, por sua vez, baseado na experiência clínica com morfinómanos, introduziu os conceitos de dependência, tolerância e abstinência relacionados com o abuso de substâncias psicoactivas (Lewin, cit in Poiares, 1999).

É elaborado o primeiro modelo sanitário onde o toxicod dependente é considerado doente e não delinquente. Mais tarde a Associação de Psiquiatria Americana (1934) introduziu a Toxicod dependência no elenco das doenças mentais.

Apesar desta evolução de conceitos a comunidade internacional permaneceu impermeável à "nova visão" da Toxicodependência durante 40 anos.

É consagrada a Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas de Viena em 1971, com uma postura direccionada para o tratamento e reinserção dos consumidores, em detrimento da máxima "vigiar e punir".

Em Portugal o discurso legislativo permeabilizou-se ao conhecimento, com diminuição da intensidade e severidade punitivas favorecendo progressivamente o recurso a meios de tratamento. Desaparecendo a imagem do consumidor delinvente surgiu a noção do cidadão carecido de apoio (Santos, *cit in* Poiares, 1999), que deu lugar à Psicologização da lei, perspectivando uma tendência para o tratamento em detrimento da penalização. Para uns existem drogas leves e duras, para alguns deveriam liberalizar-se umas e outras não; para outros "droga é droga" e são todas equivalentes (Brito e Esteves, 2001).

Por um lado, cada droga lícita ou ilícita, tem as suas propriedades farmacológicas próprias e, assim, os seus efeitos característicos, os seus inconvenientes para a saúde e o seu próprio modo de induzir dependência, mais ou menos tolerância, tolerância cruzada com outras drogas, síndrome de privação característica, etc. Neste sentido podem considerar-se as drogas como sendo todas diferentes.

Por outro lado, o que todas as drogas têm em comum é precisamente a indução de dependência, isto é, a perda de controlo sobre os consumos e, por essa razão, há tendência para a vê-las como iguais. O consumo dá também para relaxar, para atingir sentimentos agradáveis, para aliviar a tensão e a ansiedade ou para passar simplesmente o tempo (Graham *et al.*, 1996).

Segundo Patrício (1995), as drogas são substâncias naturais ou de síntese, manipuladas ou criadas pelo homem, que, ao serem absorvidas pelo organismo humano, provocam alterações psíquicas nomeadamente do estado de consciência e igualmente alterações físicas.

As alterações da actividade mental, das sensações e do comportamento, são geralmente associadas a uma vivência de prazer, ou alívio do desprazer.

As drogas variam muito no que respeita aos seus efeitos sobre os seus utilizadores. As mais perigosas são as mais viciantes. Drogas aditivas produzem uma

dependência biológica e psicológica no utilizador e a abstinência faz o dependente ansiar de uma maneira quase irresistível por elas. As dependências podem ser biológicas, nas quais o corpo fica tão habituado ao seu funcionamento, que não pode funcionar na sua ausência ou psicológicas, nas quais as pessoas acreditam que precisam da droga para responder às pressões da vida do dia-a-dia.

Qualquer substância que altere o estado de consciência pode funcionar como droga, ainda mais do que a substância, seja a atitude da pessoa face à substância o que alimenta a toxicodependência. É uma atitude de fixação, de paixão pela substância (Patrício, 1997).

Assim, como refere Carrilho (1999), droga é a prova da ruptura do equilíbrio e das brechas na funcionalidade do sistema familiar. Mais do que uma crise, a droga provoca na família uma catástrofe. Ao explorar a sua dimensão psicossocial, a toxicodependência afasta-se da sua representação comum de auto-exclusão do mundo para surgir como uma tentativa de ultrapassar os fracassos do vínculo social e do processo de identidade. Factores esses, sociais e culturais que destinam a exposição do jovem às drogas, e factores psicológicos que aludem à adesão ou resistência dos consumos. Outros factores psicológicos, e provavelmente também de origem biológica, irão determinar os efeitos peculiares das drogas, o delineamento da dependência e a competência para rejeitar os consumos.

Estes factores poderão estar determinados muito antes do jovem fazer o seu primeiro consumo, dando o passo inicial para um extenso e fundo percurso sem saída. Consequentemente vivemos numa época em que a dor e a tristeza passageiras não são consentidas, descobrindo-se respostas e de preferência convincentes para qualquer mal-estar superficial.

A toxicodependência já não é uma doença mental mas, representando o duplo papel de meio de defesa e de sintoma, insere-se naturalmente no sofrimento psíquico. Também não é uma doença pura e simples, mas faz ficar doente por compilações somáticas e afecções intercorrentes que provoca.

Na perspectiva de Miguel (1997), o que é comum às diversas substâncias que podem causar dependência, é a ocorrência do seu uso contínuo ser conduzido do desenvolvimento de tolerância ou habituação e da interrupção do seu consumo provocar um síndrome de privação, derivado à dependência psíquica ou mesmo física que se instalou, em que a questão fundamental é o facto de o consumo destas substâncias ser acompanhado de um prazer peculiar - prazer automático, imediato,

não elaborado, conseguido pela manipulação do funcionamento bioquímico do nosso sistema nervoso central, contrariamente aos outros prazeres mediatizados pelos órgãos dos sentidos, pela compreensão intelectual, pelos afectos e emoções.

A combinação incomparável de um conjunto de factores e variáveis, fazem do abuso de substâncias na actualidade, um dos mais sérios problemas de saúde pública. Este destaque coloca os adolescentes e jovens adultos, diante um problema de grande complexidade. Nunca como nos nossos dias estiveram disponíveis (são impostas), tantas substâncias de potencial aditivo. Com esta disponibilidade não é de espantar que o uso de substâncias tenha crescido, quer se considerem as chamadas substâncias lícitas (nicotina e álcool), quer as normalmente apelidadas de ilícitas (*cannabis*, anfetaminas, alucinogéneos, heroína, cocaína, etc). Só nos primeiros tempos de consumo de drogas o prazer é experimentado desta forma, depois já não existe prazer, a droga é utilizada para não sentirem o sofrimento, fica apenas a recordação do prazer. No limite, a pessoa que se droga tende a não encontrar mais nenhum prazer senão o da própria droga, transformando-se esta no único interesse, no meio da sua vida.

