



A eficácia da coerção legal nos resultados do tratamento de dependentes de substâncias

Mariana da Fontoura Prado

Dissertação apresentada à Faculdade de Direito da Universidade do Porto para obtenção do grau de Mestre em Criminologia, elaborada sob a orientação do Professor Doutor Jorge Albino Quintas de Oliveira

2020

RESUMO

A presente investigação buscou analisar a eficácia da coerção legal nos resultados de tratamento de dependentes de substâncias. Concretamente, buscou comparar resultados de tratamento, motivação e percepção da coerção, de utentes que iniciaram o tratamento de forma voluntária e utentes que foram encaminhados para tratamento pelo Sistema de Justiça. Este objetivo foi prosseguido através da aplicação de um questionário e uma entrevista semiestruturada a uma amostra de 89 e 50 indivíduos, respetivamente, que estavam em tratamento em alguma unidade do Centro de Respostas Integradas Porto – Central. Os indivíduos foram divididos em dois grupos, de acordo com a entrada em tratamento, que resultou em 52 utentes de entrada voluntária e 37 utentes encaminhados pelo Sistema Justiça. O inquérito, construído a partir de três instrumentos, tinha questões relativas aos resultados de tratamento, motivação e coerção percebida. A entrevista semiestruturada continha dimensões relativas aos efeitos do tratamento, percepção de coerção legal e de motivação. Os resultados do presente estudo indicam que a coerção legal é uma forma legítima de encaminhamento, mesmo que a amostra tenha apresentado diferenças significativas de resultados de tratamento no consumo de substâncias ilícitas após a entrada no programa. Foram confirmadas as hipóteses de que participantes voluntários apresentam maior motivação, enquanto participantes encaminhados pelo Sistema de Justiça apresentam maior percepção de coerção para iniciar tratamento, bem como que a motivação e a coerção estão negativamente relacionadas. De acordo com os dados obtidos, não pode-se confirmar a hipótese de que indivíduos que iniciam o tratamento de forma voluntária apresentam resultados mais positivos de tratamento que indivíduos legalmente coagidos. Os resultados são analisados e discutidos sendo considerada a evidência empírica produzida na temática da eficácia da coerção legal para o tratamento da dependência de substâncias. Foram também apresentadas limitações à investigação e sugeridas pistas para estudos futuros.

Palavras-Chave: Resultados de tratamento; eficácia; dependência de substâncias; motivação; coerção legal

ABSTRACT

The current investigation aimed to analyze the effectiveness of legal coercion on addiction treatment outcomes. Precisely, we sought to compare treatment outcomes, motivation and coercion perception, of voluntary and legally coerced clients. This objective was pursued through the administration of a questionnaire and a semi-structured interview to a sample of 89 and 50 individuals, respectively, who were being treated in one of the three treatment centers of Centro de Respostas Integradas Porto – Central. The individuals were divided in two groups, according to their treatment entry, which resulted in 52 voluntary participants and 37 participants referred by the Justice System. The questionnaire, formulated from three instruments, had questions regarding treatment outcomes, motivation and perceived coercion. The semi-structured interview contained dimensions related to treatment effects, perception of legal coercion and motivation. The results of the present study indicate that legal coercion is a legitimate form of referral, even though the study sample presented meaningful differences in the treatment outcome of use of illegal substances post treatment entry. The hypothesis that voluntary clients are more motivated than legally referred clients was confirmed, whilst the hypothesis that legally referred clients present greater perception of coercion to initiate treatment. A negative relation between motivation and coercion was also confirmed. Accordingly to the results, it is not possible to confirm the hypothesis that voluntary clients present better treatment outcomes than clients legally referred for treatment. The results are analyzed and discussed, considering the existing empirical evidence on effectiveness of legal coercion in addiction treatment. Limitations of the present investigation and clues for future studies were also presented.

Keywords: Treatment outcomes; effectiveness; addiction; motivation; legal coercion

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, o meu orientador, Professor Doutor Jorge Quintas, o qual inspirou-me a explorar este tema e acreditou no meu potencial para fazer este trabalho. Quando estive cá em 2014 para fazer apenas um programa de mobilidade, foram as tuas aulas que fizeram-me voltar para o Mestrado. Obrigada pela dedicação, inspiração, correções, apoio e disponibilidade.

Agradeço também aos meus pais, que de forma incansável estiveram comigo durante todas as minhas conquistas, pessoais ou académicas. Mesmo que separados por um oceano, sempre estiveram a disposição para me ajudar, criticar, estimular e fazer sorrir. Sem a motivação de vocês eu não seria essa metamorfose ambulante, com sede de conhecimento e evolução.

Ao Pedro, por todo carinho, por ler e reler páginas, por todas as chávenas de café partilhadas e por tudo que tivemos de adiar, obrigada. Não há dúvidas que eu não teria conquistado tanto sem tua ajuda, pois cada jornada que traço contigo torna-se mais leve e especial.

Obrigada a todos os amigos, os que deixei no Brasil e os que fiz aqui. Em especial a Iulla, Úrsula e João, que algumas vezes acreditam mais em mim do que eu mesma, ouviram minhas lamentações e ajudaram-me a seguir em frente. Sinto muitas saudades de vocês. As amigas Juliana e Inês, que compartilharam a jornada deste Mestrado comigo e sempre estiveram a disposição para compartilhar ideias, frustrações, conquistas e autores. Por fim, ao Franco, por ser aquele que sempre soube quando eu precisava espairecer e mudar de ares; agora que iniciais o doutoramento, trocamos os papéis e vou estar aqui sempre que precisar.

Ainda, devo agradecer a Associação Regional de Saúde do Norte e as equipas de tratamento do Centro de Respostas Integradas de Santa Maria da Feira, Cedofeita e, em especial, de Vila Nova de Gaia. Sem esta última este trabalho não teria se concretizado, portanto, agradeço especialmente as profissionais da ET de Gaia pela dedicação, pelo tempo e carinho que partilhamos, e espero reencontra-las em um futuro próximo.

Por fim, agradeço à Escola de Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade do Porto, pelo acolhimento, pela excelência de ensino e por incentivar seus alunos a produzirem conhecimento e ciência.

ÍNDICE GERAL

RESUMO	I
ABSTRACT	II
AGRADECIMENTOS	III
ÍNDICE DE TABELAS	VI
ÍNDICE DE ANEXOS	VIII
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1. BREVE INTRODUÇÃO HISTÓRICA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS	4
1.2 CONVENÇÕES INTERNACIONAIS SOBRE A REGULAÇÃO DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS ...	5
1.3 O FENÓMENO DAS DROGAS EM PORTUGAL	6
2. MODELO BIOMÉDICO E MODELO BIOPSISSOCIAL DA DEPENDÊNCIA	8
2.1 O CONCEITO DE DEPENDÊNCIA PELO MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS	10
3. RELAÇÃO ENTRE DROGA E CRIME	11
3.1 SISTEMA DE JUSTIÇA, COERÇÃO LEGAL E TRATAMENTO	15
4. MOTIVAÇÃO PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS	18
5. A EFICÁCIA DA COERÇÃO LEGAL NO TRATAMENTO DE DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS..	20
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO	25
I - METODOLOGIA.....	25
1. OBJETIVO E HIPÓTESES	25
1.2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	25
2. MÉTODO	26
2.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO	26
2.2 PROCEDIMENTOS	26
2.3 INSTRUMENTOS DE RECOLHA	27
2.3.1 <i>Variáveis sociodemográficas e de tratamento</i>	27
2.3.2 <i>Maudsley Addiction Profile (MAP)</i>	28
2.3.3 <i>Circumstances, Motivation and Readiness (CMR):</i>	30
2.3.4 <i>MacArthur Coercion Study - Short form (MAC)</i>	31
2.4 AMOSTRA	32
2.4.1 <i>Caracterização sociodemográfica</i>	32
2.4.2 <i>Informações sobre o tratamento atual</i>	34
2.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	35
2.5.1 <i>Análise estatística descritiva</i>	36
2.5.2 <i>Análise estatística inferencial</i>	36
II – RESULTADOS	37
1. RESULTADOS DO TRATAMENTO.....	38
1.1 CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS	38
1.2 COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE	39
1.3 SAÚDE FÍSICA E PSICOLÓGICA	40
1.4 FUNCIONAMENTO SOCIAL.....	41
1.5 ATIVIDADE CRIMINAL	43
3. MOTIVAÇÃO PARA TRATAMENTO.....	43
4. COERÇÃO PERCEBIDA	44

5. MEDIDAS DE ASSOCIAÇÃO	45
5.1 TESTES DE CORRELAÇÃO.....	45
5.2 REGRESSÃO LINEAR E LOGÍSTICA	47
CAPÍTULO III – ESTUDO QUALITATIVO.....	50
I – METODOLOGIA	50
1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	50
1.2 AMOSTRA	50
1.3 PROCEDIMENTO DA ENTREVISTA	51
<i>1.3.1 Dimensões abordadas na entrevista</i>	<i>51</i>
1.4 ANÁLISE DE DADOS	51
II – RESULTADOS DA ENTREVISTA	52
1. MOTIVAÇÃO	52
1.1 MOTIVOS PARA REALIZAR O TRATAMENTO	53
1.2 NECESSIDADE DO TRATAMENTO PARA REDUÇÃO OU CESSAÇÃO DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS.....	54
2. COERÇÃO LEGAL E PRESSÃO PARA TRATAMENTO.....	57
2.1 PRESSÃO E AUTONOMIA	57
2.2 COERÇÃO LEGAL	59
<i>2.2.1 Percepção dos voluntários.....</i>	<i>59</i>
<i>2.2.2 Percepção dos encaminhados pelo Sistema de Justiça</i>	<i>61</i>
<i>2.2.3 Coerção legal e intenção de permanência em tratamento</i>	<i>62</i>
3. EFEITOS DO TRATAMENTO	63
3.1 EFEITOS DO TRATAMENTO EM PROBLEMAS EM GERAL.....	63
3.2 EFEITOS DO TRATAMENTO NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS	64
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO	67
BIBLIOGRAFIA	74
ANEXOS	83

Índice de Tabelas

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra	33
Tabela 2: Caracterização da amostra quanto as informações do tratamento atual – Teste de Mann-Whitney.....	34
Tabela 3: Caracterização da amostra quanto as informações do tratamento atual – Teste do Qui-Quadrado.....	35
Tabela 4: Frequência e prevalência do consumo de substâncias após início do tratamento de voluntários e encaminhados pelo Sistema de Justiça	39
Tabela 5: Frequência e prevalência de comportamentos de risco à saúde de voluntários e encaminhados pelo Sistema de Justiça.....	40
Tabela 6: Comparação das médias de saúde física e psicológica de voluntários e Encaminhados pelo Sistema de Justiça – Teste de Mann Whitney.....	41
Tabela 7: Frequência e prevalência do trabalho remunerado e moradia nos últimos 30 dias de voluntários e encaminhados pelo Sistema de Justiça	42
Tabela 8: Comparação de conflitos entre voluntários e encaminhados pelo Sistema de Justiça – Teste de Mann-Whitney	42
Tabela 9: Frequência e prevalência de atividade criminal de voluntários e encaminhados pelo Sistema de Justiça.....	43
Tabela 10: Comparação dos resultados do CMR entre voluntários e encaminhados pelo Sistema de Justiça – Teste Mann-Whitney.....	44
Tabela 11: Comparação dos resultados do MacArthur entre voluntários e encaminhados pelo Sistema de Justiça – Teste Mann-Whitney.....	45
Tabela 12: Correlações entre os resultados de tratamento, motivação e coerção	46
Tabela 13: Correlação entre escalas de motivação e coerção	47
Tabela 14: Regressão logística - variáveis preditoras do consumo de substâncias em geral..	48
Tabela 15: Regressão logística - variáveis preditoras do consumo de substâncias ilícitas	48
Tabela 16: Regressão logística - variáveis preditoras do consumo de álcool	48
Tabela 17: Regressão logística - variáveis preditoras de relações sexuais sem uso de preservativo	49
Tabela 18: Regressão linear - variáveis preditoras de saúde física.....	49
Tabela 19: Regressão linear – variáveis preditoras de saúde psicológica.....	49

Tabela 20: Frequência das respostas entre grupos sobre motivos pelos quais os participantes estão a realizar tratamento	54
Tabela 21: Frequência das respostas entre grupos sobre a necessidade do tratamento para reduzir/cessar o consumo de substâncias	56
Tabela 22: Frequência das respostas entre grupos sobre a percepção da pressão para iniciar o tratamento	59
Tabela 23: Percepção da legitimidade da coerção legal pelo grupo voluntário	61
Tabela 24: Percepção da legitimidade da coerção legal pelo grupo ESJ	62
Tabela 25: Intenção de permanência em tratamento independente de ordem judicial.....	63
Tabela 26: Frequência das respostas entre grupos sobre os efeitos do tratamento em problemas em geral	64
Tabela 27: Frequência das respostas entre grupos sobre os efeitos do tratamento em relações interpessoais	66

Índice de anexos

Anexo I: Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte.....	84
Anexo II: Consentimento informado.....	86
Anexo III: Questionário utilizado para a recolha de dados.....	87
Anexo IV: Cartão Maudsley Addiction Profile.....	98
Anexo V: Resultados do teste de normalidade (KS) para as variáveis do estudo.....	99
Anexo VI: Guião da entrevista semiestruturada.....	100

INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias tornou-se um fenómeno social o qual tem sido relacionado ao comportamento criminal. Por este motivo, emergiram medidas para a redução de ambos os comportamentos, com a esperança de tornar os indivíduos mais saudáveis, produtivos e afastados da vida criminal. Dessa forma, desenvolveram-se técnicas, utilizadas para diversos tipos de tratamento de dependentes de substâncias, especialmente aqueles que cometem crimes. (Gottfredson, Najaka & Kearley, 2003)

A prática de crimes, designadamente contra a propriedade, por dependentes de substâncias, é frequentemente descrita na literatura (e.g. Brecht, Anglin et al. 1993; Kopak et al, 2015; Bennet, Holloway & Farrington, 2005; 2008), sendo comum que os dependentes de substâncias reportem frequentes prisões ou algum contato com agentes da lei durante o período de uso de substâncias. O Sistema de Justiça Criminal entende como real esta associação e busca reduzir a criminalidade envolvida neste binómio, pelo encaminhamento coercivo de dependentes de substâncias infratores para tratamento.

Ademais das questões éticas associadas ao encaminhamento para tratamento por parte do Sistema de Justiça, a questão da eficácia diferencial dos tratamentos coercivos é muito relevante socialmente e extremamente atual do ponto de vista científico. O estudo de Parhar, et al. (2008) consistiu em uma meta análise para comparar a eficácia de redução de crimes entre os tratamentos compulsórios, coercivos e voluntários. Os autores realizaram uma análise de pesquisas relevantes de tratamentos com participantes voluntários e involuntários. Os resultados desse estudo, concluíram que o tratamento compulsório é ineficaz, principalmente quando realizado em cenário prisional, enquanto a análise acerca do tratamento voluntário produziu efeitos significativos independente do cenário do tratamento.

Contudo, outros estudos realizados (Rosenberg & Liptik, 1976; Brecht, Anglin & Wang, 1993; Iniciardi, McBride & Rivers, 1996) demonstraram que a coerção legal para tratamento é tão eficaz quanto a entrada voluntária dos indivíduos e que, inclusive, dependentes de substâncias que adentraram o tratamento através da coerção legal, tendem a permanecer no programa tanto tempo quanto indivíduos que entraram voluntariamente. Os resultados destes estudos, portanto, apontam que a coerção pode significar mais uma dimensão da motivação para tratamento que um cerceamento de direitos dos indivíduos, o que deixa em aberto o

debate do efeito da coerção nos resultados do tratamento, de acordo com as diversas variáveis que esta temática comporta.

A estrutura do trabalho divide-se em três capítulos principais, dos quais derivam subcapítulos. O primeiro título descreve o enquadramento teórico do objeto de estudo. No primeiro subcapítulo é apresentada a uma introdução histórica do consumo de substâncias, nomeadamente, sua mutação para um fenómeno social que deveria ser regulado e controlado por políticas internacionais. No segundo subcapítulo, são expostos modelos que descrevem a dependência de substâncias e demonstrada a definição de dependência de acordo com a quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5). Em seguida, explora-se a relação entre droga e crime, dada a sua importância para a aplicação do encaminhamento para tratamento pelo Sistema de Justiça. No quarto subcapítulo define-se a motivação para tratamento e o seu papel preditor de bons resultados de tratamento, bem como sua interação com a coerção legal. Por fim, são descritos resultados de estudos empíricos sobre resultados de tratamento de indivíduos voluntários e encaminhados pelo Sistema de Justiça e de reincidência criminal após o tratamento para dependência.

O segundo capítulo apresenta a metodologia e resultados do estudo. Inicia-se com a apresentação do objetivo e hipóteses que se pretendem testar e a caracterização quantitativa do estudo. Após, em seus subcapítulos, é demonstrada a população do estudo, os procedimentos e instrumentos utilizados para a recolha de dados e a caracterização da amostra, bem como são explicados os conjuntos de procedimentos realizados para o tratamento de dados do presente estudo. Em um segundo momento, são descritos os principais resultados alcançados. Primeiro são descritos os dados referentes a análise descritiva dos resultados de tratamento, nomeadamente o consumo de substâncias após o início do tratamento, os comportamentos de risco à saúde praticados pelos participantes, a sua saúde física e psicológica e, por fim, o seu funcionamento social. No terceiro subcapítulo são descritos os resultados referentes a motivação para iniciar o tratamento e o quarto subcapítulo trata sobre os resultados referentes a coerção para iniciar o tratamento. Em seguida, são demonstrados os resultados referentes as medidas de associação realizadas entre a motivação, a coerção e os resultados do tratamento. Por fim, são apresentados os resultados de regressão logística e linear, realizadas para aferir se o tipo de entrada em tratamento, a motivação e a coerção podem explicar algumas variáveis de resultado de tratamento.

O terceiro capítulo demonstra um estudo qualitativo complementar ao questionário, realizado para explorar de forma mais aprofundada a eficácia da coerção legal de uma

perspectiva mais subjetiva dos utentes em tratamento. Primeiramente são apresentadas as questões de investigação elaboradas, a amostra deste complemento, o procedimento da entrevista aplicada e suas dimensões e a análise de dados utilizada para os dados obtidos da entrevista. O segundo subtítulo apresenta os resultados desta entrevista, sobre a motivação para tratamento, a percepção de pressão e/ou coerção legal dos indivíduos e os efeitos do tratamento a nível individual e de relações interpessoais.

Por fim, a presente investigação encerra-se no quarto capítulo, com uma discussão e conclusão dos resultados apresentados e apontadas as limitações do estudo, buscando fornecer pistas que poderão orientar investigações futuras neste tema.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo busca enquadrar as questões conceituais envolvidas na construção deste estudo. Uma vez que o objetivo desta investigação é analisar a eficácia da coerção legal nos resultados do tratamento de substâncias, deve-se explorar os factores envolvidos neste tema. Este capítulo divide-se em cinco títulos principais, a introdução histórica do consumo de substâncias e sua regulação legal por políticas internacionais, os modelos que buscam definir a dependência de substâncias, a relação entre droga e crime, a motivação para tratamento e a descrição de estudos empíricos sobre a eficácia da coerção legal para tratamento de dependentes de substâncias.