Existem várias causas que vão da percepção do prazer da experiência, ao escape das pressões do quotidiano que uma euforia produzida por drogas propicia, até ao esforço de alcançar um estado religioso ou espiritual. No entanto, outros factores que não têm relação com a natureza da experiência em si mesma, também levam as pessoas à droga (Glantz e Pickens, 1991; Washton, 1995; Mesquita *et al.*, 1995): o alegado uso de drogas por modelos sociais, o fácil acesso a algumas drogas ilegais e as influências dos colegas e pares, adoptam lugar na escolha de consumir drogas (Jarvik, Granam, Marks e Hansen, Dupre *et al*, cit in Feldman, 2001). Em alguns casos a razão é meramente a excitação de experimentar uma coisa nova e violar a lei (Macoun, cit in Feldman, 2001). Por fim, o sentimento de desânimo experimentado por indivíduos pobres e desempregados apanhados num ciclo de pobreza, pode levar a tentar que as drogas sejam uma alternativa de fugir ao desprovido das suas vidas. Além das forças que levam a iniciar o uso de drogas, a dependência de drogas é o comportamento mais complicado de alterar (Hawkins, Catalano e Miller; McCoun; DiClemente; Hser, Anglin e Powers; Jarvis, Tebbut e Mattick, cit in Feldman, 2001).

O álcool como droga depressora do Sistema Nervoso Central a mais consumida em Portugal Patrício (1995), provocando euforia, desinibição, descoordenação muscular, menor capacidade de escuta e compreensão, aumento do

tempo de resposta. Os riscos se abuso provocam danos cerebrais, tais como, depressões e psicoses.

A *cannabis*, tem na sua composição um princípio activo, o THC, que provoca os efeitos psicoactivos e que variam segundo a dose, a concentração do THC, a disposição do indivíduo e as suas expectativas face ao consumo. Os riscos de abuso são alterações na capacidade de memória, ansiedade, desmotivação generalizada. Contudo, o facto de esta droga afectar o sistema nervoso, bem como o facto de o seu uso mais intenso ocorrer no fim da adolescência, quando o cérebro e o sistema reprodutor ainda estão em formação, causa legítimas preocupações.

O diagnóstico do uso nocivo ou do abuso de marijuana põe muitos dos problemas verificados no que se refere ao álcool. Embora, ao contrário do álcool, a marijuana seja ilegal, a sua aceitação pela população e a elevada prevalência do consumo fazem com que seja importante estabelecer a diferença entre uso nocivo (que implica problemas temporários que podem vir a desaparecer) e abuso ou dependência (implicando elevado risco de problemas futuros). Nesta abordagem, ainda ninguém desenvolveu critérios objectivos para o abuso de derivados da cannabis que tenham sido postos à prova em estudos de seguimento, de forma a demonstrar que podem prognosticar dificuldades futuras, disseminadas e persistentes (Patrício, 2002).

O ecstasy provoca efeitos físicos e psíquicos graves como a taquicardia, hipertermia, vômitos, desmaios, náuseas, ansiedade, depressões profundas e estados paranóides, tendo vindo a ter cada vez mais adeptos entre a população jovem.

A cocaína é uma droga com propriedades estimulantes muito fortes. Tem como efeitos, euforia, bem-estar, grande capacidade mental, indiferença à dor e à fadiga, taquicardia, ansiedade, pânico e alucinações. Os riscos de abuso são uma forte dependência psicológica, grande ansiedade e agitação, estados confusionais, paranóia, fadiga e depressão.

O mesmo autor, afirma que em Portugal e na Europa o opiáceo ilegal mais consumido é a heroína, é de todas as drogas, aquela em que o prazer imediato é mais forte e mais destruidor da capacidade de viver outros prazeres. É também a droga cujos efeitos são menos visíveis exteriormente numa fase inicial, o que de certa forma explica o facto de alguns filhos consumirem heroína durante anos sem os pais se aperceberem (Miguel, 1997).

O Percurso Legislativo das Substâncias Psico-activas em Portugal

Ao longo das últimas décadas, as sociedades têm vindo a tomar consciência do fenómeno cultural e social que representa o consumo de drogas, ao nível psicológico e jurídico, bem como as consequências derivadas da produção e tráfico das mesmas. Foram prosseguidos esforços legislativos, no decurso dos tempos, com o intuito de despromover o consumo e subverter o comércio de droga, encontrando-se estes integrados numa perspectiva política sem a presença de referências do "Saber".

São quatro os momentos legislativos de referência, ocorridos em Portugal, que nos conduzem à realidade actual das medidas reiteradas pelo "Poder" relativas ao uso, abuso e comércio de droga.

Primeiro momento (Decreto nº12 210, de 31 de Agosto 1926) - Tem como intuito controlar a importação para consumo e a exportação das drogas. Perspectiva predominantemente reducionista, que inscreve as drogas numa racionalidade fiscal perspectivando-as numa realidade mercantilista (Agra, C. 1997). A realidade do toxicómano era desconhecida, não existindo uma perspectiva de intervenção ao nível da saúde, especificamente na prestação de cuidados sanitários básicos, remetendo para o plano da inexistência o estatuto de doente. A posse de substâncias estupefacientes era punida com pena de prisão ou multa, verificando-se a inexistência de penas relativas ao consumo. A realidade das drogas foi apreendida pelo "Poder" não sendo integrada como um problema pluridimensional (Poiães C. e Agra, C. 1996).

Segundo momento (Decreto -Lei nº 420/70, de 3 de Setembro) - Ruptura do paradigma fiscal vigente e emergência do paradigma criminal. A perspectiva criminalizadora do consumo de droga é premente, surgindo o estatuto do consumidor em termos jurídicos e salientando-se a procura da defesa da saúde pública e moral. Em detrimento de uma perspectiva médica e psicossocial, o consumo é associado à transgressão, verificando-se a existência de uma perspectiva que contempla a inter - penetração droga / delinquência. A perspectiva criminalizante do consumidor leva à aplicação de penas que remetiam o toxicómano a "esquemas de controlo destinados aos marginalizados da sociedade" (*cit in* Poiães, C. e Agra, C. 1996) acreditando que a punição só por si seria solução para promover a abstinência do consumo (Poiães, C. e Agra, C. 1996; Agra, C. et al, 1997).

Em 1975 nasce uma política centrada na criação de dispositivos anti-droga, que contempla a integração de mecanismos de índole preventiva e repressiva em

consonância com instrumentos interventivos (mecanismos policiais, clínicos e psicossociais), não descurando a vertente criminal da abordagem jurídico institucional. O consumidor de drogas ainda é entendido como um delinquente, porém começa a ser considerado como algo mais, factor que evidencia a tentativa de compreensão do Poder relativamente a esta problemática (Poiars, C. e Agra, C. 1996).

Terceiro momento (Decreto-Lei nº 430/83, de 13 de Dezembro e Decreto-Lei nº 15/93, de 22 de Janeiro) - A racionalidade inerente aos dois quadros legislativos, 1983 e 1993, baseia-se na perspectiva Droga - Enfermidade, que vem destacar o consumidor não mais como um delinquente mas como um enfermo.

Em 1983, confirma-se a reestruturação dos dispositivos, o que se iniciou já em 1982, com o Decreto Lei nº365/82 de 8 de Agosto, como é exemplo o Gabinete de Coordenação de Combate à Droga, que detinha como objectivo último servir o Poder na procura de estratégias para actuar sobre o comportamento dos indivíduos e a compreensão do fenómeno da droga. A distinção entre tráfico e consumo acentua-se, bem como as penalidades prescritas para ambos os casos, prevendo-se um agravamento das penas nas situações de tráfico e o entendimento do acto de consumo como algo censurável socialmente, podendo a sua punição consiste na aplicação de uma admoestação ou pena suspensa.

O ano de 1993 vem salientar a procura crescente de uma adequação das medidas legislativas aos recursos e estratégias de combate ao tráfico, na medida em que este é equiparado a questões relacionadas com a criminalidade violenta e organizada. Para o consumidor de drogas é prevista uma sanção "simbólica", integrada numa perspectiva de censura, em que o indivíduo pode ver a pena suspensa ao submeter-se a tratamento.

Denota-se, pois, a emergência de uma trajectória evolutiva, composta por sucessivas metamorfoses (Poiars, C.1996,1999).

Verifica-se nesta altura a emergência de tentativas de compreensão global do fenómeno social inerente ao consumo de drogas por parte do Poder. Ao fenómeno droga estava associada uma criminalidade conexa, no entanto, a emergência da perspectiva droga - enfermidade, conduziu à constatação de uma nova intervenção política e jurídica.

Apesar de o legislador manter um discurso criminalizador, não obstante a existência de uma representação institucional do consumidor como doente, a ruptura

com o paradigma vigente até então torna-se uma necessidade, perspectivando-se a promoção da iniciação de um novo paradigma que visa as vertentes bio-psico-social.

Subsiste uma política de criação de dispositivos direccionados para a intervenção clínica e social, pretendendo, no decorrer do tempo, a criação de serviços como o Instituto de Reinserção Social, o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicoddependência e o Projecto Vida (Poiares, C. 1996, 1999).

Quarto momento (Resolução do Conselho de Ministros nº 46/99, de 22 de Abril) - E em 1999 que o Conselho de Ministros propõe a criação de uma nova estratégia nacional de luta contra a droga, com o intuito de promover a orientação das políticas sectoriais relativas à droga e toxicoddependência.

São fundamentadas cinco convicções inerentes à elaboração desta estratégia: o reconhecimento da dimensão mundial do problema da droga, que vem reclamar respostas à escala internacional e nacional; a convicção humanista (tem por base a perspectiva toxicoddependente = doente); o pragmatismo; a prevenção e o combate ao tráfico ilícito de drogas (Presidência do Conselho de Ministros, 2001).

A estratégia nacional de luta contra a droga vem ditar as linhas orientadoras para a elaboração de uma proposta de Plano de Acção Nacional de Luta Contra a Droga, efectuada após a Resolução do Conselho de Ministros nº109/2000, de 19 de Agosto. A delineação da intervenção futura é considerada o primeiro objectivo, tanto para a Administração como para os parceiros sociais, de uma estratégia de intervenção inovadora que abarque as áreas da prevenção primária; redução de riscos e danos; tratamento; reinserção social; combate ao tráfico ilícito de drogas e branqueamento de capitais; investigação e informação, avaliação das políticas e a cooperação internacional.

É nesta perspectiva, tendo como ponto fundamental a perspectiva humanista referida na estratégia nacional de luta contra a droga, que é proposta uma solução legal inovadora - a descriminalização do consumo e a sua proibição como ilícito de mera ordenação social. Esta opção diz respeito ao consumo propriamente dito, e, principalmente, à detenção e aquisição para esse consumo. É mantida a criminalização e conseqüente mobilização do aparelho judicial para o combate ao tráfico ilícito de drogas. A imagem do consumidor - delinquente é desmobilizada e promovida a do consumidor que necessita de apoio, integrando, desta forma, uma visão de prevenção em detrimento da punição. A Lei nº 30/2000, de 29 de Novembro, é então publicada, definindo o 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.

Poiares, C. (2002) analisa esta nova política escrevendo: " I) a despenalização integra-se num plano mais abrangente, que envolve uma nova racionalidade sobre o consumo e o consumidor de drogas"... II) o Poder assumiu claramente a insuficiência e a inadequação do registo criminalizados"... III)...visa promover o encaminhamento dos consumidores para o tratamento, fomentando, do mesmo passo, a abstinência dos consumos ou, quando isso não seja possível, que do uso de drogas advenha o mínimo de danos sociais e sanitários"... IV)...privilegia a intervenção juspsicológica na área das drogas, traduzida na penetração do saber e das práticas da Psicologia nos terrenos judiciais".

O "Saber" interpenetra-se no "Poder" e, através desta aliança, promove novas formas de intervenção e compreensão do fenómeno das drogas.

Caracterização da Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência

Após a promulgação da Lei n.º30/2000 de 29 Nov., que define o regime jurídico a aplicar ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, foram criadas as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência que são regulamentadas pelo Dec.Lei n.º 130-A/2001 de 23 Abril.

Desta forma e conforme o n.º1 do art.º2 do Dec. Lei n.º 130-A/2001 de 23 Abr. "em cada capital de distrito do continente é constituída uma comissão para a dissuasão da toxicodependência) que exerce funções em instalações para o efeito disponibilizadas pelo respectivo governo civil".

Da Comissão a funcionar em Lisboa, na Rua. José Estevão, 137-2º, fazem parte três membros conforme o n.º1 do art.º3º do mesmo documento com competências especificadas no art.º4º.

No mesmo local funciona também uma equipa de apoio, constituída por dois psicólogos, uma técnica de serviço social e uma jurista que dependem directamente do Presidente da Comissão e a quem cabe executar as tarefas definidas nas alíneas a) do art.º 7º do DL 130-A; 2001 de Abril (ver anexo 1):

- a. Assegurar o normal desenvolvimento dos processos, realizando atempadamente as diligências que lhe forem determinadas;
- b. Consultar o registo central instituído pelo art.º6º da Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro, doravante designado registo central. nos termos do diploma que o regulamenta;
- c. Prestar apoio técnico na escolha das sanções a aplicar.
- d. Realizar por iniciativa da comissão, a eventual avaliação psicológica dos indiciados, diligenciando em ordem ao conhecimento preliminar das suas personalidades e trajectórias de vida;
- e. Emitir pareceres e efectuar relatórios;
- f. Assegurar o encaminhamento dos consumidores para as entidades de saúde;

g. Acompanhar os consumidores no caso de suspensão provisória do processo, de suspensão de determinação da sanção e de suspensão de execução da sanção, designadamente em caso de aceitação de tratamento voluntário, sem prejuízo das funções próprias dos serviços de tratamento, e quando a sanção aplicada recair em medida alternativa à coima, em especial, a prestação de serviços gratuitos a favor da comunidade;

h. Colher informação sobre a continuidade do tratamento, se este tiver sido aceite no âmbito de um processo e sobre a existência ou não de reincidência;