1. Breve introdução histórica do consumo de substâncias

O consumo de drogas é uma prática secular, a qual fez e faz parte de diversas sociedades, seja de forma recreativa, cultural, espiritual ou de aplicações terapêuticas. Para além de seus efeitos terapêuticos, a droga também era utilizada como vetor de comunicação com divindades e deuses em diversas religiões e como otimizadora de energia dos escravos e soldados, como a folha de coca no Peru e o haxixe na Pérsia (Poiares, 1999). Até o final do século XIX, o consumo de substâncias para fins não terapêuticos não era ilegal ou socialmente condenável, pelo contrário, até então o ópio era consumido em diversos países pelo seu poder de mitigação do sofrimento. (Ribeiro, 1995)

Ademais, desde antiguidade usa-se o termo grego *phármakon*, para designar, simultaneamente, remédio e veneno. O que distingue este binómio entre o que é considerado medicamento e o que é considerado veneno, não é a composição química da substância, mas sim o consumo. A considerar que toda a droga apresenta algum nível de toxicidade, não se pode mensurar o dano ou benefício causado apenas pelo tipo de substância elegida, sendo o critério utilizado, entre terapêutico e fatal, a dose administrada pelo consumidor (Escohotado, 1998). Ao transpor este conceito para a atualidade, pode-se concordar que os efeitos negativos de uma substância não encontram-se apenas na composição química em si, mas sim em factores biopsicossociais presentes na vida daquele que consome a substância, como o contexto social em que o consumo ocorre ou as condições em que o consumidor se encontra. (Baratta, 1990)

Entre os anos de 1700 até o final de 1800, na Europa, o consumo de drogas atingiu um estatuto elitista, ao tornar-se um hábito disseminado entre aristocratas e intelectuais da época. Nas palavras de Cândido da Agra (2008) “*O consumo inscreve-se na lógica de um saber privado dos prazeres*”. Foi, inclusive, criado “O Clube do Haxixe” em Paris, do qual diversos escritores fizeram parte, como Alexandre Dumas, Roger de Beauvoir e Teophile Gautier. O consumo de drogas não era, até então, preocupação de saúde ou de segurança pública. A morfina era amplamente administrada aos soldados enfermos na Guerra da Secessão e a cocaína integrava a fórmula da *Coca-Cola*, de alguns vinhos e até mesmo de pastilhas para tosse. (Poiares, 1999)

Entretanto, diversos factores de ordem sócio política, como as Guerras do Ópio, a Guerra da Secessão, a administração de heroína por via intravenosa, entre outros, tornaram a prática de consumo de drogas em um problema social. Gradualmente, uma prática de elites e grandes escritores, torna-se alvo de políticas proibicionistas, sendo pauta de diversas convenções e conferências internacionais. (Ribeiro, 1995)

1.2 Convenções internacionais sobre a regulação do consumo de substâncias

As discussões internacionais acerca do combate às drogas iniciaram-se na Conferência de Xangai em 1909, com uma tentativa de limitação do comércio internacional das drogas. A principal intenção desta reunião era de regular o uso de drogas apenas para fins científicos e médicos. Esta conferência foi marcada também, por uma nova aproximação política entre os Estados Unidos e a China, duas potências com o interesse comum de que a comercialização do ópio fosse proibida. Na sequência, em 1912, foi aprovada a Primeira Convenção Internacional do Ópio, na qual foi decidida a limitação da produção de ópio, morfina e cocaína, bem como a necessidade de cooperação internacional sob o controle de narcóticos, apenas permitindo seu uso terapêutico e restringindo seu consumo recreativo. (Lippi, 2014)

Em 1925 ocorreu, sob a alçada da Liga das Nações Unidas, a Segunda Convenção Internacional do Ópio, a qual marcou o início do controle penal das drogas. Determinou-se que os Estados participantes deveriam relatar estatísticas anuais sobre a produção, consumo e fabricação de drogas. Nos anos entre as duas convenções, o consumo de substâncias passa a ser tratado como uma epidemia, uma vez que o este deixa de ser um comportamento exclusivo da elite e tornou-se um hábito entre populações marginalizadas, como prostitutas e trabalhadores da classe urbana. (Lippi, 2014)

No ano de 1961, em uma tentativa de unificar os tratados anteriores e para reduzir o número de órgãos internacionais criados sobre o controlo de drogas, foi realizada a Convenção Única sobre Estupefacientes, sediada em Nova Iorque. Esta Convenção, além de consubstanciar os tratados já existentes, limita a produção de matéria prima e simplifica o controlo de drogas existentes, com aplicação de carácter penal aos comportamentos que infringissem as diretrizes estabelecidas. Ainda sob a égide de proteger a saúde física e moral da humanidade, através da limitação do uso de substâncias, ocorreram a Convenção de 1971 sobre Substâncias Psicotrópicas e a Convenção das Nações Unidas contra o tráfico ilícito de estupefacientes e substâncias psicotrópicas de 1988¹ (Bewley-Taylor & Jelsma, 2011; Lourenço-Martins, 1998). Apesar da introdução de obrigações penais e utilização de mecanismos repressivos das convenções para com a produção de drogas e o tráfico de substâncias, a criminalização do consumo e/ou posse para consumo ficou ao encargo legislativo de cada país, o que permitiu uma flexibilidade nacional em como lidar, de forma policial e jurídica, com os consumidores de substâncias. (Quintas & Antunes, 2015)

1.3 O fenómeno das drogas em Portugal

Em Portugal, até o início de 1970, as drogas eram consumidas apenas por um número restrito de jovens. Apesar deste cenário, aparentemente benigno, em setembro daquele ano foi publicado o Decreto-Lei 420/70, o qual determinava pela primeira vez, a separação entre os crimes de consumo e tráfico, os quais poderiam ser penalizados em até 2 e 8 anos, respetivamente. Esta lei foi aprovada sob a influência proibicionista causada pela Convenção Única de 1961, em uma tentativa de controlar o fenómeno do consumo de drogas no país, antes mesmo de este ser socialmente evidente (Quintas & Arana, 2017). No mesmo ano, iniciou-se a campanha “Droga – Loucura – Morte”, uma manipulação política para amedrontar a população sobre os efeitos de um fenómeno ainda imperceptível pela sociedade portuguesa. Além de ser associada à loucura e a morte, a droga torna-se o bode expiatório utilizado para explicar tumultos da ordem coletiva, causados, em verdade, por mudanças sociais e políticas. (Quintas, 1997)

O real impacto social da droga em Portugal emergiu entre as décadas de 70 e 80, com o fim da guerra colonial na África e a queda do regime de Salazar. Neste momento, o país abriu suas fronteiras para o retorno de seus cidadãos, para o mundo e consequentemente para o

¹O foco, na Convenção de 1988, foi regular penalmente o tráfico de estupefacientes, precursores e substâncias químicas essenciais e atividades de ganho derivadas do tráfico, como valores provenientes do tráfico e o

tráfico de drogas, como a heroína vinda do Paquistão e da Índia. (Domoslawski & Capaz, 2011)

Conseqüentemente, ao final dos anos 90, a sociedade portuguesa passa a demonstrar preocupações sobre os consumidores de drogas, principalmente pelo consumo ter se tornado mais visível em cidades grandes portuguesas. Apesar das tentativas governamentais de implementar centros de tratamento, e do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) recomendar programas de troca de seringas para garantir a redução de danos dos consumidores, o sistema jurídico e policial demonstrava resistência a aplicação destas alternativas. (Domoslawski & Capaz, 2011)

Em janeiro de 1993, foi impetrada a lei 15/93 a qual distinguia crimes de tráfico e consumo, sendo o tráfico de estupefacientes, descrito no artigo 21º do diploma legal, punições mais severas² e o consumo, descrito no artigo 40º de punições praticamente simbólicas³. A aplicação desta lei foi vista como ineficaz em matéria de consumo e posse de drogas para uso pessoal, especialmente com o crescimento da política de redução de danos. (Ballotta et al., 2002)

No ano de 1998, o governo português, ao contrário do que se podia esperar de um país considerado conservador e autoritário, nomeou um comité multidisciplinar para avaliar a problemática das drogas em Portugal e redigir diretrizes adequadas para este fenómeno. A partir das sugestões do comité, foi criada uma estratégia nacional, sob o argumento de que punir legalmente consumidores era desproporcional e desencorajava a busca voluntária por tratamento. Este documento recomendava a descriminalização da posse de drogas para consumo e um novo foco de ações de prevenção e educação, redução de danos e melhoria dos programas de tratamento. (Quintas, 2011; Domoslawski & Capaz, 2011)

Em julho de 2001, acatando as recomendações supracitadas, foi instaurada a lei 30/2000 para a descriminalização do consumo e posse para todas as substâncias ilícitas. A descriminalização destas substâncias não as torna legais, apenas retira o estatuto de crime o seu consumo e a posse para consumo⁴. A sanção a ser aplicada pode ser administrativa ou civil, mas não compete mais ao Sistema de Justiça Criminal julgar estes indivíduos (Hughes & Stevens, 2010). Para tal, foram criadas pelo Decreto Lei 130-A/2001 de 13 de Abril, as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT). Tais comissões avaliam a

²Penas variam entre um e quinze anos de acordo os incisos 1 a 4 do artigo 21º da Lei, podendo ser aumentadas em um quarto nos seus limites mínimo e máximo de acordo com as alíneas do artigo 24º.

³Pena máxima de um ano podendo ser substituída por multa, de acordo com os incisos 1 a 4 do artigo 40º.

⁴A quantidade da substância em posse do indivíduo não pode ser superior do que a disposta para o consumo individual pelo período de dez dias.

situação dos indivíduos que tenham sido detetados a cometer a transgressão de uso de substâncias ou posse para consumo. Após a avaliação, promovem o aconselhamento do indivíduo e a recomendação para tratamento, buscando incentivar uma alternativa àqueles indivíduos que utilizam substâncias não prescritas, para proteger sua saúde e bem estar. (Quintas, 2014)

Não obstante a criação da lei 30/2000 para a regulação do consumidor de substâncias, quando há ocorrência de outros delitos, o consumidor ofensor será enquadrado de acordo com o Código Penal ou de acordo com a lei 15/93. Esta última associa o tráfico de drogas com criminalidade violenta ou organizada, reconhecendo a necessidade de punições mais severas. Dispõe também de uma série de medidas não prisionais, para crimes que são reconhecidos como consequências do consumo de substâncias. Ainda, apesar de a lei 30/2000 ter revogado as disposições da lei 15/93 sobre o consumo, esta ainda tem poder de punição sobre o cultivo de substâncias. (Ballotta et al., 2002)

Portanto, o foco do governo português, atualmente, impera na dissuasão e tratamento do consumo de substâncias. A aplicação de sanções administrativas para consumidores, bem como a tentativa de instruir o indivíduo a realizar tratamento, foram as vias escolhidas para lidar com este fenómeno.

2. Modelo biomédico e modelo biopsicossocial da dependência

O termo dependência tornou-se um constructo multidisciplinar, a considerar a evolução da pesquisa contemporânea entre múltiplos profissionais e pesquisadores de diversas áreas sobre o consumo de drogas, sua prevenção e tratamento (Hunt, 2014). Embora existam diversas teorias de modelos de dependência⁵, os dois principais modelos que empenham-se em definir os processos desenvolvimentais de saúde e enfermidade nos indivíduos, são o modelo biomédico e o modelo biopsicossocial.

O modelo biomédico, afirma que a dependência é uma doença crónica cerebral, sendo uma expressão de processos bioquímicos e neurofisiológicos do indivíduo afectado (Skewes & Gonzalez, 2013). Segundo este modelo, estes processos causam uma mudança subjacente nos circuitos cerebrais e o consumo continuado da substância pode produzir alterações irreversíveis na estrutura e funcionamento do cérebro, provocando falta de auto controlo e

⁵Robert West (2013), redigiu o documento *Models of Addiction* em parceria com o European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), no qual descreve a abordagem teórica de 21 teorias, divididas entre teorias de modelagem do indivíduo (de aprendizagem, escolha racional, necessidade adquirida, etc.) e teorias a nível populacional (modelo económico, sistema organizacional, de comunicação, etc.).

modificações comportamentais (Becoña, 2018). Considera-se então, que o indivíduo não é responsável pelo desenvolvimento da doença e as mudanças que esta acarreta, visto que é uma condição causada por predisposição genética e interações bioquímicas. (Skewes & Gonzalez, 2013)

A American Psychiatric Association (APA) utiliza conceitos deste modelo e define a dependência como uma doença cerebral crônica, que causa consumo compulsivo da substância apesar das consequências danosas. Percebe-se a aplicação da noção de causalidade entre uma possível doença e a dependência, o que corrobora com o modelo biomédico e a perspectiva reducionista de que o efeito da doença encontra-se, principalmente, na etiologia do distúrbio (Hunt, 2014). O modelo biomédico também caracteriza-se pela ruptura da unidade corpo-mente, que leva a uma fragmentação do indivíduo, sendo cada parte do ser humano tratada por uma especialidade diferente (Pratta & Santos, 2009). Atualmente, este modelo foi readaptado e passou a reconhecer a influência de dimensões sociais, psicológicas e comportamentais na dependência. A partir de estudos empíricos, foi demonstrado que não se pode atribuir uma condição apenas a questões biológicas e/ou genéticas. (Skewes & Gonzalez, 2013)

A Organização Mundial da Saúde, desde 1948, propõe um conceito de saúde, no qual a saúde deve corresponder a um estado completo de bem estar físico, mental e social, não sendo apenas ausência de moléstia ou doenças. A partir desta afirmação, o binómio “saúde-doença” passa a compreender mais do que apenas uma questão biológica, reconhecendo o dinamismo e o impacto que factores socioculturais tem na vida humana. (Pratta & Santos, 2009)

No ano de 1977, o psiquiatra George Engel sugeriu o modelo biopsicossocial, refutando as alegações de que anormalidades bioquímicas sejam as únicas causas de uma doença, visto que o tratamento dessas anormalidades, na maioria dos casos, não levam à cura. Ainda, Engel assinala que o modelo biomédico não contempla indivíduos que apresentam tais anormalidades e, mesmo assim, não desenvolvem a doença, pois mesmo com predisposições genéticas semelhantes algumas pessoas podem desenvolver um tipo enfermidade e outras não. Assim, buscou a explicação em outros factores que podem influenciar o ser humano: psicológicos e socioculturais. (Skewes & Gonzalez, 2013)

Este modelo holístico e integrativo tem como foco central o indivíduo, ao invés da doença em si, partindo do pressuposto de que tanto factores biológicos como factores psicológicos e socioculturais devem ser levados em consideração ao criar estratégias de prevenção e tratamento. Um dos estudos cujos resultados corroboram com esta teoria, é o “*Vietnam*

Veteran Study”, que explorou as condições dos soldados estadunidenses que retornaram ao país após a guerra. Este estudo foi conduzido com uma amostra de 965 soldados, dos quais 43% declarou consumo de narcóticos no Vietnã e 20% eram dependentes de heroína. Após um período de 8 a 12 meses, realizaram-se novas entrevistas e testes de urina desta mesma amostra, e apenas 10% haviam consumido narcóticos nos últimos meses e 1% era dependente de heroína. De acordo com os próprios soldados, consumiam heroína e outros narcóticos para permanecerem atentos durante combates, ou mesmo para acatar com as regras militares e para mitigar a saudade de entes queridos. A redução súbita dos dependentes de heroína, não pode ser explicada pelo modelo biomédico, mas sim pelos factores psicológicos e sócio culturais dispostos no modelo biopsicossocial. As circunstâncias do contexto social em que os soldados se encontravam contribuíram para o consumo de narcóticos e opiáceos e seu o retorno à vida “pré guerra” contribuiu para que a droga não fosse mais uma válvula de escape necessária. (Becoña, 2018)

2.1 O conceito de dependência pelo Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais

A American Psychiatric Association publicou em 2013, a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5), onde categoriza a dependência de substâncias como parte dos transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos. Os critérios para diagnóstico dividem-se em dez classes de substâncias e duas categorias adicionais, sendo o consumo de cada substância considerado um transtorno⁶. Então, para que um indivíduo seja diagnosticado com dependência de substâncias deve apresentar, pelo período mínimo de doze meses, pelo menos dois sintomas dos critérios dispostos no manual⁷. O número de sintomas presentes irá determinar a gravidade da dependência, sendo dois a três sintomas – dependência leve, quatro a cinco sintomas – dependência moderada e mais de seis sintomas – dependência grave. (APA, 2014)

⁶As substâncias elencadas são: álcool, cafeína, cannabis, alucinógenos, inalantes, opióides, sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, estimulantes, tabaco e outras substâncias.

⁷No total são 11 sintomas elencados: ingerir quantidades maiores que as pretendidas ou consumir durante um período de tempo maior que pretendido; falha nas tentativas de controlar o consumo; empenhar tempo para obtenção da substância, consumi-la ou superar seus efeitos; ter um forte desejo da substância; consumo que resulta na falta de cumprimento de obrigações com trabalho, escola ou casa; consumo continuado apesar de apresentar problemas causados ou aumentados pelo consumo; reduzir ou desistir de atividades sociais, ocupacionais ou recreativas por causa do consumo; consumo recorrente mesmo quando torna-se fisicamente danoso; consumo contínuo apenas de reconhecer os problemas causados pelo consumo; desenvolvimento de tolerância; desenvolvimento de sintomas de abstinência.

Na edição anterior (DSM-IV) fazia-se a distinção entre abuso e dependência, seus sintomas e critérios. Podia-se diagnosticar alguém com abuso de substâncias caso preenchesse um critério, sem período mínimo de ocorrência. Enquanto para o diagnóstico da dependência deveriam ocorrer ao menos três sintomas pelo período de doze meses, ou apenas um dos sintomas caso o indivíduo já tivesse sido diagnosticado como dependente de substâncias. Esta diferenciação foi revisada para a atual edição pois causava “órfãos de diagnóstico” para aqueles que apresentavam, por exemplo, um sintoma de abuso e dois sintomas de dependência. Assim, o diagnóstico de abuso de substâncias não era confiável, visto que não determinava um período mínimo de ocorrência dos critérios e não havia uma classificação de gravidade do transtorno. Portanto, decidiu-se adotar apenas o termo dependência de substâncias, aferindo os níveis de severidade supracitados e ainda adicionando o critério de *craving* ou forte desejo de consumir a substância. (Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2016).

Apesar de os critérios do DSM-5 apresentarem um *checklist* para o diagnóstico da dependência de substâncias, que auxiliam no reconhecimento dessa condição, deve-se levar em consideração que a dependência não é uma doença de definição constante ou cura simples. O tratamento de dependentes envolve um amplo espectro de factores biológicos, socioculturais, económicos e psicológicos que contribuíram para que o indivíduo iniciasse o consumo e evoluísse para a dependência. Sendo assim, a eficácia do tratamento depende tanto de características do próprio indivíduo como do programa de tratamento em que ele está inserido. (Anglin & Hser, 1990)

3. Relação entre droga e crime

Existe uma percepção, na sociedade moderna, da existência de uma associação entre o consumo de drogas e a criminalidade. Há quem veja o consumidor como doente e há quem veja o consumidor como criminoso (Stevens, 2007). Embora o consumo de drogas, per se, não seja considerado um crime em diversos países, durante décadas observou-se uma possível conexão entre o consumo de drogas e a atividade criminal.

De acordo com Cândido da Agra (2008), a partir dos anos 80, em diversos países europeus, o consumo desviante das drogas, principalmente da heroína e cocaína, passa a atingir todas as classes sociais. Por conseguinte, o consumo passa a ser associado a diversos problemas pré existentes como: a droga e a insegurança, a droga e a saúde, a droga e a prostituição, entre

outros. Desde o início da problematização do consumo busca-se uma relação da droga com outros tópicos. Estes factos impulsionaram pesquisas sobre a relação droga-crime e sobre o papel do tratamento na redução de crimes através da desintoxicação de dependentes.

A relação entre droga e crime é comumente classificada de acordo com a teoria tripartida de Goldstein (1985). Esta teoria foi formulada a partir de três investigações empíricas⁸, e conclui que as drogas e a violência podem estar correlacionadas de três maneiras: a violência psicofarmacológica; a violência económico-compulsiva e a violência sistémica. *A violência psicofarmacológica* sugere que indivíduos com histórico de consumo de substâncias, podem se tornar irracionais e apresentar comportamento violento, causado pelo consumo ou abstinência da substância. A motivação primária para cometer o crime está relacionada a própria substância e as mudanças cognitivas que o consumo continuado pode causar. *A violência económico-compulsiva* resulta dos consumidores que cometem crimes para que possam financiar o consumo de drogas. A motivação destes consumidores não é engajar em comportamento violento, mas sim obter dinheiro para comprar drogas. Neste modelo, a violência resulta de alguns factores do contexto social no qual este crime ocorre, como nervosismo do próprio agente, reação da vítima, interferência de terceiros, entre outros. *A violência sistémica* refere-se aos padrões comportamentais entre o consumo e o sistema de distribuição de drogas, ou seja, o tráfico. Uma grande parte dos consumidores acaba por se envolver com o tráfico de drogas para quitar dívidas ou sustentar financeiramente o consumo, o que aumenta o risco de tornar-se uma vítima ou ofensor de violência sistémica.

Uma teoria de tamanha notoriedade fica exposta à questionamentos e críticas, e a teoria tripartida não escapou à esta regra. Nos anos seguintes a sua publicação, alguns estudos (eg. Parker & Auerhahn, 1998; White & Gorman, 2000; MacCoun et al. 2003; Bennett & Holloway, 2009) buscaram verificar a aplicabilidade do modelo. De forma geral, argumentaram que apenas um modelo não poderia explicar toda a complexidade da relação de todas as drogas e todos os crimes. Da formulação da teoria, Goldstein, teria falhado em analisar esta relação ao não considerar possíveis variáveis interferentes ou intervenientes⁹.

⁸Estudo 1: tese de doutoramento realizada por Goldstein nos anos de 1976 e 1977, a qual consistiu em entrevistar uma amostra de 60 mulheres para averiguar a relação entre prostituição e consumo de drogas; Estudo 2: pesquisa etnográfica, de 1978 a 1982, para perceber o comportamento económico de 201 moradores de rua e consumidores de opiáceos no Harlem, Manhattan EUA; Estudo 3: realizado em 1984, sobre a relação entre drogas e violência no bairro Lower East Side, também em Manhattan, foi o estudo condutor para a formulação da teoria tripartida.

⁹Crime cometido, droga consumida, contexto sócio cultural, género, etnia, idade, situação habitacional.

Importante ressaltar que quando se fala na relação droga-crime, remete-se a ideia de que drogas são apenas substâncias ilícitas. Entretanto, seria incoerente deixar de citar o papel do álcool na atividade criminal, principalmente seu efeito em crimes violentos. Diversos estudos (eg. Quigley & Leonard, 2000; Martin, Bryant & Fitzgerald 2001; Fals-Stewart, 2003; Martin et al., 2004) obtiveram resultados que apontam o consumo problemático de álcool como um factor de risco para comportamentos violentos, como a violência doméstica. No estudo de Kopak et al. (2015), em uma amostra de 346 indivíduos dependentes de álcool, 41,7% dos sujeitos foram acusados pelo crime de agressão e 31,1% foram acusados pelo crime específico de violência doméstica.

Neste mesmo estudo, de acordo com Kopak e colaboradores (2015), contrariamente ao consumo problemático de álcool, a dependência de outras substâncias estaria relacionada, principalmente, a crimes não violentos. Os autores afirmam que indivíduos dependentes de substâncias, que não dispõem de outros meios para comprar a droga, estariam mais propensos a cometer crimes de aquisição econômica para financiar seu consumo.

Um dos argumentos mais utilizados para reconhecer a existência de uma relação droga-crime é a alta taxa de população prisional que reporta consumo de substâncias¹⁰. Tal afirmação, quando apresentada desta maneira, passa uma ideia de que consumidores de drogas são, conseqüentemente, criminosos. Este determinismo de “consumidor-criminoso” foi outro motivo para críticas do trabalho de Goldstein, visto que nas três teorias supramencionadas, o envolvimento com atividade criminal inicia por conseqüência do consumo de substâncias¹¹. Entretanto, não se pode assumir que esta relação seja unilateral.

Uma extensa pesquisa qualitativa de Cândido da Agra e Ana Paula Matos (1997) obteve resultados que demonstram mais de uma tipologia de actores sociais, representados na relação droga-crime. De acordo com os autores, antes de indicar a (in)existência de uma relação, deve-se primeiramente realizar a precedência comportamental dos indivíduos, ou seja, definir se o sujeito é um toxicodependente-delinquente, um delinquente-toxicodependente ou um especialista da droga-crime. O toxicodependente-delinquente é o indivíduo que afirma sua trajetória desviante no consumo de drogas, mas abriga-se na delinquência para adquirir drogas ou pelo efeito psicofarmacológico destas. O delinquente-toxicodependente é o indivíduo que especializou-se na delinquência antes do consumo ocasional ou regular de drogas. Por fim, o

¹⁰ Um estudo conduzido em 1997 por Jorge Negreiros, indicou que mais de 70%, de uma amostra de 362 sujeitos encarcerados em Portugal, consumiam ao menos uma substância psicoativa regularmente ao tempo da prisão.

¹¹ Pelas propriedades farmacológicas da substância ou pela abstinência, pela necessidade de sustentar financeiramente o consumo, ou pelo envolvimento posterior com o mercado ilícito de drogas.

especialista em droga-crime é o indivíduo que inicia atividade criminal enquanto interpõe o consumo de drogas leves e o consumo de drogas duras, e afirma a trajetória desviante em crimes associados primariamente ao tráfico de drogas e secundariamente a crimes de receptação e roubo. Os autores observaram que em uma amostra de 100 indivíduos de diversos estabelecimentos prisionais portugueses, a vasta maioria foi classificada como delinquente-toxicodependente. Dessa forma, ao contrário do que seria esperado pelo estereótipo comum, neste estudo a maioria dos sujeitos já estava inserida em um contexto de atividade criminal e, posteriormente, iniciou o consumo de drogas.

Para estabelecer uma conexão entre droga e crime, seria necessário observar para além dos dois fenómenos que definem este binómio. Por exemplo, o autor do ato, a substância consumida, a frequência do consumo, o crime cometido, a violência adoptada – ou a falta desta - e o contexto sócio cultural, são apenas alguns factores que podem influenciar a relação “droga-crime”. Estabelecer uma teoria generalizada sobre “consumo de drogas causam crimes” ou “crimes causam consumo de drogas” é inadequado, se as diversas variáveis que podem influenciar esta relação não forem estudadas.

Apesar de não existir uma concordância geral sobre a existência de uma causalidade entre consumo de substâncias e atividade criminal, é inegável que estes dois fenómenos estão ligados. Porém, esta relação não existe de forma linear, determinista ou casual, mas sim representa uma ligação complexa, multidimensional e acompanhada de uma pluralidade de elementos (Agra & Matos, 1997).

Uma metanálise, realizada por Bennett, Holloway e Farrington (2008) teve como objetivo investigar a relação entre o consumo de substâncias e comportamento criminal através de uma revisão sistemática de 30 estudos empíricos. A maioria dos estudos selecionados para a análise foram conduzidos nos Estados Unidos (18), sendo o restante do Reino Unido (7), Europa (4) e Austrália (1). As medidas de consumo e de crimes foram baseadas em um sistema hierárquico¹² para a comparação dos *effect sizes* e razões de chance (OR). De maneira geral, os estudos analisados apontaram para uma relação forte positiva entre consumo de drogas e atividade criminal¹³. Calculada a razão de chance média para todos os estudos (OR=3,78 para modelo de efeitos fixos e 2,79 para modelo de efeitos aleatórios), pode concluir-se que as chances de cometer um crime são de 2.8 a 3.8 vezes maiores para

¹²Para consumo: heroína, cocaína crack, cocaína, anfetaminas, ecstasy e cannabis; para atividade criminal: furto, roubo, crimes de propriedade, fraude, assalto, extorsão e roubo de automóveis.

¹³Para 26 dos 30 estudos analisados o OR foi maior que 1 e o valor de *p-value* foi significativo ($p < .05$) para 19 estudos.

consumidores de substâncias, em comparação a não consumidores. Os investigadores testaram também a relação de acordo com o tipo de substância consumida e tiveram como resultado que as chances de cometer crimes eram maiores (OR=6) para consumidores de cocaína crack, em segundo lugar para consumidores de heroína (OR=3) e em terceiro lugar para consumidores de cocaína (OR=2.5). de acordo com estes resultados puderam concluir que não apenas existe uma relação entre o consumo e atividade criminal, mas que esta relação varia de acordo com o tipo de substância consumida.

O reconhecimento desta relação, fez com que o Sistema de Justiça buscasse maneiras de lidar com este problema. O sistema legal considera que, se o consumo de drogas pode ocasionar crimes, o tratamento dos consumidores terá um efeito positivo na diminuição da taxa de atividade criminal, mesmo que esta relação entre causa e efeito não esteja plenamente comprovada.

3.1 Sistema de Justiça, coerção legal e tratamento

Grande parte da população carcerária em diversos países é consumidora de drogas. Esta constatação gerou uma movimentação das políticas públicas em buscar soluções alternativas para estes indivíduos. A considerar o reconhecimento da relação entre consumo de drogas e atividade criminal, a melhor alternativa para o indivíduo considerado consumidor ofensor, não seria a prisão, mas sim o tratamento. (UNODC, 2019)

Nos anos 70, iniciou-se nos Estados Unidos um movimento de medidas alternativas ao encarceramento de dependentes, mais precisamente O TASC (*Treatment Alternatives to Street Crimes*), o qual foi o início da intersecção entre o tratamento do consumo de substâncias pelo sistema de saúde e o Sistema de Justiça (Quintas, 2011). Em 1989, foi criado o primeiro *Drug Court*¹⁴, na Flórida, EUA, cujo objetivo era oferecer ao consumidor ofensor, uma oportunidade de tratamento e suspensão da pena ao invés da prisão. Esta abordagem ganhou notabilidade por ser uma forma de diminuir gastos públicos de encarceramento e, se eficaz, reduzir a taxa de consumidores de substâncias e sua atividade criminal (Schwartz & Schwartz, 1998). Em um período de doze anos já operavam cerca de 700 destes tribunais nos Estados Unidos, sob a filosofia de uma justiça restaurativa¹⁵ e jurisprudência terapêutica¹⁶. O

¹⁴ Tradução livre: Tribunal de Drogas

¹⁵A justiça restaurativa compreende uma abordagem de resolução de conflitos, onde não importa apenas punir o ofensor, mas compreender seus motivos e encontrar a melhor solução de forma colaborativa. (Boyack; Bowen & Marshall, 2004)

consumidor ofensor, ao ser julgado, deve ser responsabilizado pelos crimes que cometeu. Não somente, reconhece-se o contexto no qual o crime ocorreu, como necessidade de tratar a raiz do problema. (Turner et al., 2002)

O encaminhamento legal foi a via escolhida pelo Sistema de Justiça Criminal de diversos países, para estimular o tratamento de dependentes de substâncias, considerando que a maioria não iria realizar o tratamento de forma voluntária. Este encaminhamento é considerado coercivo, pois entre ter de escolher entre o programa de tratamento e a prisão, o tratamento é considerado como uma alternativa mais favorável ao ofensor. (Seddon, 2007)

Em Portugal, a aplicação de medidas terapêuticas pelo sistema jurídico está inscrita na lei desde o Decreto-Lei nº 430/83 de 13 de dezembro, o qual foi criado a partir da adesão do país à Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971. O artigo 36º, inciso 2 deste texto legal sugere a suspensão da pena de indivíduos considerados dependentes nos casos em que aceitem realizar tratamento, visando sua recuperação médico-social (Quintas, 2011). A criação das Comissões para Dissuasão da Toxicodependência a partir do DL 30/2000, consolidou a promoção destas medidas terapêuticas, como uma alternativa a sanções administrativas para dependentes de substâncias. Estas comissões atuam apenas sobre a contraordenação de consumo de substâncias¹⁷, porém em casos de crimes considerados conexos ou derivados do consumo de substâncias, não descarta-se a oferta de tratamento em troca da suspensão da pena. (Quintas, 2014)

Estas políticas de tratamento legalmente coercivo, através da aplicação de medidas terapêuticas pelo sistema legal, baseiam-se em três hipóteses centrais: de que se o consumo de drogas está suficientemente relacionado com atividade criminal, o tratamento do consumo irá diminuir os crimes; que o tratamento é eficaz na redução do consumo e, por consequência, na redução da atividade criminal; que indivíduos em tratamento possam obter resultados benéficos deste, mesmo que estes não tenham iniciado tratamento de forma voluntária. Na ausência destas suposições, a prática de encaminhar consumidores ofensores de forma coerciva é, no mínimo, discutível. (Seddon, 2007; Prendergast et al., 2009)

Esse tipo de encaminhamento é discutido por Szasz (1992) em sua obra “Our Right to Drugs”, onde elucida incisivamente que não se deve equiparar uma submissão forçada pelo

¹⁶Jurisprudência terapêutica é um conceito interdisciplinar, que busca perceber o real impacto da lei nos indivíduos, seu dia a dia e suas emoções. Utiliza-se perspectivas antropológicas, económicas e psicológicas para averiguar as consequências que o sistema legal tem na vida daqueles que esta busca regular. (Winick, 2009)

¹⁷Caso um indivíduo esteja em posse ou a consumir alguma substância, dentro dos limites da quantidade determinada por lei, e seja autuado por autoridade policial, é encaminhado para a CDT tomar as devidas providências.

Sistema de Justiça à uma participação voluntária em alguma intervenção médica, ao classificar ambas como tratamento. Isso porque, ao seu ver, os indivíduos mandados para tratamento por ordem judicial são coagidos, pois não desejam o tratamento, desejam apenas continuar a consumir, o que torna esta prática de encaminhamento coercivo ineficaz.

Por outro lado, é necessário perceber que a coerção legal é apenas uma das formas de pressão externa que pode ser exercida (Perron & Bright, 2008). A coerção pode ser informal, como quando proveniente de atores sociais presentes no dia a dia do indivíduo, como familiares, empregadores, amigos, cônjuges, etc. Pode ser, também, formal não criminal, quando o encaminhamento é sugerido por agências a parte do Sistema de Justiça Criminal (Klag; O'Callaghan & Creed, 2005), por exemplo, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ).

Importante destacar que a coerção não deve ser vista como uma variável dicotômica. O sujeito em tratamento não é considerado apenas coagido ou voluntário de acordo com a forma de encaminhamento. Pois, apesar de a conceptualização de coerção legal estar predominantemente ligada ao estatuto legal do indivíduo, deve-se averiguar a percepção subjetiva da coerção para tratamento. Nem todos sujeitos que têm o Sistema de Justiça como fonte de referência sentem-se coagidos, bem como nem todos os sujeitos voluntários deixam de sentir qualquer tipo de pressão ou coação. (Longshore, Prendergast & Farabee, 2004)

Dessa forma, para uma análise fiável da eficácia da intervenção legal para tratamento é necessário explorar o grau de percepção da coerção dos indivíduos, tanto encaminhados como voluntários. Um estudo realizado por Wild, Newton-Taylor e Aletto (1998) demonstrou que não se pode levar em consideração apenas a fonte de referência para apontar se um sujeito foi coagido para iniciar tratamento. Neste estudo, em uma amostra de 300 indivíduos em tratamento¹⁸, 37% daqueles que declararam entrada voluntária apresentaram graus de coerção, e 35% daqueles encaminhados para tratamento não referiram graus de coerção. Destes resultados, os autores concluíram que apenas averiguar o estatuto legal ou fonte de referência não é o suficiente para deduzir a presença de coerção para iniciar tratamento.

Neste sentido, explorar a percepção da coerção é indispensável para averiguar a eficácia do tratamento de indivíduos encaminhados pelo Sistema de Justiça. Ainda, a interação da

¹⁸237 voluntários, 25 encaminhados pelo Sistema de Justiça, 34 referenciados por fontes formais não criminais e 4 não responderam o tipo de entrada.

percepção de coerção com a motivação interna do indivíduo pode ser um preditor de resultados do programa. (Klag; O'Callaghan & Creed, 2005; Prendergast et al., 2009)

4. Motivação para tratamento de dependência de substâncias

A motivação para tratamento de dependência de substâncias é considerada, atualmente, um elemento de função interativa entre o indivíduo e factores sócio ambientais. Neste contexto, a participação do indivíduo no programa de tratamento desempenha um papel crítico. (Kennedy & Gregoire, 2009). A motivação é um constructo dinâmico, que inclui dimensões intrínsecas e extrínsecas que influenciam a intenção de mudança de cada sujeito. A avaliação da motivação dos indivíduos que iniciam o tratamento, pode determinar não somente o engajamento no programa, mas também a probabilidade de permanência em tratamento. (Joe, Simpson & Broome, 1998)

Os factores extrínsecos da motivação são as influências externas que o indivíduo vivencia para iniciar o processo de mudança, tais como a pressão legal, pedidos de familiares, confronto de empregadores, entre outros. Os factores intrínsecos, são os considerados de maior importância para o processo de recuperação. Estes factores implicam no reconhecimento pelo próprio indivíduo de que seu consumo está a lhe causar problemas e este comportamento precisa ser modificado (Joe, Simpson & Broome, 1998). Além disso, os factores intrínsecos dividem-se entre elementos perceptivos e elementos comportamentais. Os elementos perceptivos são os pensamentos e intenções que iniciam a motivação para mudar. Os elementos comportamentais compreendem as ações necessárias para esta mudança comportamental, como a procura de um programa de tratamento (DeLeon, Melnick & Hawke, 1999).

A considerar a importância da motivação no processo de mudança e recuperação, foram construídos modelos e escalas que avaliam o impacto da motivação no resultado de tratamentos. Entre estes modelos, merecem destaque o modelo transteórico e o modelo Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability (CMRS).

O modelo transteórico, criado por Prochaska e Diclemente, ilustra a existência de um processo multidimensional, que se estende desde a intenção de alterar determinado comportamento até o alcance desta mudança de forma significativa e continuada. Os estágios da mudança, de acordo com este modelo são: a *pré contemplação*, quando ainda há pouca ou nenhuma vontade de mudança por parte do indivíduo; a *contemplação*, quando emerge a

sensação de vulnerabilidade e inicia-se uma análise de risco-recompensa face suas escolhas; a *preparação*, quando inicia-se o comprometimento e planejamento para com a mudança; a *ação*, onde são realizadas medidas específicas para concretizar o plano de escolha; a *manutenção*, que é o estágio final da mudança, quando o novo comportamento que se buscava atingir torna-se a norma. (DiClemente; Schlundt & Gemmell, 2004) No entanto, este modelo não realiza a diferenciação entre factores de motivação interna e externa que atuam sobre o indivíduo. Apesar de a motivação interna ser considerada de maior importância, não pode-se deixar de avaliar os factores externos presentes no processo de mudança.

O segundo modelo, o CMRS criado por DeLeon, Melnick, Kressel e Jainchill (1994), busca avaliar os factores internos e externos que podem influenciar a prontidão para tratamento. A escala deste modelo divide-se em: *circunstâncias 1*, que refere as razões extrínsecas para comprometer-se com o programa de tratamento; *circunstâncias 2*, que refere a pressão externa para deixar tratamento; *motivação*, considerada como a pressão interna e factores relacionados a percepção da necessidade de mudar; *prontidão*, que é o reconhecimento de que, para a mudança ocorrer, o tratamento é necessário; e *adequação*, que abrange as necessidades do indivíduo e o perfil clínico do tipo de tratamento escolhido.

Ao considerar a importância da motivação para tratamento, torna-se necessário explorar a interação entre esta motivação e a percepção de coerção legal. O estudo de Prendergast et al. (2009), buscou relacionar a influência da percepção de coerção e da motivação na conclusão do tratamento. Neste estudo, os indivíduos eram todos referenciados para tratamento pelo Sistema de Justiça. Os resultados demonstraram que indivíduos que apresentaram níveis elevados de percepção de coerção, obtinham um score baixo de motivação. Por outro lado, indivíduos com baixa percepção de coerção, obtiveram scores elevados de motivação para tratamento. Ainda, tanto a percepção de coerção como a motivação, não foram considerados preditores de conclusão do tratamento neste estudo.

Já Young (2002), ao avaliar o impacto da percepção de pressão legal na permanência em tratamento, concluiu que nenhuma das medidas de motivação deste estudo estavam relacionadas ao critério de permanência no programa de tratamento. Neste estudo, a variável considerada como melhor preditora de permanência em tratamento foi a percepção de pressão legal. No entanto, o autor não realizou um teste para avaliar a relação entre a percepção de pressão legal e escala de motivação.

Embora reste clara a influência isolada da percepção da coerção e da motivação no tratamento de dependentes, faltam estudos que avaliem a interação destas variáveis. Neste

contexto, abre-se uma oportunidade para explorar a existência desta interação em um mesmo indivíduo em tratamento para dependência de substâncias.

5. A eficácia da coerção legal no tratamento de dependentes de substâncias

A eficácia da coerção legal no tratamento de dependentes de substâncias tem sido abordada em diversos estudos. Atente-se para o facto de que, a maioria dos estudos empíricos que abordam este tema, foram produzidos pela comunidade norte americana. Neste caso, é natural que os resultados destes estudos sejam influenciados pela cultura na qual foram produzidos.

A considerar as diferenças entre os indivíduos que iniciaram o tratamento de forma voluntária e os indivíduos que iniciaram o tratamento através da coerção legal, alguns estudos confirmam a hipótese de que os indivíduos coagidos têm resultados menos favoráveis (eg. Glass & Marlowe, 1994; Simpson, Joe & Rowan-Szal, 1997). O trabalho de Howard & McCaughrin (1996), por exemplo, pretendeu explorar as diferenças dos resultados de tratamento ambulatorial de dependentes coercivos e voluntários, porém abordou um ponto de vista mais organizacional. Dessa forma, para além da análise das características dos indivíduos em tratamento, os autores buscaram estabelecer se os factores organizacionais do programa, estão de alguma forma relacionados com o cumprimento dos objetivos daquele programa pelos indivíduos em tratamento. A amostra selecionada para o estudo, foi extraída de dados de uma pesquisa nacional conduzida pelo Instituto de Pesquisa Social da Universidade de Michigan. As organizações foram divididas pelo percentual de indivíduos encaminhados pelo Sistema de Justiça, para analisar o impacto da quantidade de indivíduos coagidos nas taxas de resposta das organizações. Dividiu-se em organizações com percentual igual ou maior que 75% de indivíduos encaminhados (n=64) e organizações com percentual igual ou menos que 25% de indivíduos encaminhados (n=122). A análise deste estudo focou-se na relação dos factores organizacionais e práticas de tratamento dos indivíduos com a conclusão do programa, como tipo de instalação, número de clientes e número de funcionários no local, atitude do supervisor perante indivíduo coagido e voluntário, e ainda tipo de sessões – individual ou em grupo – e quantidade de sessões realizadas. Foram realizadas entrevistas com profissionais dos programas de tratamento da área de Detroit, para verificar quais práticas de tratamento poderiam determinar uma conclusão considerada bem sucedida do programa, e a resposta consistente foi que tal sucesso dependia do cumprimento

das metas estabelecidas por parte dos indivíduos¹⁹. Resultados indicaram que as organizações com níveis mais altos de indivíduos coercivos têm uma taxa maior de utentes que não cumprem o tratamento, comparado a organizações com número menor de indivíduos coercivos.