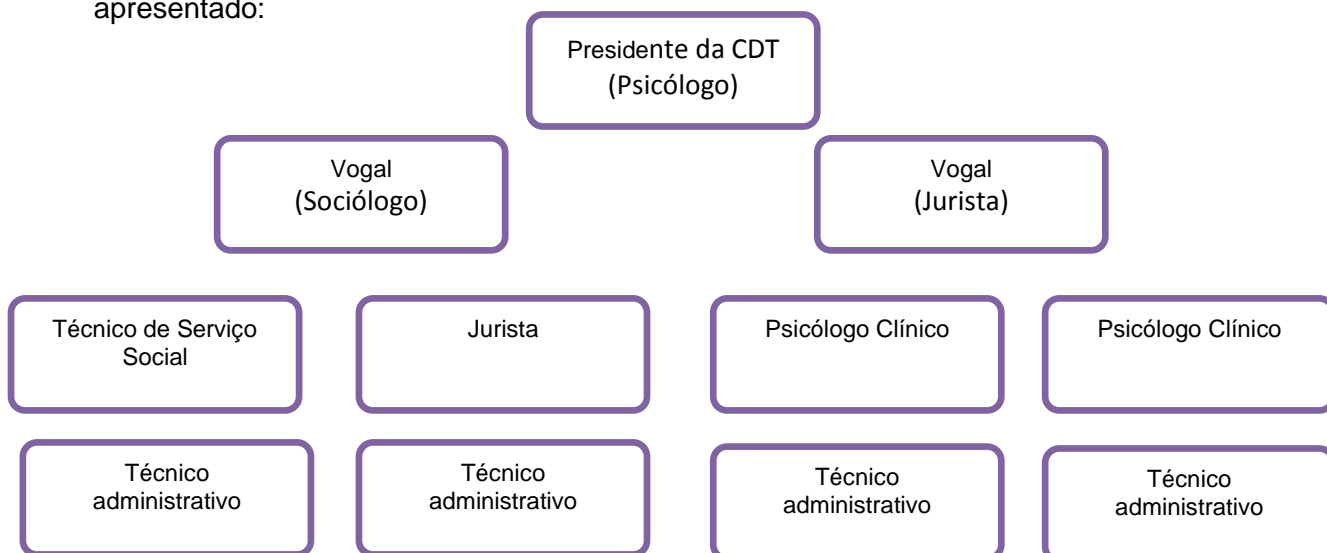
i. Informar sobre o termo do período de suspensão do processo, de suspensão da determinação da sanção, ou de suspensão de execução da sanção, para efeitos de arquivamento ou extinção do processo, ou extinção da sanção;

j. Manter o arquivo de processos de contra-ordenação.

Para além da equipa de apoio técnico a CDT dispõe de uma equipa de apoio técnico-administrativo composta por uma recepcionista, secretária e três técnicos administrativos.

As instalações da Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência de Lisboa são compostas por dois gabinetes de equipa técnica, um gabinete dos serviços administrativos, uma sala de audições, uma sala de espera, dois gabinetes dos vogais da Comissão e um gabinete do presidente.

Verifica-se uma multidisciplinaridade ao nível da formação académica dos elementos constituintes da Comissão e da equipa técnica da mesma. Podemos verificar essa multidisciplinaridade, bem como as relações que se estabelecem entre os membros da Comissão e respectivo gabinete técnico, no organograma abaixo apresentado:



Com a descriminalização do consumo, presumindo-se tal quando as quantidades de estupefacientes não ultrapassam o definido legislativamente e sempre que se verifiquem apreensões dentro desses limites, deixa de haver lugar a um processo crime para existir um processo contra-ordenacional.

Após a abordagem aos indivíduos e verificando-se que existe consumo ou posse para consumo, até determinadas quantidades, é elaborado um auto de ocorrência pelas forças de segurança (GNR, PSP) ou pelos Serviços do Ministério Público.

O auto de ocorrência é remetido para a CDT Competente, a da área de residência, verificando se assim a competência territorial, as quantidades de estupefacientes que são constantes nas tabelas I e IV anexas ao Decreto de Lei nº15/93 de 22 de Janeiro não ultrapassam os limites definidos no mapa anexo à portaria nº 94/96 de 26 de Março, é possível dar continuidade ao processo contra ordenacional.

Após a instauração do processo de contra ordenação, a CDT convoca o indiciado para ser ouvido por um dos elementos da equipa técnica que fará um diagnóstico da situação. De seguida, o elemento da equipa técnica transmite a informação recolhida e o seu parecer aos membros da CDT que irão ouvir o indiciado em contexto de audição.

A equipa técnica elabora um relatório onde costam os elementos centrais que enquadram os consumos, o contexto familiar, social, e laboral recolhidos durante a entrevista preliminar e parecer técnico.

É nesta altura que a caracterização dos indiciados como consumidor toxicodependente ou consumidor não toxicodependente é realizada e pronunciada a decisão da Comissão face ao processo.

Nos processos onde os consumidores são toxicodependentes e aceitam voluntariamente a realização de tratamento, única condição legal e imperativa para a suspensão provisória do processo, realiza-se um encaminhamento para uma entidade de tratamento, todo este processo de tratamento é devidamente acompanhado pela equipa técnica da comissão que trimestralmente é informada da boa continuidade do tratamento ou não, podendo ainda caso o tratamento numa 1ª fase não seja aceite, ou seja interrompido, diligenciar no sentido de promover consultas para diligências de motivação, quer para adesão ou continuidade do tratamento.

Nos processos de consumidores não toxicodependentes, é efectuada uma sensibilização ao indiciado para os riscos associados ao consumo de substâncias psicoativas, independentemente da sua ilicitude, caso seja necessário, também nestes casos são salvaguardados e tidos em conta encaminhamentos para estruturas de prevenção e intervenção social. No entanto por ser a 1ª vez que têm um processo na comissão e por serem considerados consumidores não tóxicodependentes, a Lei permite realizar uma suspensão provisória do processo, o processo permanece aberto alguns meses e caso não haja reincidência é arquivado, por outro lado se o indiciado reincidir é sancionado no âmbito de dois processos.

O processo de contra-ordenação poderá ainda por via legal seguir outros trâmites, caso ocorram as referidas situações de reincidência ou incomprimento de medidas estipuladas, nestes casos a intervenção da equipa técnica está prevista e a sua multidisciplinariedade é uma mais valia possibilitando uma intervenção ao nível psicológico social e jurídico.