Por outro lado, o trabalho de Brecht, Anglin e Wang (1993) analisou a eficácia do tratamento de dependentes coagidos legalmente e voluntários, em programa de manutenção de metadona. Este estudo teve como objetivo, confirmar que os indivíduos que entraram de forma coerciva não poderiam ser caracterizados de forma diferente dos indivíduos que entraram de forma voluntária, e ainda, realizou uma divisão sobre a intensidade da coerção legal. A amostra consistiu em 618 participantes, separados por género e por etnia (anglo americanos e mexicanos), que estavam ativos no tratamento, no período de 30 de junho de 1976 ou 30 de setembro de 1978, em seis condados da Califórnia. Na recolha de dados foi realizada uma entrevista estruturada estandardizada, para estabelecer uma linha de tempo de uso de substâncias entre os indivíduos, e uma possível mudança de padrão no consumo, bem como o estatuto legal (contacto com agentes da lei/tribunais) e de tratamento. Importante ressaltar que os indivíduos foram divididos em três grupos, de acordo com o nível de coerção legal (baixo, moderado e alto), a qual foi avaliada de acordo com a presença ou ausência de supervisão legal quando entrou no programa de tratamento e de acordo com a percepção do indivíduo. Os resultados indicam que a eficácia do tratamento não está relacionada com o tipo de entrada no programa de tratamento, visto que houve mudanças comportamentais ao longo do tempo, tanto no consumo de substâncias quanto no comportamento criminal, sendo a resposta ao tratamento semelhante nos três níveis de coerção legal da amostra²⁰. Concluíram, então, que a coerção legal é uma forma viável de entrada para tratamento da dependência de substâncias, e indivíduos que entraram no tratamento pela via legal demonstraram melhora no comportamento de forma similar aos indivíduos voluntários. Outros estudos (eg. Anglin, 1988; Simpson & Friend, 1988; Brizer, Maslansky & Galanter, 1990) obtiveram resultados semelhantes e concluem que o tratamento de indivíduos voluntários obtém resultados tão eficazes como indivíduos encaminhados pelo Sistema de Justiça.

¹⁹ Foi realizada análise de regressão linear multivariada para examinar as taxas de resultado dos tratamentos entre organizações com muitos ou poucos indivíduos que entraram por coerção legal.

²⁰ Alguns efeitos significativos indicaram que há diferenças gerais nos comportamentos de acordo com género e/ou etnia e algumas diferenças na resposta ao tratamento pelas interações de género e etnia com tempo.

No âmbito da comunidade europeia, o estudo de Shaub et al. (2009) comparou os resultados de tratamento voluntário e *quasi* compulsório²¹ em cinco países da Europa. O grupo *quasi* compulsório, composto por indivíduos que receberam tratamento como alternativa ao encarceramento ou outras punições, foi comparado a um grupo de indivíduos que entraram para tratamento de forma voluntária. Os participantes responderam a entrevistas com questões sobre consumo, atividade criminal, percepção da coerção, crença de capacidade e prontidão para mudança. Os resultados demonstram uma redução significativa no consumo e na atividade criminal em ambos os grupos, durante os primeiros 6 meses de tratamento. Desta forma, conclui-se que o tratamento *quasi* compulsório é tão eficaz quanto o tratamento de voluntário e se apresenta como uma alternativa à prisão para os indivíduos encaminhados pelo Sistema de Justiça Criminal.

Há pesquisas que obtiveram resultados opostos aos anteriores. Estes estudos demonstram que, indivíduos coagidos obtiveram, de uma forma geral, resultados mais benéficos que indivíduos voluntários (eg. Watson et al., 1988; Loney et al., 1996). Ainda, observando-se a variável específica de permanência no programa de tratamento, foram verificados melhores resultados para o grupo coercivo que para o grupo voluntário (eg. Collins & Allison, 1983; DeLeon, 1988; Leukefeld, 1988).

Outro aspeto explorado neste contexto é a eficácia do tratamento na redução de crimes cometidos por dependentes de substâncias. O estudo de Sung & Belenko (2005) buscou avaliar a correlação entre a reincidência criminal e indivíduos que completaram tratamento. A amostra selecionada foi de 156 indivíduos que haviam completado o programa DTAP (*Drug Treatment Alternative to Prison*) em Brooklyn, NY, entre os períodos de dezembro de 1990 e dezembro de 1992. A amostra constituiu indivíduos não violentos, presos em operações denominadas “comprar e deter” e que aceitaram iniciar o tratamento residencial como uma alternativa à prisão, pelo período de 18 a 24 meses. Foram realizadas entrevistas com os indivíduos na admissão ao tratamento e novamente ao completarem o tratamento²² e um período de acompanhamento após a conclusão do programa. A variável dependente foi a reincidência criminal, a qual era definida de acordo com uma detenção ou prisão durante o período de acompanhamento, o qual foi completado por todos os 156 indivíduos pelo período

²¹Por tratamento *quasi* compulsório entende-se como o tratamento para dependência de substâncias que é motivado, ordenado ou supervisionado pelo Sistema de Justiça Criminal, ou seja, equipara-se ao conceito de tratamento legalmente coercivo.

²² Os dados de admissão incluíam informações sociodemográficas, histórico criminal e de saúde e padrão de consumo de substâncias e a segunda entrevista continha informações da percepção do indivíduo sobre a experiência do tratamento e seus arranjos sociais pós tratamento.

de 5 anos pós tratamento. Foram identificados indicadores de aspetos de experiências de tratamento, os quais serviram de variáveis de controlo, como o sítio onde ocorreu o tratamento, regras organizacionais e práticas administrativas, motivações de tratamento, tempo de tratamento. Relativamente aos resultados, as correlações mais fortes com a reincidência criminal foram idade, género e habilitações literárias. Para a variável padrão de consumo de drogas, a única razão de chance estatisticamente significativa encontrada foi que as chances de ser detido novamente para usuários de crack era 2.1 vezes maiores que para os usuários de cocaína no período de 1 ano de acordo com modelo multivariado. Acerca da percepção de experiências de tratamento, foi apontado que os indivíduos que demonstraram maior dificuldade com as normas do tratamento reincidiram em taxas maiores após a conclusão do programa. Outras duas condições que foram relacionadas com maior probabilidade de reincidência foram desemprego e indivíduos que estavam a morar sozinhos após o tratamento. Concluíram, portanto, que apesar de o tratamento ser eficaz na redução da reincidência criminal, há uma parcela de características específicas que deve haver um cuidado a mais, pois tendem a enfraquecer os bons resultados dos tratamentos.

Destaque-se também a metanálise de Holloway, Bennett & Farrington (2006), cujo objetivo era verificar a eficácia do tratamento na redução de comportamento criminal, através da análise de resultados de 28 estudos. Os critérios de inclusão foram que: a) o estudo devia estar publicado na língua inglesa; b) o estudo deveria estar publicado entre janeiro de 1980 até março de 2004; c) a intervenção deveria ser baseada em programas de tratamento que visam reduzir o consumo de substâncias ilícitas ou programas do Sistema de Justiça Criminal que visam reduzir tanto o consumo de substâncias quanto os crimes relacionados ao consumo; d) o método da avaliação deveria fornecer resultados interpretáveis, a atingir o nível mínimo de 3 de acordo com a Scientific Methods Scale (SMS); e) as medidas deveriam incluir uma medida de comportamento criminal. Foi calculado um *effect size* médio para a amostra e para os grupos, tanto pelo modelo de efeitos fixos quanto pelo modelo de efeitos aleatórios para eficácia do tratamento em geral, por tipo de programa de tratamento, desenho da pesquisa, características dos indivíduos, ano do estudo e país de origem da pesquisa. Tanto os tamanhos de efeito, quanto as razões de chance, demonstraram que o tratamento de dependentes era eficaz na redução de comportamento criminal, com uma redução em cerca de 29% de acordo com o modelo de efeitos fixos e 36% para o modelo de efeitos aleatórios. Os tipos de tratamento mais eficazes na redução de comportamento criminal foram as comunidades terapêuticas. A conclusão desta meta análise foi de que o tratamento é eficaz na redução de

crimes, principalmente se for um programa de alta intensidade. Outros estudos corroboram com estes resultados (Dybia & Sung, 2000; Gottfredson, Najaka & Kearley, 2003; Gossop et al. 2006) e atestam a eficácia do tratamento de dependência em reduzir atividade criminal deste grupo populacional.

Assim, a questão da eficácia da coerção legal nos resultados de tratamento de dependentes de substâncias ainda não está concretizada, uma vez que os estudos apresentam resultados conflitantes. Acresce que, os cenários sociais nos quais tais investigações foram aplicadas, são especialmente concentrados na realidade estadunidense. Neste sentido, torna-se importante abordar este tema no cenário português, de acordo com as políticas sociais e programas de tratamento vigentes no país.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

I - Metodologia

Este trabalho consiste em dois estudos empíricos, um de natureza quantitativa e outro de natureza qualitativa. No presente título, de metodologia quantitativa, serão demonstradas as hipóteses do estudo, o objetivo geral e objetivos específicos. Em seguida, será descrita a amostra, a caracterização do estudo e os procedimentos empregados. Após, serão explicados os instrumentos utilizados para a recolha dos dados quantitativos e, por fim, serão descritos os procedimentos de análise estatística realizados.

1. Objetivo e hipóteses

O objetivo geral do presente estudo é avaliar a diferença de resultados de tratamento entre utentes voluntários e utentes que foram encaminhados pelo Sistema de Justiça, bem como analisar o papel da motivação e coerção para tratamento nestes resultados. Deste objetivo, colocam-se as seguintes hipóteses:

- I. Os resultados de tratamento de indivíduos de entrada voluntária serão mais positivos que os resultados de indivíduos encaminhados pelo Sistema de Justiça.
- II. Os indivíduos de entrada voluntária apresentam mais motivação para tratamento que os indivíduos encaminhados pelo Sistema de Justiça
- III. Os indivíduos encaminhados pelo Sistema de Justiça apresentam maior coerção percebida para iniciar tratamento que os indivíduos voluntários
- IV. A motivação para tratamento está positivamente associada a bons resultados de tratamento
- V. A coerção percebida está negativamente associada a bons resultados de tratamento
- VI. A motivação para tratamento está negativamente relacionada com a coerção percebida para iniciar tratamento.

1.2 Caracterização do estudo

O presente estudo segue abordagem metodológica quantitativa e qualitativa. Quanto à metodologia quantitativa, busca-se analisar o efeito da coerção legal nos resultados de tratamento de dependentes de substâncias e, se possível, sua eficácia. esta abordagem é

concretizada através da administração de questionários de autorrelato, destinados aos indivíduos em tratamento.

Trata-se de um estudo observacional analítico transversal, dado que não houve a manipulação da variável independente, os dados foram recolhidos em um único momento temporal e é possível estabelecer e avaliar associações entre as variáveis. (Marôco, 2018).

2. Método

2.1 População do estudo

A população deste estudo foi constituída por indivíduos em tratamento para dependência de substâncias, que iniciaram o tratamento de forma voluntária ou que foram encaminhados pelo Sistema de Justiça. Os estabelecimentos nos quais se buscou essa população foram as equipas de tratamento do Centro de Respostas Integradas Porto-Central, nomeadamente ET Cedofeita, ET Santa Maria da Feira e ET Vila Nova de Gaia.

Foram selecionados indivíduos que estivessem a realizar tratamento em uma destas equipas e tivessem iniciado o tratamento, pela primeira vez ou que tenham sido readmitidos, entre o período de 01 de janeiro de 2017 e 31 de julho de 2019. Para fins de comparação, a amostra foi dividida em dois grupos: indivíduos que iniciaram tratamento de forma voluntária (voluntários) e indivíduos que iniciaram o tratamento encaminhados pelo Sistema de Justiça (ESJ).

Assim, foi constituída por uma amostra não probabilística por conveniência, visto que foram selecionados os utentes que cumpriam os critérios de seleção e, que de acordo com a sua disponibilidade, aceitaram participar do estudo de forma voluntária (Marôco, 2018).

2.2 Procedimentos

Relativamente aos procedimentos adotados, inicialmente foi realizada a tradução de três instrumentos para a língua portuguesa, o Maudsley Addiction Profile (Marsden et al., 1998), o Circumstance, Motivation and Readiness (Melnick, 1999) e o MacArthur Coercion Study (Gardner et al., 1993). Não foi necessária a autorização dos autores para utilização dos instrumentos, visto que estes são de domínio público, sendo o MAP e o CMR disponibilizados pelo EMCDDA e o MacArthur Coercion Study pela Faculdade de Direito da Universidade da Virgínia, EUA.

Um projeto do presente estudo foi submetido à avaliação da Comissão de Ética da Associação Regional de Saúde – Norte (ARS-Norte), o qual foi obtido parecer favorável conforme anexo I. Após deferido o pedido foi solicitada a colaboração dos diretores das Equipas de Tratamento dos Centros de Respostas Integradas Porto-Central, das unidades de Cedofeita, Santa Maria da Feira e Vila Nova de Gaia, para que tivessem conhecimento dos objetivos do estudo e para que fossem selecionados os indivíduos que corresponderam aos critérios da amostra.

Os utentes foram abordados tanto pela investigadora como pelos integrantes das equipas de tratamento, para colaborar com este estudo. Para aqueles que aceitaram participar, foi entregue o consentimento informado (anexo II), o qual descreve os objetivos do estudo e assegura a confidencialidade e anonimato das respostas e reitera o carácter voluntário da participação. Os indivíduos foram informados que podiam pedir esclarecimentos sobre qualquer dúvida que houvesse durante o preenchimento do questionário e que se, a qualquer momento decidissem desistir, estavam livres para tal e suas respostas não seriam consideradas para o estudo. Após a leitura e assinatura do consentimento informado, iniciou-se o preenchimento do questionário pela investigadora, de acordo com as respostas dos participantes.

2.3 Instrumentos de recolha

Os instrumentos de recolha do estudo consistiram em uma obtenção de dados sociodemográficos, o Maudsley Addiction Profile, o Circumstance Motivation and Readiness e o MacArthur Coercion Study-Short Form, que constituíram um questionário (anexo III). Toda a recolha de dados foi de acordo com o autorrelato dos participantes, realizada em um único momento com cada indivíduo, nas instalações das equipas de tratamento em um ambiente próprio para a entrevista.

2.3.1 Variáveis sociodemográficas e de tratamento

As variáveis sociodemográficas a serem analisadas foram selecionadas de acordo com o Relatório Anual da Situação do País em Matéria de Drogas do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e na Dependência (SICAD, p. 54, 2018). Estas consistiram em: género, idade, nacionalidade, estado civil, situação de coabitação, habilitações literárias e situação profissional.

As informações de tratamento foram obtidas através das respostas dos utentes sobre: o tipo de tratamento que estava a realizar, quantas vezes já havia realizado tratamento – incluindo o atual, qual a principal substância consumida ao tempo da entrada em tratamento e qual o tipo de entrada em tratamento, voluntário ou encaminhado pelo Sistema de Justiça. As informações sociodemográficas ou de tratamento em que não houve resposta, foram complementadas de acordo com as fichas técnicas do sistema das equipas de tratamento.

2.3.2 *Maudsley Addiction Profile (MAP)*

O Maudsley Addiction Profile (MAP) é um questionário formulado para recolher resultados de tratamento de dependentes de substâncias através de quatro dimensões: o consumo de substâncias, comportamento de risco à saúde, saúde física e psicológica, funcionamento social/pessoal.

a) Consumo de substâncias: o consumo de substâncias é medido de acordo com a frequência de consumo nos 30 dias anteriores à entrevista. O instrumento dispõe de uma tabela com as substâncias: álcool, heroína, opióides, benzodiazepina, cocaína, cocaína crack e anfetaminas. As instruções de aplicação do MAP incentivam o investigador a adaptar as substâncias de acordo com a cultura na qual será aplicado. Dessa forma, o questionário final dispõe de: álcool, heroína, opióides, psicoativos, cocaína, cocaína crack, anfetamina e cannabis/haxixe. Caso o indivíduo confirme o consumo de uma das substâncias nos últimos 30 dias, deverá indicar a quantidade consumida por dia e a principal via de administração (oral, nasal, inalação ou injetável). O número de dias de consumo deve ser descrito de acordo com o cartão 1 do anexo IV. Os escores de dias de consumo devem ser calculados de acordo com o número de dias total de consumo no mês, a estimativa da quantidade total consumida (para álcool calcula-se pela quantidade de etanol e para drogas calcula-se em gramas) e a via de administração de acordo com o número indicativo de cada uma (1 – oral, 2 – nasal, 3 – inalação, 4 – injetável). Além da frequência do consumo, há também uma questão sobre overdose, onde o participante deve indicar se teve uma overdose nos últimos 30 dias e, se sim, quantas vezes.

b) Comportamento de risco à saúde: os comportamentos de risco a saúde referem-se à frequência de consumo de drogas injetáveis, ao compartilhamento de seringas e à relações sexuais sem uso de preservativo. As perguntas referentes a drogas injetáveis: indicar o número de dias que consumiu drogas injetáveis – de acordo com cartão 1, o número de vezes que injetou alguma droga no mesmo dia e o número de vezes que utilizou seringas

compartilhadas, nos últimos 30 dias. Ainda, caso o indivíduo consuma drogas injetáveis, deve responder sobre a frequência com a qual utiliza seringas ou agulhas novas, de acordo com uma escala Likert que varia desde nunca (4), raramente (3), as vezes (2), frequentemente (1) e sempre (0). Sobre o comportamento sexual, o participante deve responder se nos últimos 30 dias teve relações sexuais (com penetração), se a resposta for sim, deve indicar o número de pessoas que teve relações sexuais sem utilizar preservativo e quantas vezes esse comportamento ocorreu.

c) Saúde física e psicológica: a dimensão de saúde é dividida entre saúde física - 10 itens e saúde psicológica - 9 itens, para os quais deve-se indicar a frequência dos sintomas nos últimos 30 dias. Utiliza-se uma escala Likert de cinco pontos onde nunca (0), raramente (1), as vezes (2), frequentemente (3) e sempre (4), com uma pontuação variando de 0-40 (físico) e 0-36 (psicológico) e quanto mais alta a pontuação, pior a saúde física ou psicológica do indivíduo. Os itens de saúde física incluem pouco apetite, cansaço/fatigado, náusea, dores no estômago, dificuldade em respirar, dores no peito, dores nos ossos (articulações, dores musculares, formigamento/dormência e tremores. Os itens de saúde psicológica incluem a expressão “sentiu-se” antes dos sintomas, sendo estes, tensão, assustado sem motivo, com medo, nervoso – a tremer, momentos de pânico ou terror, sem esperanças sobre o futuro, inútil, sem interesse nas coisas, solitário. A validade interna destas escalas, de acordo com os autores do instrumento, foram de $\alpha = .79$ para a saúde física e $\alpha = .88$ para a saúde psicológica.

d) Funcionamento social/pessoal: esta dimensão aborda situação de moradia, a situação profissional, relacionamentos, e atividades ilegais. Primeiramente o participante deve indicar durante quantos dias, nos últimos 30 dias, passou a noite: na casa própria ou alugada, casa de parentes/companheiro/amigos, hostel ou acomodação temporária, nas ruas, na prisão/esquadra, hospital/tratamento residencial ou outro (a especificar). Na seção seguinte, deve indicar há quanto tempo reside no atual endereço (em meses), se nos últimos 30 dias teve um trabalho remunerado, se teve que se abster do trabalho por doença ou ausência não autorizada, se teve algum trabalho voluntário, se frequenta algum curso técnico ou educacional, se teve de sustentar financeiramente algum dependente ou a casa e se esteve desempregado em algum momento. Caso alguma das respostas seja positiva, deve indicar o número de dias de acordo com o cartão 1. Sobre relacionamentos, primeiro deve indicar se nos últimos 30 dias esteve em algum relacionamento amoroso, mesmo que por pouco tempo e indicar a quantidade de dias. Após, deve indicar o número de dias do último mês que esteve em contacto com parceiro, parentes, filhos menores de 18 anos e amigos, bem como o número

de dias em que houve algum conflito sério com essas pessoas. Sobre o contacto e conflito, calcula-se uma percentagem de tempo em conflito de acordo com o número de dias em conflitos, dividido pelo número de dias em contacto, multiplicado por 100. A última seção aborda atividades ilegais nos últimos 30 dias, onde o participante deve indicar se cometeu tráfico de drogas, fraude/falsificação, roubo de propriedade, roubo de pessoa, furto, roubo de objetos em um carro, roubo de carro, outro roubo (com especificação), dano com violência, ofensa a ordem pública e mendigar. Caso a resposta seja sim para algum destes crimes, deve indicar quantos dias cometeu e quantas vezes cometeu em um dia.

2.3.3 *Circumstances, Motivation and Readiness (CMR):*

O CMR é uma versão menor do Circumstance, Motivation, Readiness and Suitability (CMRS). Este instrumento tem 18 itens que medem motivação e prontidão para tratamento, de acordo com itens de motivação interna e externa. Divide-se em quatro escalas: Circunstâncias 1, Circunstâncias 2, Motivação e Prontidão. As respostas das questões consistem em uma escala Likert de cinco pontos, que variam entre discordo completamente (1), discordo (2), indiferente (3), concordo (4), concordo completamente (5) e não se aplica. Para calcular a resposta “não se aplica”, deve-se realizar a média das outras respostas daquela escala. A resposta não aplicável pode ocorrer apenas em uma resposta das escalas de Circunstâncias e Motivação e em duas respostas da escala de Prontidão. As respostas para as perguntas 4, 5, 6 e 12 são de cálculo de escore invertido, portanto, discordo completamente (5), discordo (4), indiferente (3), concordo (2), concordo completamente (1). O escore do instrumento varia entre 0-90, quanto mais alto o escore, mais motivação e prontidão o participante apresentou.

a) Circunstâncias 1: esta seção consiste em três questões sobre influências externas para iniciar ou permanecer em tratamento, como “*tenho certeza que minha família não me deixaria ficar em casa se não tivesse iniciado o tratamento*”.

b) Circunstâncias 2: esta seção tem três questões sobre influências externas para deixar o tratamento, como: “*estou preocupado de ter sérios problemas financeiros se permanecer em tratamento*”.

c) Motivação: esta seção tem cinco questões que abordam o reconhecimento interno da necessidade de mudança, como: “*para mim, é mais importante que qualquer coisa que eu pare de usar drogas*”

d) Prontidão: por fim, esta seção tem sete questões sobre a prontidão para iniciar tratamento, como: *“não acredito que possa parar de usar drogas com ajuda de amigos, família ou religião. Eu realmente preciso de algum tipo de tratamento”*

Os autores do instrumento apresentaram os valores de validade interna das escalas de acordo com os resultados de 30 estudos individuais que utilizaram o CMR. Para Circunstâncias 1 apenas afirmaram que os valores de validade interna são usualmente baixos quando o instrumento é aplicado em amostras de utentes em tratamento ambulatorial. Para Circunstâncias 2, a validade interna tem um valor de $\alpha=.50$, para Motivação e Prontidão os valores de α variam entre .60 e .80 e para o score total do instrumento, os valores de α variam entre .70 e .80.

2.3.4 MacArthur Coercion Study - Short form (MAC)

O MacArthur Coercion Study foi um instrumento desenvolvido para avaliar a percepção de coerção em indivíduos encaminhados para hospitais psiquiátricos, porém já foi utilizado anteriormente, por Wild, Newron-Taylor & Aletto (1998) em uma amostra de dependentes de substâncias. Esse instrumento é dividido em coerção percebida, pressões negativas, justiça processual e reações afetivas ao ser admitido em tratamento. O instrumento tem questões de resposta “verdadeiro” ou “falso”, sendo verdadeiro=0 e falso=1, quanto maior o escore final maior a coerção percebida, maiores as pressões negativas presentes e menor a justiça processual. As questões 12 e 13 tem escore reverso, ou seja, verdadeiro=1 e falso=0. Ainda, o item 9 não é mais utilizado para avaliar os resultados deste instrumento.

a) Coerção percebida: consiste nas questões 1, 4, 7, 14 e 15. É avaliada de acordo com afirmações como: “eu escolhi vir para o tratamento”; “foi minha ideia vir para o tratamento”.

b) Pressões Negativas: consiste nas questões 2, 6, 8, 10, 11, 12. É avaliada de acordo com afirmações como “alguém ameaçou-me a vir para o tratamento” ou “disseram que fariam com que eu viesse”.

c) Justiça processual: consiste nas questões 3, 5 e 13. É avaliada de acordo com afirmações como: “eu tive oportunidade para dizer se queria vir ao centro de tratamento” e “eu pude dizer o que pensava sobre realizar o tratamento”

d) Reações afetivas ao ser admitido em tratamento: consiste na questão 16. É avaliada pela pergunta “como sentiu-se ao ser admitido para tratamento?”, cuja resposta pode ser com raiva, triste, satisfeito, aliviado, confuso ou com medo. Nesta seção não é calculado um escore, servindo apenas a título descritivo.

Os autores do instrumento não apresentaram os valores de validade interna das escalas. Porém, o trabalho de Golay et al. (2017) que avaliou a validade interna do instrumento, obteve os valores de $\alpha=.79$ para a percepção de coerção, $\alpha=.83$ para pressões negativas, $\alpha=.78$ para justiça processual e de $.91$ para o score total da escala.

2.4 Amostra

2.4.1 Caracterização sociodemográfica

A amostra do presente estudo é constituída por 89 indivíduos, com idades compreendidas entre 20 e 72 anos, sendo média das idades 44,83 anos (DP 11,08). O grupo voluntário compreende 52 indivíduos e o grupo de encaminhados pelo Sistema de Justiça (ESJ) compreende 37 indivíduos. A média de idade do grupo voluntário é 45,8 anos (DP 10,91) e média de idade do grupo ESJ é de 43,45 anos (DP 11,32), não havendo uma diferença significativa de idade entre os grupos. Sobre o género, 81 participantes são homens (84,6% dos voluntários e 100% dos ESJ) e 8 participantes são mulheres (100% voluntárias), o que apresentou, de acordo com o teste do Qui-Quadrado, uma diferença significativa entre os grupos de $p=.034$.

Relativamente ao estado civil dos participantes voluntários ($n=52$), 16 são solteiros (30,8%), 22 são casados ou em união de facto (42,3%), 11 são divorciados ou separados (21,2%) e 3 são viúvos (5,8%). No grupo ESJ ($n=37$) 22 são solteiros (59,5%), 7 são casados ou em união de facto (18,9%), 8 são divorciados ou separados (21,6%) e não há participantes viúvos neste grupo. De acordo com o teste do Qui-Quadrado houve diferenças significativas entre os grupos de $p=.019$.

Sobre a situação de coabitação, o grupo de voluntários apresentou 26,9% dos indivíduos a morar com a família de origem, 15,4% a morar sozinhos, 21,2% a morar apenas com companheiro, 23,1% com companheiro e filhos, 1,9% com companheiro e família de origem e com companheiro, filhos e família de origem e 9,6% apontaram sua situação de coabitação como outro. No grupo ESJ, 48,6% dos indivíduos estavam a morar com família de origem, 18,9% sozinhos, 10,8% apenas com companheiro e com companheiro e filhos, 2,7 % com companheiro e família de origem e com companheiro, filhos e família de origem, e 5,4% como outro. A situação “outro” obteve respostas justificadas de “apenas com filho” e “no trabalho”. A situação de coabitação não apresentou diferenças significativas entre os grupos.

Quanto ao ano de escolaridade completo, 48,1% do grupo voluntário e 51,4% do grupo ESJ completaram até o sexto ano, 28,8% do grupo voluntário e 37,8% do grupo ESJ apontou ter completo entre o sétimo e o nono ano e, por fim, 23,1% do grupo voluntário e 10,8% do grupo ESJ completaram entre o décimo e o décimo segundo ano de escolaridade. Para esta variável não há diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Voluntários (n=52) n(%)	ESJ (n=37) n(%)	χ^2 (df)	<i>p</i>
Género			4,15(1)	.034*
Masculino	44 (84,6)	37 (100)		
Feminino	8 (15,4)	0		
Idade (Média ±DP)	45,8 ± 10,91	43,45 ± 11,32		.327
Nacionalidade			.60(1)	.807
Portuguesa	51 (98,1)	36 (97,3)		
Estrangeira	1 (1,9)	1 (2,7)		
Estado Civil			9,93(3)	.019*
Solteiro	16 (30,8)	22 (59,5)		
Casado/União de Facto	22 (42,3)	7 (18,9)		
Divorciado/Separado	11 (21,2)	8 (21,6)		
Viúvo	3 (5,8)	0		
Situação de Coabitação			6,78(6)	.341
Família de Origem	14 (26,9)	18 (48,6)		
Sozinho	8 (15,4)	7 (18,9)		
Apenas Companheiro	11 (21,2)	4 (10,8)		
Companheiro e filhos	12 (23,1)	4 (10,8)		
Companheiro e família de origem	1 (1,9)	1 (2,7)		
Companheiro, filhos e família de origem	1 (1,9)	1 (2,7)		
Outro	5 (9,6)	2 (5,4)		
Ano de Escolaridade Completo				
Até o sexto ano	25 (48,1)	19 (51,4)	.09(1)	.761
Sétimo ao nono ano	15 (28,8)	14 (37,8)	.79(1)	.372
Décimo ao décimo segundo ano	12 (23,1)	4 (10,8)	2,20(1)	.137
Situação Profissional			.87(3)	.832
Empregado	27 (51,9)	22 (59,5)		
Desempregado	18 (34,6)	12 (32,4)		
Estudante/Formação				
Profissional	3 (5,8)	1 (2,7)		
Outro	4 (7,7)	2 (5,4)		

Nota: n: número de indivíduos, %: prevalência, ESJ: encaminhados pelo Sistema de Justiça; DP: desvio padrão, *Diferença significativa a .05

2.4.2 Informações sobre o tratamento atual

Além das variáveis sociodemográficas, foram recolhidas informações sobre o tratamento atual dos participantes. Os meses em tratamento e o número de vezes que o utente aceitou realizar tratamento são variáveis quantitativas, portanto, para além das medidas de frequência e prevalência, foi realizado o teste de Mann-Whitney para analisar as *mean ranks* entre os grupos.

O tempo em tratamento, medido em meses, apresentou para o grupo voluntário, uma prevalência de 23% em tratamento pelo período de 3 a 6 meses, 32,7% de 7 a 12 meses, 15,3% de 19 a 24 meses e 7,6% de 25 a 29 meses. Para o grupo ESJ, 24,3% estava em tratamento pelo período de 3 a 6 meses, 29,7% de 7 a 12 meses, 37,8% de 13 a 18 meses, 5,4% de 19 a 24 meses e 2,7% de 25 a 29 meses. A média dos *ranks* para o grupo voluntário foi de 46,97 e para o grupo ESJ de 42,23. Não houve diferença significativa entre os grupos ($U=859.5$; $p=.393$). Relativo ao número de vezes que o utente aceitou realizar tratamento, mais da metade de ambos os grupos (53,8% dos voluntários e 56,8% do ESJ) estavam a realizar tratamento pela primeira vez. Aqueles que estavam a realizar de duas a três vezes o tratamento, 32,7% são voluntários e 43,2% são ESJ. Quanto aqueles que estavam a realizar tratamento pela quarta vez, ou mais, 13,5% são voluntários, não havendo nenhum ESJ. As médias dos *ranks* para esta variável foram de 47,36 para os voluntários e 41,70 para ESJ, não havendo diferença significativa entre os grupos ($U=840$; $p=.262$).

Tabela 2: Caracterização da amostra quanto as informações do tratamento atual – Teste de Mann-Whitney

Variáveis	Voluntários (n=52)	ESJ (n=37)	U	Z	p
	n(%)	n(%)			
Meses em tratamento					.393
Mean Ranks	46,97	42,23	859.5	-.854	
3 a 6 meses	12 (23)	9 (24,3)			
7 a 12 meses	17 (32,7)	11 (29,7)			
13 a 18 meses	11(21)	14(37,8)			
19 a 24 meses	8 (15,3)	2 (5,4)			
25 a 29 meses	4 (7,6)	1 (2,7)			
Número de vezes que aceitou tratamento			840	-1.12	.262
Mean Ranks	47,36	41,70			
Primeira vez	28 (53,8)	21 (56,8)			
Duas a três vezes	17 (32,7)	16 (43,2)			
Quatro ou mais vezes	7 (13,5)	0			

Quanto a principal substância consumida ao tempo de entrada no tratamento, os resultados de frequência e prevalência no grupo voluntário foram de: cannabis 3 (5,8%), cocaína 5 (9,6%), heroína 5(9,6%), heroína e cocaína 16 (30,8%) e álcool 23 (44,2%). Para o grupo ESJ os resultados foram: cannabis 13 (35,1%), cocaína 3 (8,1%), heroína e cocaína 2 (5,4%) e álcool 19 (51,4%). Para esta variável houve uma diferença significativa de $p < .001$. Sobre o tipo de tratamento que estavam a realizar, os tratamentos apontados pelos participantes foram de consulta de psicoterapias e tratamento de agonistas de opiáceos. O grupo voluntário apresentou 33 (62,5%) indivíduos em consulta de psicoterapias e 19 (51,4%) em tratamento de agonistas de opiáceos e o grupo ESJ obteve 35 (94,6%) participantes em psicoterapia e 2 (5,4%) em tratamento de agonistas de opiáceos. Esta variável também apresentou uma diferença significativa entre os grupos ($p = .001$).

Tabela 3: Caracterização da amostra quanto as informações do tratamento atual – Teste do Qui-Quadrado

Variáveis	Voluntários (n=52) n(%)	ESJ (n=37) n(%)	χ^2 (df)	<i>p</i>
Principal substância consumida			21.09 (4)	<.001**
Cannabis	3 (5,8)	13 (35,1)		
Cocaína	5 (9,6)	3 (8,1)		
Heroína	5 (9,6)	0		
Heroína e cocaína	16 (30,8)	2 (5,4)		
Álcool	23 (44,2)	19 (51,4)		
Tipo de tratamento			11.62(1)	.001**
Consulta de psicoterapias	33 (62,5)	35 (94,6)		
Tratamento de agonistas de opiáceos	19 (36,5)	2 (5,4)		

Nota: **Diferença significativa a .001

2.5 Análise estatística dos dados

Os procedimentos estatísticos realizados no tratamento dos dados quantitativos foram de análise estatística descritiva e inferencial. Para realizar estes procedimentos foi criada uma base de dados no software IBM SPSS Statistics 24, para organizar e gerir as variáveis, e proceder à sua análise estatística.

2.5.1 *Análise estatística descritiva*

A análise estatística descritiva incluiu medidas de tendência central e medidas de dispersão. No que compete as variáveis quantitativas, como a idade e tempo em tratamento, utilizaram-se medidas de média e desvio padrão, para verificar a dispersão dos valores face ao valor médio. Quanto as variáveis qualitativas, como as variáveis sociodemográficas (género, nacionalidade, estado civil, grau de escolaridade e situação de coabitação) e de informações sobre o tratamento atual (principal substância consumida, tipo de entrada e tipo de tratamento) foram utilizadas medidas de frequência, dada sua natureza categórica, e calculadas através da percentagem.

Quanto a consistência da validade interna das escalas utilizadas, utilizou-se o índice de Cronbach (α). Os padrões estatísticos de α foram considerados de acordo com Hill & Hill (2000), onde valores de α inferiores a 0.60 são considerados inaceitáveis, valores entre 0.60 e 0.70 são aceitáveis, entre .70 e .80 razoáveis, valores entre .80 e .90 bons e valores acima de .90 excelentes.

2.5.2 *Análise estatística inferencial*

A análise inferencial foi composta por testes de comparações entre grupos, comparação de médias, testes de verificação de relações entre as variáveis e regressões.

Primeiramente foram aferidos os pressupostos de normalidade da distribuição da amostra, para cada grupo. O teste utilizado foi de *Kolmogorov-Smirnov*, visto que a amostra é constituída por mais de 50 indivíduos (Marôco, 2018). Os resultados deste teste demonstraram que a maioria das variáveis não segue uma distribuição normal, dado que o valor de *p-value* foi menor que .05 (ver anexo V). Portanto, foram conduzidos testes não paramétricos.

A considerar que os testes foram de natureza comparativa, realizou-se o teste do Qui-Quadrado (χ^2) para aferir a frequência e prevalência de determinada característica em cada grupo. Este teste permitiu, também, verificar se houveram diferenças estatisticamente significativas em determinadas características, entre os dois grupos.

Para comparar as funções de distribuição de uma variável ordinal nos grupos voluntário e encaminhados pelo Sistema de Justiça, foi utilizado o teste de Mann-Whitney, como alternativa ao teste t de amostras independentes (Marôco, 2018). Este teste permitiu averiguar a pontuação média das escalas nomeadamente quanto as escalas de meses em tratamento, número de vezes que o utente aceitou o tratamento, de saúde física e psicológica, de

motivação e prontidão para tratamento e de coerção percebida, no grupo de voluntários e de encaminhados pelo Sistema e Justiça.

Relativo aos testes de correlação entre variáveis, foram utilizadas medidas de coeficientes de correlação para aferir a intensidade e direção da associação entre variáveis. Quando analisadas variáveis quantitativas e nominais, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*, que é uma alternativa não paramétrica ao coeficiente de correlação de *Pearson*, dado que as variáveis não seguem uma distribuição normal. (Marôco, 2018)

As medidas de associação variam entre -1 e 1. Os valores de correlação obtidos, foram analisados de acordo com a sistematização de Cohen, onde: valores entre -1 e -0,5 e entre 0,5 e 1 significam correlações elevadas; valores entre -0,5 e -0,3 e entre 0,3 e 0,5 significam correlações moderadas; e valores entre -0,3 e 0 e entre 0,3 e 0 significam correlações fracas. Ainda, para verificar a significância da correlação, recorreu-se ao valor de *p-value*, sendo a correlação estatisticamente significativa quando o valor fosse inferior a .05.

Por fim, foram realizados testes de regressões lineares e logísticas, para verificar se o tipo de entrada no programa de tratamento, a motivação para tratamento ou a coerção percebida poderiam explicar alguns resultados do tratamento. A regressão logística foi realizada para as variáveis categóricas de consumo de substâncias em geral, consumo de substâncias ilícitas e consumo de álcool e a regressão linear foi realizada para as variáveis quantitativas de saúde física e psicológica. Foram realizados os testes de diagnóstico de multicolinearidade e independência de resíduos, nomeadamente VIF e Tolerância, os quais deveriam ter os valores de resultado aceitáveis de $VIF < 5$ e Tolerância $> .20$. Quanto aos modelos de regressão linear utilizou-se o método *enter*, inserindo todos os preditores como variáveis independentes do modelo de regressão. Na análise foram considerados os valores de β , SE, β estandardizado, *t* e *p*, bem como os valores de modelo de R^2 e ANOVA (F). Para a regressão logística, foram utilizados os valores de R^2_N (R^2 de Nagelkerke)²³, de B, SE e Exp (β), Wald e de *p*.

II – Resultados

Neste título serão descritos os dados quantitativos recolhidos através de um questionário, o qual foi administrado para um total de 89 utentes em tratamento. Serão apresentados os dados dos resultados do tratamento: sobre consumo de substâncias, comportamentos de risco à saúde, saúde física e psicológica, funcionamento social e atividade criminal, recolhidos

²³O valor de R^2 de Nagelkerke varia entre 0 e 1, quanto mais próximo o resultado for de 1, mais perfeito é o modelo analisado. (Nagelkerke, 1991)

através do Maudsley Addiction Profile (MAP). Em seguida serão dispostos os resultados sobre a motivação e prontidão para tratamento, de acordo com o Circumstance, Motivation and Readiness (CMR) e os resultados sobre percepção de coerção para tratamento, de acordo com o MacArthur Coercion Study. Em todas essas dimensões foram realizados testes de comparação entre os voluntários e os encaminhados pelo Sistema de Justiça para testar se há diferença entre os grupos.

1. Resultados do tratamento

1.1 Consumo de substâncias

O primeiro resultado de tratamento avaliado é o consumo de substâncias após o início do tratamento. De acordo com o teste Qui-Quadrado, foi aferida a frequência e prevalência do consumo nos indivíduos do grupo voluntário e ESJ.

Os resultados sobre o consumo de substâncias em geral nos últimos 30 dias, apontam para uma prevalência de 44,2% para o grupo voluntário e 67,6% para o grupo ESJ. Quanto o consumo de substâncias ilícitas, o grupo voluntário teve uma prevalência de 17,3% e o grupo ESJ de 29,7%. Sobre o consumo de substâncias específicas, para o cannabis os voluntários acusaram uma prevalência de 1,9% dos indivíduos e 21,6% do grupo ESJ; para o álcool os voluntários apresentaram 26,9% e o grupo ESJ 37,8%; para a heroína os voluntários apresentaram 7,7% e o grupo ESJ 2,7%; para a cocaína os voluntários acusaram 1,9% e o grupo ESJ teve 0; por fim, para a cocaína crack os voluntários apresentaram 11,5% dos indivíduos e o grupo ESJ 5,4%.

De acordo com o teste Qui-Quadrado realizado com as variáveis de consumo após início de tratamento e o tipo de entrada em tratamento, apenas as variáveis de consumo de substâncias em geral ($\chi^2(1)=4,73$; $p=0,029$) e consumo de cannabis ($\chi^2(1)=9,22$; $p=.002$) apresentaram uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, sendo em ambos o consumo superior no grupo ESJ comparativamente aos voluntários.