Assim, é da competência da CDT efectuar todos os trâmites legais por forma a definir a medida a aplicar ao consumidor, doravante designado por indiciado.

PERCURSO PROFISSIONAL

Iniciei o meu percurso profissional no Instituto Português da Droga e da Toxicoddependência, mais concretamente no departamento que geria o projecto Vida-Emprego – programa de reiserção social. Como técnico, psicólogo, apoiava a coordenação do Programa a vários níveis: na sua implementação técnica a nível nacional, na articulação inter-sectorial e na monitorização de um sistema de avaliação de processos (psicossocial, administrativo e financeiro) e de resultados.

Passados alguns meses fui convidado a integrar a Comissão para a Dissuasão da Toxicoddependência (CDT) de Lisboa, que iniciava funções pela primeira vez e que ao nível da dissuasão era um projecto completamente inovador, uma mudança de filosofia jurídica e social na maneira de encarar o consumidor de estupefacientes ou de substâncias psicotrópicas. O consumidor continuava, em certos termos, a poder ser sancionado mas por aplicação directa de simples coimas ou de outras medidas dissuasoras na sequência de um processo de mera ordenação social, caindo por terra a aplicação de penas, em resultado de um processo criminal. Deixou, para todos os efeitos legais e humanos, de ser encarado como um criminoso e passou a ser considerado como uma vítima de um desvio psicológico e social, quando não portador do estado de doença, podendo-lhe ser, no entanto, atribuídas responsabilidades nessa doença, decorrentes da adopção de estilos de vida e de comportamentos desviantes.

As Lei 30/2000, de 9 de Novembro e o Decreto – Lei 130-A/2001, de 23 de Abril, são operacionalizados no terreno através da constituição de 18 Comissões a nível nacional. Inicialmente integrei a CDT de Lisboa como membro vogal e juntamente com outros dois elementos - um jurista, o presidente e outro vogal, uma técnica de serviço social - tínhamos as seguintes competências:

- Convocar e dirigir audições, que visam a aplicação da Lei nº30/2000 de 29 de Novembro, formulando juízos sobre se o consumidor é ou não toxicoddependente, quais as substâncias consumidas e as circunstâncias do acto de consumo.
- Processamento das contra-ordenações e aplicação das respectivas sanções.
- Encaminhamento para tratamento e desintoxicação.

Durante cerca de quatro anos mantive as minhas funções como vogal da CDT de Lisboa. Mais tarde e depois desta experiência na dissuasão, estive cerca de um ano e meio fora do Instituto da Droga e Toxicoddependência (IDT) para levar a cabo alguns projectos pessoais.

Regressei em ao IDT em Setembro de 2006 tendo a oportunidade de integrar a equipa da prevenção, ingresso na unidade de prevenção de Lisboa e tendo possibilidade de aprofundar os meus conhecimentos dentro desta área e perceber de que forma a prevenção é e pode ser uma “ arma” extremamente eficaz no combate ao consumo.

É aqui que parece residir uma grande parte das respostas que podem ser dada no combate ao consumo, pois se até aqui a prevenção apoiava qualquer iniciativa que aparecesse, sustentava financeiramente projectos onde se adivinhavam os resultados e ia a correr para escolas ou empresas que solicitassem uma intervenção “divina”, dos técnicos, junto das suas populações, foi a partir deste momento e com a “ajuda” de algumas restrições financeiras que houve uma paragem para reflexão e conseqüentemente uma volta de 180º graus nas respostas que prevenção começaria a dar. A prevenção começava a ser, no essencial, um meio de informação (em doses adequadas à população alvo) e orientação para hábitos saudáveis e protectores que tinha como objectivo o não consumo, a paragem deste ou por último a diminuição do consumo de forma a aumentar os factores de protecção e diminuir os factores de risco.

Após uma re-estruturação interna do IDT, fui colocado em Setembro de 2007 na área do tratamento, mais concretamente na Entidade de Tratamento (E.T) do Restelo – antigo Centro de Atendimento a Toxicodependentes (C.A.T.). Aqui fui percebendo, pelo contacto directo com a população toxicodependente, toda a dinâmica associada ao processo de tratamento, desde o acolhimento, à 1ª consulta médica, à atribuição de terapeuta, à fase de internamento para desintoxicação, caso se justificasse, e conseqüente acompanhamento psicoterapêutico. Mais concretamente as funções do psicólogo nas entidades de tratamento são:

- Realização de Consulta Psicológica Individual;
- Avaliação Psicológica de forma definir o perfil psicológico do utente;
- Delineação de projecto terapêutico individual (sempre discutido em equipa).
- Monitorização/ participação de sessões de terapia de grupo e familiar;
- Participação nas reuniões clínicas diárias;
- Participação na reunião semanal do serviço.

Em Março de 2008 fui convidado a iniciar funções como Presidente da CDT de Lisboa, agora com objectivo não só de dar vida a uma estrutura que esteve sem *quorum* cerca de três anos, recuperando todos os processos passíveis de serem recuperados, como a dar resposta em tempo real a todos os novos processos que chegavam diariamente à CDT. Foi um desafio que considerei importante, pois conhecia bem a estrutura organizativa, os técnicos e todos os melhoramentos que poderiam ser implementados.

Todo este percurso ajudou-me a ter uma visão mais eclética e integrada do processo que vai desde a prevenção até à reinserção social, passando pela dissuasão e encaminhamento de toxicodependentes para estruturas de saúde e forneceu-me experiência prática em várias áreas distintas da problemática da Toxicodependência.

CASUÍSTICA DA CDT DE LISBOA

De forma a poder demonstrar mais objectivamente o trabalho efectuado pela CDT de Lisboa, apresentarei de seguida a casuística dos indiciados referenciados, no período de um ano de actividade: de Março de 2008 a Março de 2009, após o início da minha actividade a presidir a CDT.

Durante este período foram indiciados 1991 indivíduos que iniciaram processos de contra-ordenação na CDT de Lisboa, com uma distribuição variável ao longo dos meses, com uma média mensal de 154 processos.