Tabela 4: Frequência e prevalência do consumo de substâncias após início do tratamento de voluntários e encaminhados pelo Sistema de Justiça

Variáveis	Voluntários (n=52) n(%)	ESJ (n=37) n(%)	χ^2 (df)	p
Consumo de substâncias em geral nos últimos 30 dias			4,73(1)	.029*
Sim	23 (44,2)	25 (67,6)		
Não	29 (55,8)	12 (32,4)		
Consumo de substâncias ilícitas nos últimos 30 dias			1,91(1)	.166
Sim	9(17,3)	11 (29,7)		
Não	43(82,7)	26(70,3)		
Consumo de cannabis nos últimos 30 dias			9,22(1)	.002**
Sim	1(1,9)	8 (21,6)		
Não	51(98,1)	29 (78,4)		
Consumo de álcool nos últimos 30 dias			1,19(1)	.274
Sim	14 (26,9)	14 (37,8)		
Não	38 (73,1)	23 (62,2)		
Consumo de heroína nos últimos 30 dias			1,01(1)	.314
Sim	4 (7,7)	1 (2,7)		
Não	48 (92,3)	36 (97,3)		
Consumo de cocaína nos últimos 30 dias			0,72(1)	.396
Sim	1 (1,9)	0		
Não	51(98,1)	37 (100)		
Consumo de cocaína crack nos últimos 30 dias			0,99(1)	.319
Sim	6 (11,5)	2 (5,4)		
Não	46 (88,5)	35 (94,6)		

Nota: *Diferença significativa a .05 **Diferença significativa a .01

2.2 Comportamentos de risco à saúde

O segundo resultado do tratamento analisado é a frequência de comportamentos de risco à saúde. Estes comportamentos de risco são, nomeadamente, se o utente teve uma overdose, se ocorreu o consumo de substâncias injetáveis, se fez uso de seringas compartilhadas e se teve relações sexuais sem o uso de preservativo. Sobre a overdose, apenas um indivíduo do grupo voluntário (1,9%) afirmou ter ocorrido nos últimos 30 dias. Quanto ao consumo de

substâncias injetáveis, dois indivíduos do grupo voluntário relataram este consumo (3,8%). Sobre ter realizado relações sexuais sem uso de preservativo, há uma frequência de 24 participantes do grupo voluntário (54,5%) e 20 do grupo ESJ (45,5%). Nenhum indivíduo, em ambos grupos, reportou o uso de seringas compartilhadas. De acordo com o teste Qui-Quadrado, nenhuma das variáveis apresentou diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 5: Frequência e prevalência de comportamentos de risco à saúde de voluntários e encaminhados pelo Sistema de Justiça

Variáveis	Voluntários (n=52) n(%)	ESJ (n=37) n(%)	$\chi^2(df)$	<i>p</i>
Overdose nos últimos 30 dias			.72(1)	.396
Sim	1 (1,9)	0		
Não	51 (98,1)	37 (100)		
Consumo de substâncias injetáveis			1,45(1)	.228
Sim	2 (3,8)	0		
Não	50 (96,2)	37 (100)		
Relações sexuais sem uso de preservativo			.54(1)	.463
Sim	24 (54,5)	20 (45,5)		
Não	28 (62,2)	17 (37,8)		

2.3 Saúde física e psicológica

O terceiro resultado de tratamento é de saúde física e psicológica dos participantes, a qual foi medida através de uma escala Likert de cinco pontos, na qual quanto maior a pontuação, pior o resultado de saúde. Foi realizado também o teste de validade interna destas escalas, que resultou em bons valores de α , sendo para a escala de saúde física $\alpha=.87$, e para a escala de saúde psicológica $\alpha=.88$.

Relativo a saúde física dos utentes, constatou-se que os indivíduos voluntários apresentaram uma média de *ranks* de 47,2 e os indivíduos encaminhados pelo Sistema de Justiça uma média de 42,03. Quanto à saúde psicológica, os voluntários apresentaram média de *ranks* de 47,55 e os encaminhados pelo Sistema de Justiça uma média de 41,42. Em ambas os voluntários apresentaram uma média maior que os encaminhados pelo Sistema de Justiça, entretanto, as diferenças entre grupos não são significativas quer para saúde física ($U=852$; $p=.358$) quer para a saúde psicológica ($U=829,5$; $p=.269$).

Tabela 6: Comparação das médias de saúde física e psicológica de voluntários e Encaminhados pelo Sistema de Justiça – Teste de Mann Whitney

Escala de saúde	Voluntários (n=52)	ESJ (n=37)	U	Z	p
	MR	MR			
Física ($\alpha=.87$)	47,12	42,03	852	-.919	.358
Psicológica ($\alpha=.88$)	47,55	41,42	829,5	-1.107	.269

Nota: MR = *Mean Ranks*; α = alfa de Cronbach

2.4 Funcionamento social

As variáveis de funcionamento social avaliadas foram se o indivíduo teve um trabalho remunerado nos últimos 30 dias (incluindo trabalho casual), a situação de moradia nos últimos 30 dias e a percentagem de conflito entre o utente e parceira(o), família, filhos menores de 18 anos e amigos.

Para as variáveis de trabalho remunerado e moradia nos últimos 30 dias, há uma prevalência de 59,6% de voluntários e 67,6% de encaminhados pelo Sistema de Justiça que tiveram um trabalho, mesmo que casual, nos 30 dias anteriores à entrevista. Acerca da moradia, 67,3% dos voluntários e 81,1% dos ESJ disseram estar morando em casa própria ou alugada, 28,8% dos voluntários e 13,5% dos ESJ estavam em casa de parentes, companheiros ou amigos, 1,9% dos voluntários e 5,4% dos ESJ disseram que estavam a morar em *hostel* ou acomodação temporária, e 1,9% dos voluntários apontou como “outro” a sua situação de moradia, a qual foi especificada como “no trabalho”. Nenhuma destas variáveis apresentou uma diferença significativa entre os grupos.

Tabela 7: Frequência e prevalência do trabalho remunerado e moradia nos últimos 30 dias de voluntários e encaminhados pelo Sistema de Justiça

Variáveis	Voluntários (n=52) n(%)	ESJ (n=37) n(%)	χ^2 (df)	<i>p</i>
Trabalho Remunerado			.586(1)	.444
Sim	31 (59,6%)	25 (67,6%)		
Não	21 (40,4%)	12 (32,4%)		
Moradia dos últimos 30 dias			4.31(3)	.230
Casa própria ou alugada	35 (67,3%)	30 (81,1%)		
Casa de parentes, companheiros ou amigos	15 (28,8%)	5 (13,5%)		
Hostel ou acomodação temporária	1 (1,9%)	2 (5,4%)		
Outro	1 (1,9%)	0		

Para analisar a variável de conflito, foi utilizado o teste de Mann-Whitney, dada a natureza quantitativa da variável. Destaque-se que nenhum dos indivíduos da amostra (n=89) reportou conflito com filhos menores de 18 anos e, portanto, este resultado não foi incluído na Tabela 8. Para o conflito com parceira(o) (U=847; p=.728) o grupo voluntário apresentou *Mean Ranks* de 44,71 e o grupo ESJ um valor de 45,41. Relativo ao conflito com familiares (U=896; p=.206) o grupo voluntário apresentou um *Mean Ranks* de 46,27 e o grupo ESJ de 43,22. Por último, quanto ao conflito com amigos (U=954; p=.795), o grupo voluntário obteve um *Mean Ranks* de 44,85 e o grupo ESJ de 45,22. Nenhum dos tipos de conflitos apresentou diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 8: Comparação de conflitos entre voluntários e encaminhados pelo Sistema de Justiça – Teste de Mann-Whitney

Variável	Voluntários (n=52) MR	EJS (n=37) MR	U	Z	<i>p</i>
Conflito parceira(o)	44,71	45,41	947	-0,34	.728
Conflito família	46,27	43,22	896	-1,26	.206
Conflito amigos	44,85	45,22	954	-,25	.795

Nota: MR – Mean Ranks

2.5 Atividade criminal

Relativo a atividade criminal praticada nos 30 dias anteriores à entrevista, foi realizado o teste do Qui-Quadrado para aferir a frequência e prevalência dos atos. Apenas um indivíduo do grupo voluntário relatou ter cometido um crime, ou seja, 1,9% deste grupo. Não há diferença significativa entre os grupos.

Tabela 9: Frequência e prevalência de atividade criminal de voluntários e encaminhados pelo Sistema de Justiça

Variável	Voluntários (n=52)	ESJ (n=37)	χ^2 (df)	<i>p</i>
Atividade criminal nos últimos 30 dias			0,72(1)	0,396
Sim n(%)	1 (1,9%)	0		
Não n(%)	51 (98,1%)	37 (100%)		

3. Motivação para tratamento

A motivação para tratamento foi aferida de acordo com os scores das escalas do instrumento CMR, realizada a comparação entre as médias e desvio padrão das variáveis para cada grupo e o teste de Mann-Whitney. De acordo com as médias dos scores, o grupo voluntário apresenta uma média maior que o grupo de encaminhados pelo Sistema de justiça em todas as escalas (Tabela 10). Ainda, foram analisadas as consistências internas das escalas, pelo que a escala de motivação para tratamento ($\alpha=,88$) obteve um bom valor de α , as escalas de circunstâncias 2 ($\alpha=,71$), prontidão para tratamento ($\alpha=,71$), valor total do CMR ($\alpha=,78$) obtiveram valores razoáveis e a escala de circunstâncias 1 ($\alpha=,67$) apresenta um valor de α considerado aceitável.

Quanto aos resultados obtidos do teste de hipóteses de Mann-Whitney, apenas os scores de Circunstâncias 1 tem a mesma distribuição entre as categorias nos dois grupos ($U= 732$; $p=.052$). O restante das escalas apresentaram diferenças significativas entre os scores do grupo voluntário e encaminhados pelo Sistema de Justiça. A escala de circunstâncias 2 ($U=626,5$; $p = .004$) apresentou *Mean Ranks* de 51,45 para os voluntários e 35,93 para ESJ, motivação para tratamento ($U=335$; $p <.001$) apresentou valores de *Mean Ranks* de 57,06 para os voluntários e 28,05 para ESJ, a prontidão para tratamento ($U= 230$; $p <.001$) obteve médias de *ranks* de 59,08 para voluntários e 25,22 para ESJ, e por fim, o score total do CMR ($U=254,5$; $p <.001$) apresentou médias de *ranks* de 58,61 para voluntários e 25,88 para ESJ.

Tabela 10: Comparação dos resultados do CMR entre voluntários e encaminhados pelo Sistema de Justiça – Teste Mann-Whitney

Escala	Voluntários (n=52) Mean Ranks	ESJ (n=37) Mean Ranks	U	Z	p
Circunstâncias 1 ($\alpha=.67$)	49,42	38,78	732	-1,93	.052
Circunstâncias 2 ($\alpha=.71$)	51,45	35,93	626,5	-2,86	.004**
Motivação ($\alpha=.88$)	57,06	28,05	335	-5,24	<.001 **
Prontidão ($\alpha=.71$)	59,08	25,22	230	-6,11	<.001 **
Score Total ($\alpha=.78$)	58,61	25,88	254,5	-5,89	<.001 **

Nota: **Diferença significativa a .01

4. Coerção percebida

A coerção percebida dos participantes, foi aferida através dos resultados do MacArthur Coercion Study. Acerca da validade interna, as escalas de percepção de coerção ($\alpha=.78$), as pressões negativas ($\alpha=.76$), e score total do MacArthur ($\alpha=.79$), apresentaram valores razoáveis de α . A escala de justiça processual ($\alpha=.69$) apresenta um valor de α aceitável.

De acordo com os resultados desta escala, os voluntários apresentam médias de coerção percebida de 31,53 e os encaminhados pelo Sistema de Justiça de 63,93, com uma diferença significativa de $U=261,5$; $p < .001$. Os voluntários apresentaram resultados de pressões negativas de uma média de *ranks* de 37,67 e os ESJ uma média de 55,30 com uma diferença significativa de $U=581$; $p=.001$. Quanto a justiça processual, o grupo voluntário apresentou uma média de *ranks* de 29,49 e o grupo ESJ uma média de 66,80, com um valor de $U=155,5$; $p = .001$. Por fim, quanto o score total do MacArthur, obteve-se uma média de *ranks* de 41,48 para os voluntários e uma média de 49,95 para o grupo ESJ, também com diferenças significativas de $U=779$; $p < .001$. Assim, todos os scores apresentaram uma diferença significativa entre os grupos em que pese a percepção de coerção para iniciar o tratamento, sendo as médias sempre maiores no grupo ESJ.

Tabela 11: Comparação dos resultados do MacArthur entre voluntários e encaminhados pelo Sistema de Justiça – Teste Mann-Whitney

Escala	Voluntários (n=52) Mean Ranks	ESJ (n=37) Mean Ranks	U	Z	p
Coerção percebida ($\alpha=.78$)	31,53	63,93	261,5	-6,04	<.001**
Pressões negativas ($\alpha=.76$)	37,67	55,30	581	-3,37	.001**
Justiça processual ($\alpha=.69$)	29,49	66,80	155,5	-7,37	<.001**
Score Total ($\alpha=.79$)	41,48	49,95	779	-1,54	<.001**

Nota: **Diferença significativa a .01

5. Medidas de associação

5.1 Testes de correlação

Foram realizados testes de correlação entre os resultados de tratamento, motivação e coerção. Para aferir a existência de uma correlação foi considerado o coeficiente de correlação de *Spearman*, atendendo as diferentes magnitudes das variáveis, não limitando as correlações a relações lineares. (Marôco, 2018)

Os resultados de correlação entre a motivação e o consumo de substâncias em geral foi de uma correlação negativa e fraca ($r_s = -.180$). Para o consumo de álcool, a correlação foi negativa e fraca ($r_s = -.216$), mas apresentou significância ($p = .042$). Para o consumo de substâncias ilícitas, obteve uma correlação positiva fraca ($r_s = .025$). Quanto ao consumo e a coerção, verificou-se uma correlação positiva e fraca para o consumo de substâncias em geral ($r_s = .135$) e para o consumo de álcool ($r_s = .180$). Para o consumo de substâncias ilícitas verificou-se uma correlação fraca e negativa ($r_s = -.033$). Nenhuma das correlações entre consumo e coerção apresentou significância.

Relativo aos comportamentos de risco à saúde e a motivação, verificou-se uma correlação fraca e negativa ($r_s = -.154$) para as relações sexuais sem uso de preservativo, não havendo diferenças significativas. Em que pese a correlação dos comportamentos de risco à saúde e a coerção, a prática de relações sexuais sem o uso de preservativo ($r_s = .074$) apresentou correlação fraca positivas, sem significância.

Os resultados da relação entre saúde física e motivação foram de uma correlação positiva fraca ($r_s = .131$). A correlação entre motivação e saúde psicológica é positiva e moderada (r_s

=.233, $p < .05$). Sobre a saúde e a coerção, as correlações obtidas foram fracas e negativas para saúde física ($r_s = -.158$) e saúde psicológica ($r_s = -.162$), não havendo significância.

Quanto ao funcionamento social e a motivação, as correlações de trabalho remunerado ($r_s = -.140$), conflito com parceira(o) ($r_s = -.065$) e conflito com amigos ($r_s = -.021$) foram fracas e negativas. A correlação entre motivação conflito com família ($r_s = .113$) é fraca e positiva. Acerca da correlação entre a coerção e as variáveis de funcionamento social, a correlação de conflito com parceira(o) é fraca e a única positiva ($r = .082$). O restante das variáveis de funcionamento social, nomeadamente, trabalho remunerado ($r_s = -.064$), conflito com familiares ($r_s = -.191$) e conflito com amigos ($r_s = -.099$) foram fracas e negativas. Tanto para motivação como para coerção, não houve correlações significativas para as variáveis de funcionamento social.

Tabela 12: Correlações entre os resultados de tratamento, motivação e coerção

Resultados de tratamento	Motivação		Coerção	
	r_s	p	r_s	p
Consumo				
Consumo de substâncias em geral	-.180	.092	.140	.192
Consumo de álcool	-.216	.042*	.180	.092
Consumo de substâncias ilícitas	.025	.814	-.033	.758
Comportamentos de risco à saúde				
Relações sexuais sem preservativo	-.154	.150	.086	.422
Saúde^a				
Saúde física	.131	.221	-.158	.140
Saúde psicológica	.233	.028*	-.162	.128
Funcionamento social				
Trabalho remunerado	-.134	.210	-.057	.594
Conflito parceira(o)	-.065	.543	.082	.443
Conflito família	.113	.291	-.191	.073
Conflito amigos	-.021	.847	-.099	.358

Nota: *Correlação significativa a .05;

^aA escala de saúde física e psicológica apresenta uma contagem inversa, ou seja, quanto maior a pontuação da escala, pior a saúde dos participantes.

Para além dos resultados de tratamento, foram realizados testes de correlação entre a escala CMR e a escala de MacArthur para verificar se há algum tipo de relação entre as escalas. Todos os resultados de correlação entre estas escalas são negativos, ou seja, quanto maior motivação para tratamento, menor a coerção percebida. Para Circunstâncias 1 (razões

externas para permanecer em programa de tratamento) houve uma correlação moderada entre coerção percebida ($r_s = -.215, p < .05$) e correlações fracas com pressões negativas ($r_s = -.057$), justiça processual ($r_s = -.119$) e score total do MacArthur ($r_s = -.001$). Para Circunstâncias 2 (pressões externas para deixar programa de tratamento), houve uma correlação moderada com coerção percebida ($r_s = -.215, p < .05$) e correlações fracas com pressões negativas ($r_s = -.057$), justiça processual ($r_s = -.119$) e score total do MacArthur ($r_s = -.001$). A motivação apresentou uma correlação forte e significativa com a coerção percebida ($r_s = -.596, p < .01$) e justiça processual ($r_s = -.576, p < .01$). A correlação da motivação e pressões negativas foi moderada e significativa ($r_s = -.222, p < .05$) e a correlação entre motivação e o score total do MacArthur foi fraca ($r_s = -.041$). A prontidão apresentou correlações fortes com coerção percebida ($r_s = -.607, p < .01$) e justiça processual ($r_s = -.644, p < .01$). Para pressões negativas a correlação foi moderada ($r_s = -.294, p < .01$) e para o score total do MacArthur a correlação foi fraca ($r_s = -.139$). Por fim, o score total do CMR obteve uma correlação forte com coerção percebida ($r_s = -.606, p < .01$) e justiça processual ($r_s = -.603, p < .01$), correlação moderada para pressões negativas ($r_s = -.286, p < .01$) e uma correlação fraca para o score total do MacArthur ($r_s = -.054$).

Tabela 13: Correlação entre escalas de motivação e coerção

	Coerção percebida	Pressões negativas	Justiça processual	MacArthur Total
Circunstâncias 1	-.215*	-.057	-.119	-.001
Circunstâncias 2	-.221*	-.199	-.190	-.012
Motivação	-.596**	-.222*	-.576**	-.041
Prontidão	-.607**	-.294**	-.644**	-.139
CMR Total	-.606**	-.286**	-.603**	-.054

Nota: *Correlação significativa a .05; **Correlação significativa a .01

5.2 Regressão linear e logística

Para avaliar se a motivação, percepção de coerção e tipo de entrada são preditoras dos resultados de tratamento, foram utilizadas regressões. Os resultados de tratamento elegidos para a regressão foram o consumo de substâncias em geral, o consumo de substâncias ilícitas, o consumo de álcool, a saúde física e psicológica e a prática de relações sexuais sem uso de preservativo. Para aferir o diagnóstico de multicolinearidade das variáveis independentes, recorreu-se ao VIF (fator de inflação de variância) e a tolerância. Todas as variáveis obtiveram valores aceitáveis de $VIF < 5$ e $Tolerância > .20$.

A considerar que as variáveis dependentes de consumo de substâncias em geral, consumo de substâncias ilícitas, consumo de álcool e prática de relações sexuais sem uso de preservativo, são categóricas, recorreu-se à regressão logística. Quanto a regressão do consumo de substâncias em geral, nenhuma das variáveis independentes revelou-se preditora significativa para este tipo de consumo, conforme apresentado na tabela 14. Para o consumo de substâncias ilícitas, o tipo de entrada revelou-se preditivo na explicação deste consumo ($p < .05$, $\beta = 2.220$). Relativo ao consumo de álcool, a motivação revelou-se preditiva na explicação deste consumo ($p < .01$, $\beta = .917$), sendo o valor de β inferior a 1, quanto maior a motivação, menor o consumo de álcool após início de tratamento. Quanto a prática de relações sexuais sem o uso de preservativo, nenhuma das variáveis revelou-se preditiva.

Tabela 14: Regressão logística - variáveis predictoras do consumo de substâncias em geral

Consumo de substâncias em geral					
Preditor	B	SE	Exp (β)	Wald	<i>p</i>
Tipo de entrada	.175	.290	1.191	.363	.547
Motivação	-.040	.026	.961	2.389	.122
Coerção	.042	.061	1.043	.481	.488
R²_N	.111				
<i>p</i>	.052				

Tabela 15: Regressão logística - variáveis predictoras do consumo de substâncias ilícitas

Consumo de substâncias ilícitas					
Preditor	B	SE	Exp (β)	Wald	<i>p</i>
Tipo de entrada	.798	.381	2.220	4.388	.036*
Motivação	.048	.074	1.050	.426	.514
Coerção	-.294	.245	.745	1.432	.231
R²_N	.081				
<i>p</i>	.182				

Nota: *Regressão significativa a .05

Tabela 16: Regressão logística - variáveis predictoras do consumo de álcool

Consumo de álcool					
Preditor	B	SE	Exp (β)	Wald	<i>p</i>
Tipo de entrada	-.439	.351	.645	1.562	.211
Motivação	-.087	.031	.917	8,037	.005**
Coerção	.032	.066	1.033	.242	.623
R²_N	.165				
<i>p</i>	.011*				

Nota: *Regressão significativa a .05; ** Regressão significativa a .01

Tabela 17: Regressão logística - variáveis preditoras de relações sexuais sem uso de preservativo

Relações sexuais sem uso de preservativo					
Preditor	B	SE	Exp (β)	Wald	<i>p</i>
Tipo de entrada	.120	.283	1,128	.180	.671
Motivação	-.004	.024	.996	.028	.867
Coerção	.012	.058	1,012	.046	.830
R^2_N	.009				
<i>p</i>	.893				

Dada a natureza quantitativa das variáveis dependentes de saúde física e psicológica, recorreu-se à regressão linear. Tanto para o modelo de saúde física como para o modelo de saúde psicológica, nenhuma das variáveis independentes revelou-se como preditora das variáveis dependentes.

Tabela 18: Regressão linear - variáveis preditoras de saúde física

Saúde física					
Preditor	<i>B</i>	SE <i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Tipo de entrada	.128	.998	.018	.128	.898
Motivação	.149	.207	.104	.719	.474
Coerção	-.507	.648	-.120	-.783	.436
R^2	.036				
F	1.066				
<i>p</i>	.368				

Tabela 19: Regressão linear – variáveis preditoras de saúde psicológica

Saúde psicológica					
Preditor	<i>B</i>	SE <i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Tipo de entrada	.052	.987	.008	.054	.957
Motivação	.325	.202	.227	1.604	.112
Coerção	-.265	.634	-.063	-.417	.678
R^2	.071				
F	2.168				
<i>p</i>	.098				

CAPÍTULO III – ESTUDO QUALITATIVO

I – Metodologia

Neste capítulo será apresentado o estudo qualitativo, de carácter exploratório, realizado de forma a complementar o questionário. Primeiramente, serão abordadas as questões de investigação formuladas. Em seguida, será demonstrada a seleção e caracterização da amostra e o procedimento da entrevista. Por fim, serão descritas as dimensões do guião de entrevista e a análise de dados.

1. Questões de investigação

O objetivo de implementar um estudo qualitativo no presente estudo, foi de explorar de forma mais aprofundada a eficácia da coerção legal, em comparação com a entrada voluntária, nos resultados do tratamento por uma perspetiva mais subjetiva dos utentes em tratamento. Para tal, foram criadas as seguintes questões de investigação:

- I. Quais motivos os participantes indicam para estar a realizar tratamento?; De que forma os participantes percebem a sua necessidade de estar em tratamento?
- II. Os participantes atribuem mudanças pessoais e interpessoais ao tratamento?; Estas mudanças são positivas ou negativas?
- III. Qual a percepção dos participantes sobre a pressão para iniciar o tratamento?; O encaminhamento para tratamento realizado pelo Sistema de Justiça é percebido como legítimo?; Qual o impacto percebido da coerção legal na retenção em tratamento para os indivíduos encaminhados pelo Sistema de Justiça?

1.2 Amostra

A amostra para os dados qualitativos deste estudo foi recolhida em conjunto com a amostra dos dados quantitativos. Ao ser entregue o questionário citado no subtítulo 2.3, foi também perguntado aos participantes se estariam disponíveis para participar de uma entrevista subsequente. A seleção destes indivíduos foi de acordo com os mesmos critérios da amostra quantitativa, com um total de 50 utentes que aceitaram responder a entrevista. A amostra é constituída por 45 homens e 5 mulheres, com média de idade de 44,12 ($\pm 10,524$), sendo 25 utentes voluntários e 25 encaminhados pelo Sistema de Justiça.

1.3 Procedimento da entrevista

Quanto ao procedimento da recolha de dados qualitativos, foi realizada uma entrevista semiestruturada, baseada em um guião previamente elaborado, conforme anexo VI. A estrutura do guião está em disposta de acordo com os temas de motivação, coerção e efeitos de tratamento. Após o preenchimento do questionário, foram entrevistados os participantes que concordaram em responder a entrevista. Antes de iniciar a entrevista, foi reforçada a garantia de anonimato e confidencialidade, bem como o carácter voluntário do estudo. Por último, foi informado que a entrevista não seria gravada, mas sim apontada de forma minuciosa e exata pela investigadora.

1.3.1 Dimensões abordadas na entrevista

Foram explorados três temas centrais para a realização da entrevista: a motivação, os efeitos do tratamento e a percepção da coerção e/ou pressão para entrada em tratamento. Destes temas centrais, buscou-se explorar:

- i) os motivos pelos quais o utente está a realizar tratamento;
- ii) o efeito do tratamento atual na redução ou cessação do consumo e a intenção do entrevistado de parar de consumir com ou sem ajuda do tratamento;
- iii) o reconhecimento dos efeitos do tratamento em problemas de forma geral e nas relações interpessoais;
- iv) a percepção de pressão por familiares, amigos ou empregadores para iniciar tratamento ou a percepção de coerção legal pelo Sistema de Justiça;
- v) percepção da legitimidade do encaminhamento para tratamento por parte do Sistema de Justiça, do ponto de vista externo para voluntários, e do ponto de vista pessoal para indivíduos encaminhados para tratamento;
- vi) o efeito da coerção legal na intenção de permanência no programa de tratamento por parte dos indivíduos encaminhados pelo Sistema de Justiça.

1.4 Análise de dados

Os dados qualitativos deste estudo foram analisados através de uma análise categorial temática, dado que é uma interpretação das respostas de entrevista através da categorização e quantificação sistemática do seu conteúdo (Bardin, 2011), através do software NVivo 12.

As entrevistas não foram gravadas, mas sim apontadas pela investigadora no momento em que ocorriam, tendo uma duração média de 30 minutos. Foi realizada a transcrição das entrevistas para o sistema informático NVivo 12 e os arquivos foram divididos em duas pastas de casos, uma de voluntários e outra de encaminhados pelo Sistema de Justiça, para que tornasse possível a comparação das respostas entre os grupos. Então, iniciou-se o processo de categorização das respostas obtidas, as quais foram divididas em *nodes* que foram analisados de acordo com as respostas dos participantes. A codificação foi realizada conforme à posição individual contida nas respostas dos participante. Caso houvesse mais de um participante que demonstrasse uma posição semelhante em uma mesma categoria, foram agrupados em um *subnode* derivado do principal. A partir desta codificação, foi possível identificar se existiam ou não padrões de respostas entre os entrevistados e fazer comparações da prevalência de respostas entre o grupo de voluntários e encaminhados pelo Sistema de Justiça.

II – Resultados da entrevista

Nesta seção serão apresentados os resultados qualitativos da entrevista semiestruturada, no intuito de aprofundar algumas dimensões dos resultados do tratamento do ponto de vista dos indivíduos.

A considerar que o presente estudo visa comparar os resultados de tratamento de indivíduos voluntários e indivíduos encaminhados pelo Sistema de Justiça, serão apresentados dois trechos de entrevista para cada posição, um do grupo voluntário e um do grupo ESJ. Quando não houver respostas dos dois grupos em uma mesma posição, ou quando a pergunta for direcionada apenas para um dos grupos, será apresentado um trecho. Serão demonstradas, também, as frequências dos grupos voluntário e ESJ para cada resposta e justificativa.

Serão expostas, primeiramente, as respostas sobre a motivação para tratamento. De seguida, serão descritas as percepções relativas à coerção legal e/ou pressão para iniciar o tratamento. Por fim, serão apresentadas as percepções sobre os efeitos do tratamento de maneira geral e nas relações interpessoais.

1. Motivação

A motivação para tratamento, como referido no capítulo I da presente investigação, é um constructo importante para o reconhecimento da importância do programa de tratamento.

Buscou-se, portanto, explorar tanto os motivos pessoais dos participantes para estar em tratamento, como seu reconhecimento da necessidade do tratamento para atingir um dos principais objetivos do programa, que é a abstinência.

1.1 Motivos para realizar o tratamento

A primeira questão que se coloca relativa à motivação para tratamento são os motivos pelos quais o utente está a realizar o programa de tratamento, para perceber a intenção de mudança comportamental dos participantes. O motivo mais citado pelos participantes, para estar a realizar tratamento, é a busca por saúde e bem estar individual. Para estes indivíduos o tratamento é percebido como uma oportunidade para melhorar suas vidas e sentirem-se bem consigo mesmos.

“Estou a realizar por mim, pra eu poder ficar bem para voltar a ter uma vida normal. Sei que ainda tem um caminho muito longo pra eu parar completamente, mas estão a ajudar-me muito cá. (...) Quero acordar e sorrir ao olhar-me no espelho, estou cansada de ter vergonha das coisas que fiz, penso que se tudo correr bem vou poder voltar a gostar de mim e da minha vida.” (E14-V)

“Gostei do tratamento e vou fazê-lo por mim. Quando eu vim estava muito mal e não conseguia perceber que isso só ia me ajudar, mas agora que eu já consigo enxergar tudo melhor vou continuar e terminar esse tratamento por mim e pela minha saúde.” (E26-ESJ)

Ainda nesta condição de melhora, doze participantes estão a realizar o tratamento não apenas por eles, mas também por seus familiares, cônjuges e/ou filhos. Nestas respostas afirma-se uma motivação de mudança pessoal que também deve refletir nas relações interpessoais.

“Claro que eu quero ficar bem, vim pra cá porque quis e quero ficar limpo e ter uma vida “normal”, mas também penso muito nas mudanças que isso vai trazer pra minha família, que vão ficar mais tranquilos quando eu sair de casa, não vão ter de me procurar na rua ou nas esquadras... quero poder viver de modo que não precisem ficar preocupados se irei voltar pra casa ou não. Então é pra mim mas não só para mim, porque também penso neles.” (E5-V)

“Não é só por mim, é pela minha ex esposa e pela minha filha também, quero mostrar pra elas que posso ficar bem e que não vou mais agir como estava a agir, tratando-as mal e com raiva. A ressaca da cocaína faz-me muito mal, eu fico muito agressivo e impaciente, fiz algumas coisas que não deveria, como a violência doméstica com a minha ex esposa, e não quero mais ser dessa maneira, quero ficar bem para elas.” (E11-ESJ)

A terceira justificativa dos motivos para realizar o tratamento foi relatada por cerca de metade dos participantes encaminhados pelo Sistema de Justiça (n=12). Estes percebem o

tratamento como uma obrigação e estão a realiza-lo em razão da ordem judicial e pelo medo das consequências legais que o descumprimento desta ordem pode acarretar.

“Estou aqui porque sou obrigado, se eu precisar de ajuda eu mesmo vou buscar, estar aqui não me ajuda, só me atrapalha. Quando eu deixar de fumar vai ser porque eu quis, não porque alguém mandou.” (E41-ESJ)

De maneira geral, a maioria da amostra expressa que está a realizar o tratamento para alcançar uma melhora individual. De acordo com a Tabela 20, se atentarmos para a divisão entre os grupos, todos os voluntários responderam que estão em busca de saúde e bem estar tanto para si, como para suas relações. Por outro lado, há uma divisão entre os participantes encaminhados pelo Sistema de Justiça entre as duas primeiras posições (n=13) e aqueles que disseram que estavam a realizar o tratamento apenas em razão da ordem judicial (n=12).

Tabela 20: Frequência das respostas entre grupos sobre motivos pelos quais os participantes estão a realizar tratamento

	Voluntários (n=25)	ESJ (n=25)	Total (n=50)
A realizar o tratamento para sua saúde e bem estar	16	10	26
A realizar o tratamento para si e por suas relações interpessoais	9	3	12
A realizar o tratamento apenas por ordem judicial	0	12	12

1.2 Necessidade do tratamento para redução ou cessação do consumo de substâncias

Ainda sob a dimensão da motivação, coloca-se a questão da necessidade do tratamento para redução ou cessação do consumo de substâncias de um ponto de vista pessoal e atual. A percepção dos participantes sobre esta necessidade restou dividida. Vinte e quatro participantes não percebem o tratamento como uma via essencial para atingir a abstinência de substâncias. A maioria dos utentes encaminhados pelo Sistema de Justiça retrata que não são dependentes de substâncias e, portanto, não percebem a necessidade do tratamento para cessarem o consumo – o que não descaracteriza a importância do tratamento para terceiros, porém do ponto de vista pessoal, não sentem que precisam de estar no programa.

“Se eu quisesse eu parava, porque eu não tenho um problema com álcool. Nunca disse que não bebia, bebo sempre um copinho nas refeições percebe? Mas não tenho que tratar-me, não é um problema...Há quem precise estar cá, mas eu não!” (E1-ESJ)

A decisão de cessar o consumo enquanto escolha individual, a qual não deve depender do tratamento para acontecer, é outra justificativa referida pelos participantes. Neste sentido destacam que a vontade própria de cessar o consumo e estar em tratamento é indispensável para que se tenha bons resultados do programa.

“O tratamento ajuda-me mas não penso ser algo essencial. O primeiro passo foi vir cá e iniciar as consultas e agora já reduzi imenso o álcool, antes bebia todos os dias e agora já estou em pouco mais de três vezes na semana, mas além do tratamento tem minha vontade. Se eu viesse cá e não tivesse a vontade de parar de beber não adiantava de nada, então não penso que seja algo essencial, é uma ajuda assim mas posso parar independente disso.” (E15-V)

“Basta a pessoa querer parar e fugir dos ambientes que te fazem querer usar. A nível da ganza é algo pessoal porque não há medicação que te ajude a parar de usar, é só vontade da pessoa que vai fazer ela parar e eu sei que se eu quisesse parava sozinho, não precisava de vir cá pra isso. O problema é que não pretendo parar agora, minha vida não foi fácil e eu gosto da sensação, e não faço mal a ninguém por fumar charros.” (E46-ESJ)

A terceira, e última, justificativa dada pelos participantes que não percebem o tratamento como necessário, foi de que já haviam logrado em reduzir ou cessar o consumo de forma autónoma e que este feito, ao seu ver, não teve relação com o tratamento.

“Já parei muitas vezes, dizia para a Dra. (psicóloga) que iria fazer a análise tranquilo porque ia dar negativo. O meu problema é a medicação, estou aqui pra tentar parar com a buprenorfina, porque sem a medicação eu não consigo ficar bem e penso que por tentar parar com a medicação é que tive tantas recaídas.” (E23-V)

“Com certeza não preciso do tratamento, não preciso estar aqui para parar de beber. Atualmente eu parei pra prestar contas com o juiz, ou seja, parei sozinho, a psicóloga não precisou dizer-me nada ou tentar fazer com que eu parasse, eu parei sozinho porque não quero mais confusão” (E18-ESJ)

Entre aqueles que percebem a necessidade de estar em tratamento para reduzir ou cessar o consumo, sete justificaram que o tratamento é essencial pela medicação que lhes é oferecida no programa, em especial a metadona e a buprenorfina. Estes participantes não deixam de reconhecer a importância de consultas de psicoterapia e outros aspetos do programa de tratamento, mas destacam o papel da medicação para controlar os efeitos da abstinência.

“Aqui eles me dão o que eu preciso pra ficar bem, eu faço tratamento com SUBUTEX²⁴ e ajuda a não querer usar tanto, mas acho que senão tivesse isso eu seguiria usando, o substituto é essencial pra eu conseguir me manter na linha. Eu gosto das consultas com a psicóloga, mas só isso não resolve meu problema, preciso

²⁴SUBUTEX é um medicamento de administração sublingual, agonista de opiáceos, que contém buprenorfina e é indicado pelo FDA (Unites States Food and Drug Administration) para o tratamento de dependência de opióides. O órgão ainda recomenda que esta medicação seja complementar a um tratamento que inclua terapia e suporte psicossocial.

de medicação, sem a medicação eu não ia nem conseguir vir aqui falar com a psicóloga.” (E3-V)

“Eu só consegui parar pelo tratamento, principalmente pela medicação e ter a obrigação de tomar a medicação e não consumir mais nada pra permanecer cá.

Os sete restantes, expressaram que, por experiência pessoal, o tratamento é percebido como essencial pois já haviam tentado reduzir ou cessar o consumo sem o auxílio do programa e esta tentativa não resultou. Para estes utentes, bons resultados de tratamento estão ligados com abstinência a longo prazo e, portanto, recaídas representam uma falha em atingir o objetivo final, ao invés de um estágio comum do processo de superação da dependência.

“Já tentei parar sozinho algumas vezes. No início reduzia e recaía muito rápido, e acabava pro voltar a usar normalmente já que tinha falhado. Mas penso que esse tratamento que deu certo, os outros não, esse que eu vim por vontade própria está a dar certo, os outros logo que eu saía já voltava a usar assim que saía e não usava enquanto estava a fazer porque faziam testes e me davam o substituto.” (E10-V)

Ao analisarmos as respostas de acordo com a amostra total, percebe-se uma divisão homogênea entre aqueles que percebem o tratamento como necessário e os contrários. Entretanto, se atentarmos para as frequências de respostas e justificativas entre os grupos, percebe-se uma predominância de encaminhados pelo Sistema de Justiça que não reconhecem o tratamento como necessário para reduzir ou cessar o consumo, em especial aqueles que não consideram-se dependentes de substâncias. Em contraste, a maioria dos voluntários relatou que precisa do tratamento para tentar alcançar a abstinência.

Tabela 21: Frequência das respostas entre grupos sobre a necessidade do tratamento para reduzir/cessar o consumo de substâncias

	Voluntários (n=25)	ESJ (n=25)	Total (n=50)
Pensa que consegue reduzir/cessar consumo sem o tratamento	4	20	24
1. Não considera-se dependente de substâncias	0	11	11
2. Parar deve ser uma decisão individual, tratamento não interfere	2	6	8
3. Já conseguiu reduzir/cessar sem o tratamento	2	3	5
Não pensa que consegue reduzir/cessar consumo sem o tratamento	21	5	26
1. A medicação é essencial para reduzir/cessar o consumo	4	3	7
2. Já tentou e não resulta	7	0	7

2. Coerção legal e pressão para tratamento

Visto que o presente estudo busca explorar o efeito da coerção legal nos resultados de tratamento, restou necessário averiguar qual a percepção dos indivíduos sobre a coerção legal para tratamento. No entanto, como disposto no título 3.1 do enquadramento teórico, a coerção legal é apenas uma forma de pressão externa e, por isso, deve-se explorar também a percepção da pressão para iniciar o tratamento sob o ponto de vista dos dois grupos.

2.1 Pressão e autonomia

Acerca da percepção da pressão para iniciar o tratamento e o reconhecimento da autonomia no processo de escolha, pouco mais da metade dos participantes não sentiram-se pressionados para iniciar o tratamento e expuseram diferentes motivos e sentimentos sobre a admissão no programa. Oito participantes explicam que não houve pressão de terceiros para iniciarem o tratamento pois foi uma decisão própria. Referem ainda que, por mais que tenham ocorrido pedidos, em especial de familiares, imperou a autonomia na escolha de realizar o tratamento.

“Não senti-me pressionado, foi uma decisão minha, por mais que a minha esposa e minha família tivessem pedido antes e conversado comigo, foi uma decisão que tomei sozinho. Foi mais pela situação em si, que eu percebi que estava a sair do controlo de tudo e decidi que tinha que ser homem e decidir ter uma vida de verdade.” (E34-V)

Outro sentimento referenciado por nove utentes, foi o apoio e incentivo que tiveram para iniciar o tratamento. Expressaram que não sentiram-se ameaçados ou obrigados em momento algum e que o diálogo e motivação externa auxiliaram na escolha de realizar o tratamento.

“Senti apenas apoio e incentivo, ninguém ameaçou-me ou fez com que eu viesse para cá, eu vim porque sabia que estava a precisar de ajuda e precisava melhorar minha vida. A minha esposa sempre conversou comigo de maneira muito calma, porque ela também sabe que não ia dar certo se ela me obrigasse a vir cá.” (E25-V)

“Senti que o Tribunal deu-me uma opção que ia me ajudar, e minha família sempre me disse que eu devia ao menos tentar o tratamento pra ver se conseguia sair dessa vida. Senti muito incentivo pra começar o tratamento, mas não senti que me obrigaram ou algo do género.” (E26-ESJ)

Ainda, sete indivíduos encaminhados pelo Sistema de Justiça, explicaram que, o motivo pelo qual não sentiram-se pressionados para iniciar o tratamento, foi de que puderam exercer a sua autonomia e escolher o tratamento de acordo com as opções ofertadas em juízo. Expressaram também que estar em tratamento é uma oportunidade ao invés de uma punição ou obrigação.

“Não, nenhum pouco. Fiquei contente com a decisão do juiz em me mandar pra cá, porque é muito melhor do que as outras opções que eu poderia ter, sem falar que isso aqui é pra me ajudar e não pra me prender. Prefiro muito mais refletir em casa e ainda ganhar consultas do que refletir dentro da prisão.” (E33-ESJ)

A última posição, vinculada àqueles que não sentiram pressão para iniciar o tratamento, é destoante das anteriores. Quatro utentes, de entrada voluntária, explicaram que a falta de pressão e, até mesmo incentivo, que perceberam para iniciar o tratamento é resultado da ausência de preocupação da sua família e pares.

“O que ocorreu é que ninguém pressionou-me porque todas as pessoas ao meu redor tavam a me abandonar ou já não acreditavam mais em mim. Eu já não era convidado pra fazer mais nada, porque achavam que ia envergonhar a todos e aparecer cheio de droga nos lugares, minha família tava a me virar as costas... penso que essa indiferença foi pior do que se me trouxessem a força para tratar-me, porque se fizessem isso ao menos ainda estavam a se importar e eu já não via isso. Então senti-me desamparado e decidi vir.” (E10-V)

Relativo aos participantes que sentiram-se pressionados para iniciar o tratamento, dividiram-se entre os que empregaram esta pressão a familiares, amigos e/ou empregador e aqueles que apontaram o Tribunal como fonte de pressão. A maioria dos indivíduos que citou a pressão de familiares, amigos e/ou empregadores, não relacionou a pressão a algo negativo, mas sim, a forma pela qual ouviram os pedidos destes terceiros para que buscassem ajuda.