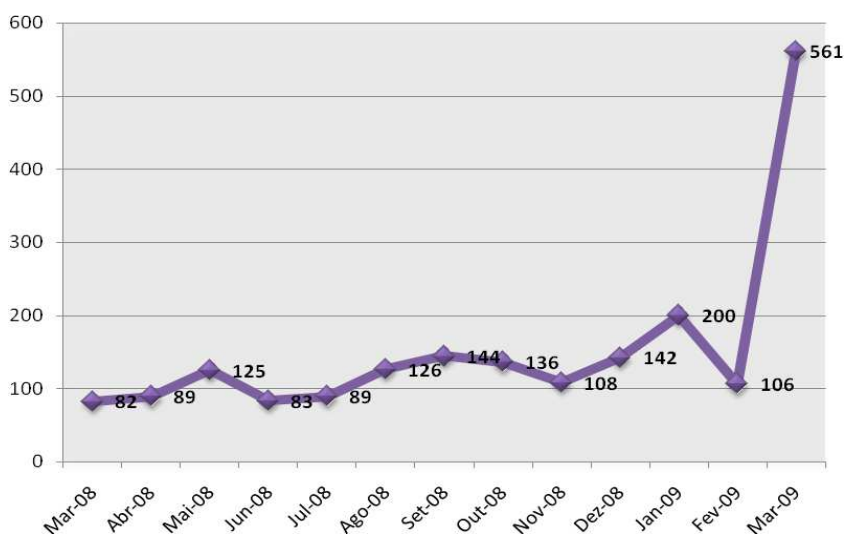


Fig 1 - Distribuição mensal dos processos

Esta variação mensal está na dependência directa da actuação das forças policiais, uma vez que são estas que iniciam todo o processo, abordando os indivíduos e indiciando-os para comparecerem na CDT. De realçar o número elevado de processos no mês de Março de 2009 que se fica a dever exclusivamente à abertura de processos remetidos pelo Tribunal e que só nesta altura puderam ser analisados.

Do total de indivíduos indiciados 89% eram do sexo masculino, com uma idade média de 28 anos (mínimo de 16 anos e máximo de 58 anos).

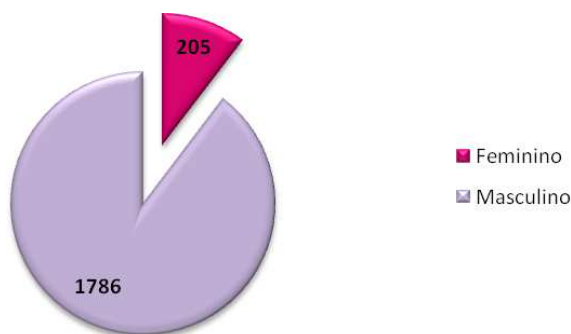


Fig 2 - Distribuição dos indiciados por sexo

A grande maioria dos indivíduos eram de nacionalidade Portuguesa (88%), imediatamente seguidos por emigrantes vindos de países cuja língua materna é o Português (Brasileiros - 1,7% -, Cabo Verdianos – 1,6% -, e Angolanos – 1,5%), reflectindo também as nossas maiores comunidades de estrangeiros. Cerca de 0,9% dos indiciados eram oriundos Europa de Leste.

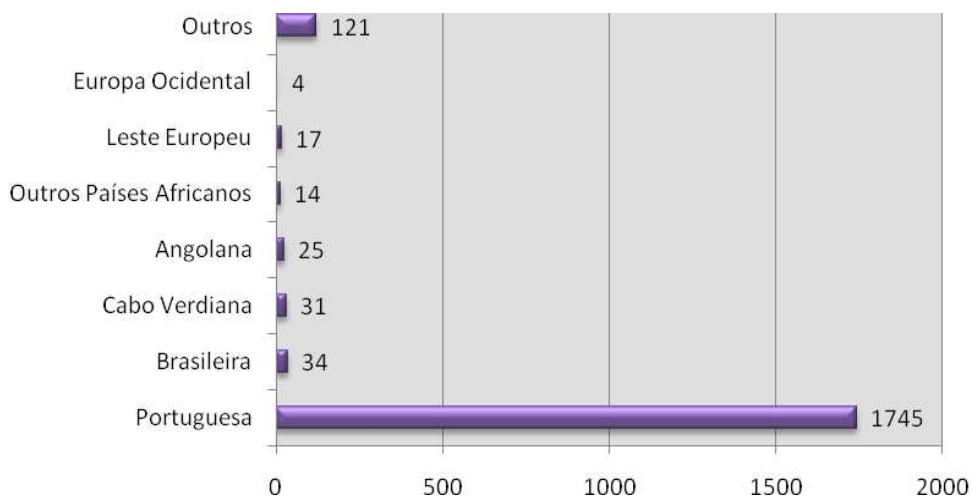


Fig 3 - Distribuição dos indiciados por nacionalidade

A população analisada é, na sua totalidade, residente na área da grande Lisboa. Cerca de 87% eram indivíduos solteiros, o que vai de encontro com a idade média da amostra, sendo que apenas cerca de 8% eram casados.

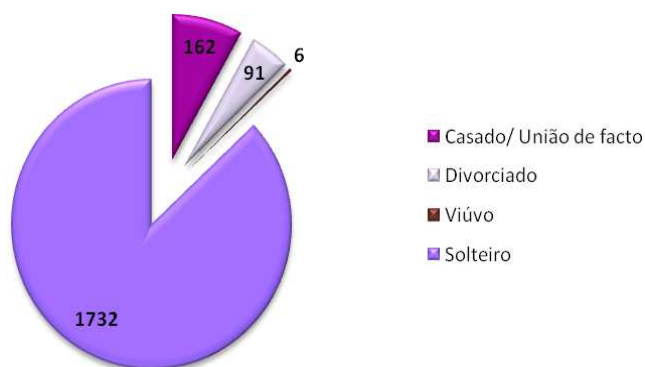


Fig 4 - Distribuição dos indiciados por estado civil

Em relação à sua situação profissional, apesar da maioria estar empregado (45%), verificou-se uma elevada percentagem de indivíduos sem emprego (27%), sendo também expressivo o peso dos estudantes (20%). Cerca de 5% dos indiciados, são indivíduos reclusos que consumiram ou tinham em sua posse substâncias ilícitas e que, na sequência desta infracção foram encaminhados para a CDT de Lisboa, para abertura de processo contra-ordenacional. São submetidos a entrevista psicológica e audição que tanto podem decorrer na CDT como no próprio estabelecimento prisional.

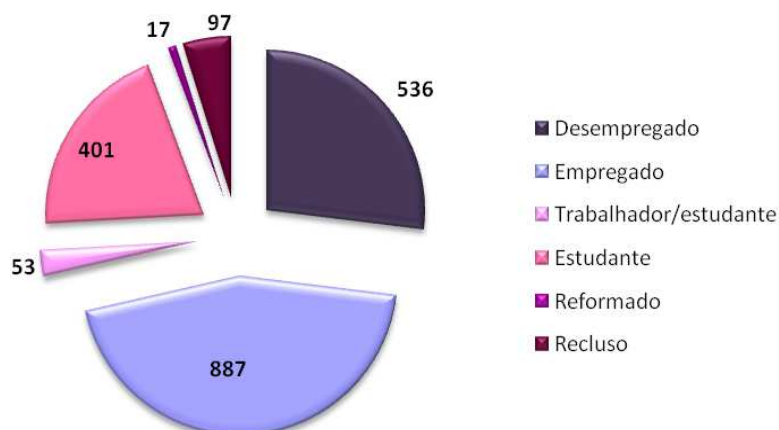


Fig 5 - Distribuição dos indiciados por situação profissional

Nos estudos mais recentes das populações escolares (Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências - Relatório Anual 2007), o aumento do consumo de *cannabis* que se vinha a verificar desde os anos 90, parece ter estabilizado e mesmo diminuído a partir de 2006. Nos últimos anos tem, inclusivamente, havido uma modificação nos padrões de consumo com um decréscimo das drogas endovenosas, nomeadamente da heroína, e um aumento do consumo de cocaína sob a forma inalada e de novas substâncias sintéticas como o ecstasy. Esta alteração dos hábitos toxifílicos leva também uma alteração do “toxicodependente tipo”, ficando o consumo endovenoso - mais ligado à degradação social, a padrões de transmissões de doenças como VIH e Hepatites e inclusivamente à morte - reservado geralmente para indivíduos com uma faixa etária mais avançada. Da amostra analisada há uma preponderância significativa de consumo de Canabinóides que contribuem com 68% do total, seguida da Cocaína (10%) e da Heroína (8%). Cerca de 14% correspondem a consumo de uma panóplia de drogas que incluem drogas sintéticas como o ecstasy e o LSD ou medicamentos como benzodiazepinas ou barbitúricos. No contexto dos processos de contra-ordenação que envolvem essencialmente consumidores não toxicodependentes, não é de estranhar que a *cannabis* mantenha um papel predominante, tendo em consideração os resultados dos estudos epidemiológicos nacionais. Por outro lado, os resultados da amostra analisada vão de encontro à tendência verificada nos últimos 7 anos de maior visibilidade da cocaína, sendo o número de apreensões superiores às dos opióides, nomeadamente da heroína.

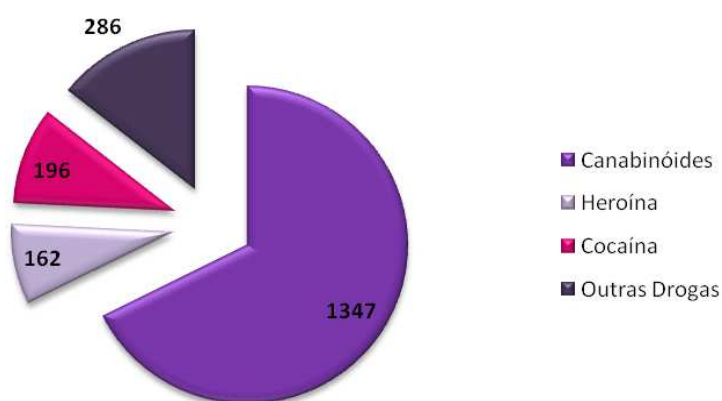


Fig 6 - Distribuição dos indiciados por consumo de substância ilícita

Os indiciados que são encaminhados para a CDT são submetidos a um processo de avaliação psicológica em que são aplicados alguns dos critérios definidores de Toxicodependência pela DSM, permitindo classificá-los como sendo ou não toxicodependentes. Tornar-se pertinente realçar que a presença de técnicos de diversas áreas de intervenção, vem promover uma intervenção multidisciplinar. Esta análise inicial permite distinguir os indivíduos que poderão beneficiar de um processo terapêutico mais completo, desde um acompanhamento psiquiátrico ou psicológico semanal até ao encaminhamento para unidades de internamento e reabilitação. Da amostra analisada, cerca de 13% são indivíduos toxicodependentes, com necessidade de uma intervenção de apoio psico-social mais abrangente.

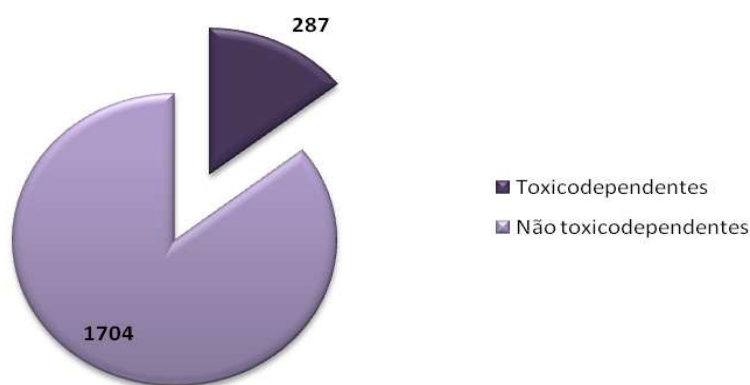


Fig 7 - Distribuição dos indiciados segundo a sua toxicodependência

Após a avaliação psico-social inicial do indiciado, forma-se um parecer individual que é transmitido aos membros da CDT e lhes permitir fazer uma audição no sentido de tomar uma decisão mais acertiva, classificando o indiciado como consumidor ou toxicodependente. Para todos os indivíduos é efectuado um diagnóstico de cada caso, tendo sempre em conta a existência de possíveis encaminhamento para entidades de prevenção, tratamento ou de intervenção social.

Na maioria os casos de consumidores não toxicodependentes, e por força da própria imposição legal, sendo a primeira vez que são apresentados à comissão, beneficiam de uma suspensão processual. Nestas situações o processo mantém-se em aberto na CDT durante determinado tempo – relacionado com a perigosidade e a quantidade da substância, a natureza do consumo público vs privado, entre outros - e se não houver reincidência dentro do prazo de suspensão, o processo é encerrado e

arquivado; se houver reincidência, o processo anterior é re-aberto e o indiciado é sancionado no âmbito dos dois processos.

As sanções a aplicar podem ser ou não pecuniárias e são determinadas em função da necessidade de prevenir o consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas. Em relação à população toxicodependente quando aplicadas as sanções serão sempre não pecuniárias. Ainda relativamente às sanções, em alternativa à coima, a CDT pode impôr uma sanção de admoestação, de proibição de exercer profissão ou actividade ou interdição da frequência de certos locais.

De uma forma geral, é efectuada uma sensibilização aos indiciados para os riscos inerentes ao consumo de substâncias psico-activas, independentemente da sua ilicitude.

As Tabelas seguintes são referentes ao encaminhamento dos indiciados. Apenas cerca de 7% de todos os indiciados não toxicodependentes são encaminhados para diversos tipos de estruturas de apoio, de acordo com as suas necessidades (Tabela 1).

Tabela 1 - SUSPENSÃO PROVISÓRIA DE PROCESSO DE INDICIADOS NÃO TOXICODEPENDENTES

| Tipo de resposta | Instituições | Nº de Indiciados |
|------------------------------|---|-------------------------|
| Apoio psicológico | Casa Pia Lisboa - Grupo Apoio, ET, CRAS, Unidade de Saúde Familiar, Aparece, Chat, CEFA, Clínica privada, APAV, Hospital Júlio de Matos | 62 |
| Apoio social | | 2 |
| Apoio escolar / profissional | Centro Novas Oportunidades (CNO), IEFP, ACIME (Alto Comissariado para a Integração das Minorias Étnica), S.C. Misericórdia de Lisboa, UNIVA | 25 |
| Apoio médico / sanitário | Centros de Saúde e Hospital de Sta Maria | 21 |
| Outros apoios | CDT | 14 |
| Total | | 124 |

Dos 287 indiciados considerados Toxicodependentes, cerca de 24% foram encaminhados pela primeira vez para tratamento, 18% foram reencaminhados para tratamento e os restantes mantiveram-se no processo terapêutico já iniciado (tabela 2).

Entende-se por:

Encaminhamento, todas as situações em que o indiciado, nunca tendo estabelecido qualquer contacto com serviços, é agora encaminhado pela primeira vez para uma estrutura de tratamento;

Reencaminhamento, situações em que o indiciado já realizou no passado, próximo ou longínquo, tratamento em serviços de saúde, mas no momento em que lhe é instaurado processo não está em tratamento;

Continuação de tratamento, situações em que o indiciado quando chega à CDT já está integrado numa estrutura de saúde em tratamento.

Tabela 2 - SUSPENSÃO PROVISÓRIA DE PROCESSO DE INDICIADOS TOXICODEPENDENTES PARA TRATAMENTO VOLUNTÁRIO

| Tipo de encaminhamento | Nº de indiciados | | | |
|---------------------------|-------------------------------|--------------|--------------------------------|------------|
| | Equipa de Tratamento (ex-CAT) | Centro Saúde | Outras respostas (especifique) | Total |
| Encaminhamento | 65 | | 3* | 68 |
| Reencaminhamento | 39 | | 12** | 51 |
| Continuação de tratamento | 137 | | 31*** | 168 |
| Total | | | | 287 |

*H St Maria Psiquiatria (Duplo Diagnóstico)

** Clinica Privada, consulta psiquiatria e UTITA

*** GAT Oriental e Ocidental, Hospital Fernando Fonseca, Hospital Santa Maria, Hospital Miguel Bombarda, Hospital Júlia de Matos, Comunidade terapêutica e consulta de psiquiatria

Dos 1991 indivíduos envolvidos nos processos abertos relativos às ocorrências do período considerado, 118 (cerca de 6%) reincidiram. Estes indivíduos são, na sua maioria, jovens adultos que fazem os seus consumos na via pública e em locais habituais, mais facilmente identificados pelas forças policiais.

A reincidência pode ou não ser sancionada pecuniariamente, de acordo com o perfil individual de cada indiciado e com a orientação fornecida pela equipa técnica, que sustentará a sanção com carácter mais pedagógico a aplicar.

CONCLUSÃO

O consumo de substâncias psicoactivas é um fenómeno que acompanha a humanidade desde sempre, sendo uma problemática complexa e transversal que não escolhe idades, raças, nem extractos sociais.

Através da Lei 30/2000 que funciona como elo de ligação entre os modelos criminalizador e proibicionista e o modelo terapêutico, estamos agora perante uma experimentação inovadora que parece estar a dar sinais contrários aos até então resultados negativos de todas as experiências exclusivamente repressivas já tentadas. A comprovar estes sinais temos o facto de em 2007 se consolidarem tendências importantes, como a redução dos consumos entre as populações mais jovens, a redução de consumos problemáticos, designadamente do consumo endovenoso, e a estabilidade (mesmo já regressão) da incidência das doenças infecciosas entre as populações toxicodependentes.

Contudo, estes novos sinais e tendências positivas não se podem atribuir única e exclusivamente à descriminalização do consumo de drogas operado pela Lei 30/2000 - como nos apresentou recentemente Glenn Greenwald através do CATO Institute, pela importante publicação *Drug Decriminalization in Portugal – Lessons for creating fair and successful drug policies* – mas resultam sim de todo um trabalho integrado e focalizado na população em geral e no consumidor em particular. Esta prevenção selectiva permite chegar com mais qualidade e precisão ao indivíduo ou ao grupo vulnerável. Neste contexto, são de mencionar os reajustamentos nas estruturas especializadas de tratamento da toxicodependência, a elaboração de um diagnóstico de âmbito nacional no quadro do Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI) com vista à identificação de territórios com necessidades de intervenção prioritária ou o lançamento do Programa de Intervenção Focalizada (PIF) concebido no sentido de aumentar o número de intervenções preventivas baseadas em evidência científica e de carácter selectivo, dirigidas a grupos vulneráveis.

Apesar de todas estas mudanças evolutivas, de aparentemente a actual linha de actuação parecer ser a correcta e de as entidades de tratamento estarem a sofrer importantes modificações, existem vários tipos de consumidores que não se identificam com as actuais estruturas terapêuticas. As próprias comissões não têm

conseguido dar uma resposta eficaz a alguns grupos de jovens adolescentes, entre os 16 e os 20 anos, que fazem poli consumos de substâncias sintéticas de uma forma diária (tipo *craving*) e que passam a ser indivíduos em “Terra de Ninguém”, não existindo, neste momento, uma estrutura de tratamento sólida para os acompanhar. É, portanto, uma área ainda em aberto que constitui uma insuficiência do actual sistema e que necessita de ser explorada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brito, M. & Esteves, M. (2001). Consumos que nos consomem. Porto: Âmbar.
- Carrilho, L. (1999). Meia Laranja o que os jovens pensam. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Decreto Lei nº 130-A/2001 de 23 de Abril.
- Graham, K., Clarke, D., Bois, C., Carver, V., Dolinki, L., Smythe, C., *et al.* (1996). Addictive behaviour of older adults. *Addictive Behaviors*, 21(3), 331-348.
- Lei nº 30/2000 de 29 de Novembro.
- Miguel, N. (1997). Toxicodependências, Vol. 3, n.º 1, 25-30.
- Patrício, L. (1995). Droga de vida, vidas de droga. Venda Nova: Bertrand Editora, Lda.
- Patrício, L. (1997). Face à droga: Como (Re) Agir?.
- Poiares, C. (1999). Análise psicocriminal das drogas - O Discurso do Legislador. Porto: Almeida & Leitão, Lda.
- Poiares, C. (2001). Toxicodependências., Vol. 7, nº2, 67-75.
- Presidência do Conselho de Ministros, (2001). Estratégia nacional de luta contra a droga. Lisboa: Imprensa Nacional — Casa da moeda.
- Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências - Relatório Anual 2007

ANEXOS