“Sim, fui pressionado pela minha patroa (empregadora) que disse que gosta muito de mim, mas se eu não parasse de usar ela ia me demitir, e eu preciso do trabalho, principalmente pra pagar a pensão da minha miúda. Fui encaminhado porque tive um surto psicótico e comecei a partir montras no meio da rua, mas acho que senão fosse isso, ainda esse ano teria começado voluntariamente pra poder continuar com meu emprego e também pra ficar bem.” (E11-ESJ)

“Sim, senti-me pressionado pela minha mulher e pelos meus filhos. Eles me pediam pra parar ou pra buscar ajuda, falavam que era melhor pra mim e eu dizia que ia pensar. Aconselhavam-me e diziam que não iam me mandar pra uma clinica obrigado, mas eu sentia que senão fizesse o tratamento ia chegar em casa um dia e minha mulher e meus filhos não ia mais estar lá, então decidi tentar.” (E36-V)

O restante dos participantes que sentiram-se pressionados, foram nove indivíduos encaminhados para tratamento pelo Sistema de Justiça, os quais expressaram que sentiram-se ameaçados pela opção de iniciar o tratamento ao invés de cumprirem com a sanção legal.

“Senti-me pressionado pelo Tribunal, obrigaram-me a estar cá, porque se alguém te da as opções de fazer tratamento ou ir para a prisão, é como obrigar alguém a vir tratar. Acho que não existe alguém estúpido o suficiente para escolher ir preso ao invés de ter de vir cá algumas vezes, mas é uma chateação ter de vir cá, principalmente se a droga não é um problema na vida da pessoa.” (E21-ESJ)

Em que pese a pressão para iniciar o tratamento, a maior parte dos utentes não sentiu-se pressionada, em especial os participantes voluntários, os quais compõe todos os indivíduos que justificaram a ausência de pressão por a) ter decidido que estava na hora de mudar; e b) perceberam que as pessoas já não davam importância. As justificativas que referem ao Sistema de Justiça foram dadas pelos encaminhados, em que a maioria sentiu-se pressionada para iniciar ao tratamento em comparação com aqueles que disseram ter sido uma escolha de acordo com as opções dadas.

Tabela 22: Frequência das respostas entre grupos sobre a percepção da pressão para iniciar o tratamento

	Voluntários (n=25)	ESJ (n=25)	Total (n=50)
Não sentiu-se pressionado para iniciar o tratamento	17	11	28
1. Decidiu que estava na hora de mudar	8	0	8
2. Sentiu apoio/incentivo	5	4	9
3. Fazer tratamento foi uma opção dada pelo SJ	0	7	7
4. As pessoas já não davam importância	4	0	4
Sentiu-se pressionado para iniciar tratamento	8	14	22
1. Pelo Tribunal	0	9	9
2. Por familiares, amigos e/ou empregador	8	5	13

Nota: SJ = Sistema de Justiça

2.2 Coerção legal

A eficácia da coerção legal foi abordada tanto do ponto de vista dos ESJ como dos voluntários sob uma perspectiva de esta ser ou não legítima²⁵. Buscou-se explorar a percepção da coerção legal por parte dos ESJ, como sentiram-se neste contexto, e também perceber como os voluntários viam esse encaminhamento, a considerar que iniciaram o tratamento de uma maneira mais autónoma.

2.2.1 Percepção dos voluntários

Nesta temática houve uma distribuição homogênea entre os utentes que percebem o encaminhamento para tratamento como legítimo e os que discordam. A maioria dos indivíduos que pensam que a coerção legal é justa, justificaram sua resposta ao expressar que

²⁵Neste contexto, trata-se da legitimidade ética das leis e não legitimidade jurídica.

o tratamento é uma ajuda oferecida aqueles que cometem crimes e são dependentes, e por isso, estar em tratamento não é prejudicial a estas pessoas.

“Acho justo encaminhar, mesmo que seja contra a vontade da pessoa não tem como prejudicar. O tratamento só ajuda, não tem como fazer mal quando se quer que alguém fique bem, percebe? Acho que pode ficar um pouco chateado de inicio, mas aos poucos vai perceber que o tratamento faz bem e vai ajudar a melhorar.”
(E4-V)

Alguns utentes explicaram que encaminhar alguém para tratamento, além de ser justo, é uma oportunidade, dado que estar em tratamento deve ser considerado melhor que ser preso. Destacam que, ainda que seja por uma ordem judicial, mais vale aproveitar a oportunidade e realizar o tratamento.

“Acho justo, pois alguém que iria preso e teve a oportunidade de vir cá e tratar um problema, tem que agradecer e achar muito bom. Por mais que seja uma imposição do Tribunal, é mais benéfico do que ir pra prisão, as vezes quando a pessoa perde a noção, a pressão de alguém pode dar o click pra se dar conta de que isso não é vida, ainda mais se chegou ao ponto de quase ir preso por causa disso, penso que um pulso firme também é tão importante quanto a vontade do indivíduo.”
(E23-V)

Entre os participantes que não pensam que a coerção legal para tratamento seja justa, a maioria justifica que se o indivíduo não quiser participar do tratamento, não terá bons resultados. Destacam a motivação e vontade própria necessárias para mudar e cessar o consumo e relacionam estes factores a bons resultados.

“Não acho justo. Percebo o porquê fazem isso, mas acho que não tem como dar certo, tem que ter a iniciativa da pessoa sempre. Foram anos a ouvir da minha família que eu tinha que me tratar e eu só vim quando quis, mesmo quando falhei nos outros tratamentos, eu comecei a ir porque quis e deixei porque percebi que não ia conseguir porque não tinha força o suficiente pra parar com a droga. Eu só consegui agora, quando eu quis vir e percebi que era o que eu tinha que fazer pra ficar bem.” (E19-V)

Os dois participantes restantes que não percebem a coerção legal como legitima, explicaram sua posição ao relatar que estes indivíduos, que não estão lá por vontade própria, estão a tirar vagas do programa de tratamento daqueles que gostavam de realizar o tratamento.

“Não penso que seja justo, porque não querem participar e estão a tirar vagas de gente que quer mesmo estar cá. Na sala de esperas já ouvi gente a falar que estavam cá só pra picar ponto, e nós que estamos realmente interessados no tratamento acabamos por perder a vaga pra essas pessoas que não tem vontade alguma de mudar. Senão tiver vontade não tem sentido virem.” (E34-V)

Tabela 23: Percepção da legitimidade da coerção legal pelo grupo voluntário

	Voluntários (n=25)
Acha justo encaminhamento pelo Tribunal	13
1. Tratamento é melhor que prisão	5
2. Tratamento é uma ajuda que não prejudica	8
Não acha justo encaminhamento pelo Tribunal	12
1. Se a pessoa não quer, não resulta	10
2. Está a tirar vaga de quem quer fazer o tratamento	2

2.2.2 Percepção dos encaminhados pelo Sistema de Justiça

Verificou-se que a maioria dos respondentes encaminhados pelo Sistema de Justiça percebe seu encaminhamento para tratamento como justo. Entre estes, nove participantes expressaram que preferem realizar tratamento a irem para a prisão e que, atualmente, reconhecem o papel do tratamento na sua mudança pessoal.

“Penso que sim, se me mandaram pra cá tem um motivo, e eu concordo com o que o juiz escolheu pra mim, prefiro estar cá do que estar preso, acho que é muito melhor pra mim. Quando vim a primeira vez não sabia direito o que era, mas agora vejo o lado bom disso e gosto.” (E28-ESJ)

Ainda, houve aqueles que expressaram que o encaminhamento foi uma oportunidade para realizar o tratamento. Estes participantes reconhecem que são dependentes e que pensavam em buscar ajuda para cessar o consumo e que, portanto, a oferta do Sistema de Justiça foi vista de maneira positiva.

“Eu já estava pensando em fazer antes de a policia me pegar e eu ser encaminhado, quando o juiz me mandou para cá até vi uma oportunidade porque seria mais rápido vir encaminhado pelo Tribunal do que se fosse eu a pedir uma vaga. Mas se eu não tivesse essa vontade não iria dar certo, a pessoa tem que querer, nem que seja um pouquinho.” (E16-ESJ)

Por outro lado, dez participantes não percebem como justa a forma como foram encaminhados para tratamento e atribuem esta injustiça a dois factores. O primeiro factor é de que não são dependentes de substâncias e, portanto, não há motivos para estarem a realizar tratamento.

“Não, não acho que foi justo Dra., há pessoas que precisam mais do que eu estar cá. Eu não sou toxicodependente e fiquei triste com a decisão dele, já venho aqui há quase 2 anos e não sinto que mudou muita coisa na minha vida, mas tenho que vir senão vou preso.” (E21-ESJ)

O segundo factor, apontado pela maioria dos indivíduos, está relacionado aos trâmites legais do julgamento. Estes indivíduos não sentiram que puderam vocalizar suas preferências quando estavam a ser julgados, não foram ouvidos ou mesmo quando foram, sentiram que sua versão foi desacreditada pela acusação.

“Penso que foi não justo, aos olhos deles pode ter sido, podem ter achado que estavam a me dar uma oportunidade. Não me ouviram na audiência quando tentei explicar o que aconteceu e não me ouvem quando vou lá entregar as justificativas. Não acho que haja um controlo ou um interesse em saber se estão a fazer o certo mandando as pessoas pra cá, se as pessoas realmente se tratam ou só vem pra pegar a justificativa.” (E41-ESJ)

Tabela 24: Percepção da legitimidade da coerção legal pelo grupo ESJ

	ESJ (n=25)
Acha justa a forma como foi encaminhado	15
1. Prefere tratamento à prisão	9
2. Foi uma oportunidade para realizar tratamento	6
Não acha justa a forma como foi encaminhado	10
1. Não é dependente de substâncias	2
2. Não acreditaram na sua versão ou não foi ouvido em julgamento	8

2.2.3 Coerção legal e intenção de permanência em tratamento

Por fim, a última questão sobre a temática da coerção legal foi aplicada somente ao grupo ESJ, pois refere sobre a intenção de permanência em tratamento independentemente de ordem judicial. A maioria dos participantes expressou que, senão houvesse mais obrigações legais em realizar o tratamento, deixaria o programa. Não foram verificadas justificativas diversas entre os respondentes.

“Se dependesse só de mim acho que não viria mais, porque eu não preciso estar aqui pra parar de fumar, se esse é o único objetivo então não preciso.” (E13-ESJ)

Os nove restantes expressaram que permaneceriam no tratamento independentemente de ordem judicial e justificaram que somente quem poderia determinar o fim do tratamento seria a equipa, em especial as psicólogas.

“Sim, estou a vir porque eu quero, demore o tempo que demorar eu vou me tratar e ficar bem, se a psicóloga disser que preciso ficar cá mais um ano pra ficar bem, eu venho durante mais um ano. A decisão do juiz interessa-me apenas para não ir preso, quem está a cuidar de mim agora e vai decidir sobre meu tratamento é a psicóloga e não ele.” (E31-ESJ)

Tabela 25: Intenção de permanência em tratamento independente de ordem judicial

	ESJ (n=25)
Deixaria o tratamento	16
Continuaria em tratamento	9

3. Efeitos do tratamento

Por fim, buscou-se explorar as percepções dos participantes quanto aos efeitos do tratamento em sua vida pessoal e relações interpessoais. Estes efeitos não necessariamente são resultados, mas sim o reconhecimento de mudanças que o tratamento proporcionou, sejam estas mudanças percebidas como positivas ou negativas.

3.1 Efeitos do tratamento em problemas em geral

Os efeitos do tratamento foram percebidos como positivos, pela maioria dos indivíduos, os quais referiram que o tratamento ajudou com problemas em geral. Alguns participantes destacaram que o tratamento auxiliou, principalmente, na redução do consumo e que este auxílio refletia em uma maior qualidade de vida.

“Sim, ajuda que eu já não estou a usar drogas, porque se continuasse a usar daquele jeito tenho certeza de que não tava mais cá. A psicóloga também ajuda, mas é mais lento percebe? Com os remédios é vir, tomar e já fico bem, com a psicóloga tenho de vir, falar, falar, falar e passam semanas até eu perceber o que tinha de errado pra eu melhorar.” (E6-V)

“Ajuda, me fez perceber que não é porque é uma droga leve que não me faz mal. Depois que comecei a reduzir senti-me melhor, mais bem disposto e até comecei a respirar melhor. Então vou tentar continuar reduzindo pra minha saúde.” (E40-ESJ)

O restante dos participantes refere que o tratamento ajudou muito de forma geral, em diversos aspetos.

“Sim, ajudou muito. Acho que o que mais ajuda é a psicóloga, mais ainda que a medicação que o psiquiatra ajustou, porque conversar com ela me acalma e ela sabe lidar comigo e com meus ataques de ansiedade. Ela também me ajuda a pensar mais em mim, sempre pergunta se estou bem com a medicação e se eu me sinto melhor e eu to buscando cuidar mais disso mesmo, do meu corpo e da minha cabeça.” (E30-V)

“O tratamento ajudou com imensos problemas, sinto-me muito melhor agora. Ajudou a estabilizar minha vida, sinto que tenho mais responsabilidade com a minha saúde e está surtindo efeito pois vou começar a trabalhar agora. Penso que me fez perceber o quanto eu estava a deixar de lado a minha vida e agora estou a retomar o controlo de tudo.” (E33-ESJ)

Em contraste, alguns indivíduos não sentem que o tratamento ajudou, sendo apenas um destes do grupo voluntário. O participante voluntário referiu que o tratamento ainda não tinha produzido efeitos positivos.

“Ainda não, acho que ainda estou em fase de criar uma rotina diferente da que eu vivo. Eu já reduzi o consumo com a ajuda do tratamento, mas acho que não adianta eu reduzir meu consumo e tentar cuidar de mim e da minha saúde e continuar no ambiente em que vivo, não estou a tratar e consertar o que realmente importa.” (E20-V)

Os onze de participantes restantes que não perceberam efeitos positivos do tratamento pertencem ao grupo ESJ. A maioria ainda referiu que o tratamento não ajuda porque, do seu ponto de vista, não faz diferença.

“Não, o tratamento não faz diferença. Eu já fiz tratamento antes e penso que pro tribunal sou apenas mais um papel, não se interessam por nós, só querem saber de fazer relatórios com as nossas condições e meter em um arquivo. Ninguém pergunta se estou a gostar, se está a fazer diferença pra mim, só me mandaram pra cá porque se fosse pra prisão a burocracia era maior.” (E50-ESJ)

Em suma, à exceção de um utente, todos os voluntários reconhecem os efeitos positivos do tratamento e atribuem ao programa boas mudanças. Pouco menos da metade dos voluntários referiu, ainda, que o tratamento ajudou muito com problemas de forma geral, principalmente no processo de alcançar “uma vida normal”. Por outro lado, um número considerável de indivíduos encaminhados pelo Sistema de Justiça não reconhece efeitos positivos obtidos do tratamento e, nove destes, pensam que o problema não surte qualquer efeito.

Tabela 26: Frequência das respostas entre grupos sobre os efeitos do tratamento em problemas em geral

	Voluntários (n=25)	ESJ (n=25)	Total (n=50)
Tratamento ajudou com problemas	24	14	38
1. Principalmente a reduzir o consumo	6	3	9
2. Ajudou muito de forma geral	12	4	16
Tratamento não ajudou com problemas	1	11	12
1. Não faz diferença	0	9	9

3.2 Efeitos do tratamento nas relações interpessoais

Para além dos efeitos do tratamento em problemas pessoais, abordou-se os efeitos do tratamento nas relações interpessoais dos participantes, se houve alguma mudança nas

relações após o início do tratamento, seja por parte do próprio utente ou dos terceiros que fazem parte da sua vida.

Mais da metade dos participantes percebem que o tratamento provocou efeitos positivos em suas relações interpessoais. Alguns dos indivíduos destacaram que as principais mudanças foram que sentem-se mais calmos e menos agressivos e uma houve uma melhora na comunicação com terceiros.

“Beneficiou imenso, parecemos outra família. Ambos os lados mudaram, tenho muito apoio sem qualquer preconceito da parte deles, sempre me perguntam como estou, se estou a sentir-me melhor e eu também busco mais eles pra conversar ou fazer algo.” (E32-V)

“Melhorou muito, porque não bebo e fico mais calmo, ouço mais e tenho mais paciência. Meu pai e meu irmão me apoiam e sempre que vem que eu posso ter uma recaída conversam comigo e tentam me fazer ver que não vale a pena. Em agosto em recaí porque é um mês complicado pra mim e eles estiveram do meu lado durante todo o tempo, me aconselhando e dizendo que ia correr tudo bem.” (E42-ESJ)

Em contraste, alguns participantes não perceberam efeitos do tratamento em suas relações interpessoais. Entre estes, quatro indivíduos justificaram que o motivo pelo qual não houve uma mudança se deve pelo facto de que não conversam sobre o tratamento com terceiros.

“Penso que não modificou nem pra bem nem pra mau, porque minha cena do tratamento incide em eu resolver isto sozinho. Não passo isso pros outros, sou uma pessoa mais reservado e há quem não imagine que eu venho cá ou que já tive problema com droga, até porque há muito estigma e não quero ser tratado diferente.” (E23-V)

“Não, ainda não notei diferença. Minha família até apoia, mas não conversamos muito sobre como estou a me sentir nem nada.” (E31-ESJ)

Outro motivo referido nesta posição, foi de que as relações interpessoais já eram boas e não modificaram.

“Não mudou muito, a minha namorada sempre foi tranquila comigo, então não modificou o que temos. Claro que ela fica feliz em saber que e to tentando, mas isso não muda nossa relação.” (E35-V)

“Não mudou em nada, eu e minha companheira somos amigos e meu filho mora connosco. A nossa relação sempre foi boa antes de eu vir pra cá e continua na mesma, não mudou. Como eu não mudava meu comportamento quando eu estava sem tratamento, então não tem nada diferente entre nós.” (E46-ESJ)

Por fim, uma minoria dos participantes percebe o tratamento como prejudicial para as suas relações, especialmente porque a admissão ao tratamento foi percebida como uma quebra de confiança entre o indivíduo e seus familiares e/ou pares.

“Acho que prejudicou mais do que ajudou. Minha família e minha ex não acreditam em mim, pensam que o tratamento não está a funcionar porque eu não parei de usar cocaína, mas eles não percebem que eu venho aqui tratar apenas a consequência e não a causa do meu consumo. (E20-V)

“O tratamento só piorou. Minha irmã está chateada porque disse que achava que eu estava bem e sóbrio e agora tenho de vir ao tratamento encaminhado pelo Tribunal. Ela foi a pessoa que mais me apoiou quando eu tava agarrado na heroína e saber que eu tinha de vir novamente pro tratamento, ela pensou que eu tava a mentir que estava bem durante esses anos e que eu recaí. Agora nossa relação está muito frágil porque ela não confia mais em mim.” (E50-ESJ)

Na dimensão de relações interpessoais há uma maioria de indivíduos que reconhecem os efeitos positivos do tratamento nas relações interpessoais, sendo maior parte destes indivíduos do grupo voluntário. Quanto aqueles que atribuíram ao tratamento uma mudança concreta nas relações, a vasta maioria é do grupo voluntário. A maioria daqueles que não perceberam mudanças nas relações ou que perceberam efeitos negativos, pertencem ao grupo ESJ.

Tabela 27: Frequência das respostas entre grupos sobre os efeitos do tratamento em relações interpessoais

	Voluntários (n=25)	ESJ (n=25)	Total (n=50)
Tratamento beneficiou relações	18	12	30
1. Beneficiou muito	12	4	16
Tratamento não modificou relações	6	9	15
1. Não conversa sobre o tratamento	2	2	4
2. Relações já eram boas e não modificaram	1	3	4
Tratamento prejudicou relações	1	4	5
1. Não há mais confiança	1	2	3

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO

A presente investigação teve como principal objetivo analisar a eficácia da coerção legal nos resultados de tratamento de dependentes de substâncias, através da comparação entre indivíduos encaminhados para tratamento pelo Sistema de Justiça e indivíduos que iniciaram o tratamento de forma voluntária. Para explorar este objetivo, foi aplicado um questionário composto por três instrumentos (Maudsley Addiction Profile; Circumstance Motivation and Readiness; MacArthur Coercion Study) a 89 indivíduos em tratamento para dependência de substâncias e, também, uma entrevista qualitativa a 50 destes indivíduos.

Os resultados obtidos da análise descritiva das variáveis sociodemográficas da amostra, demonstram que os participantes são, principalmente, adultos jovens, de nacionalidade portuguesa, com idade média aproximada de 45 anos. A distribuição das características da amostra é homogénea entre os grupos, com exceção das variáveis de género e estado civil, as quais apresentaram diferenças significativas.

Quanto ao género, a maioria da amostra é constituída por homens, sendo todas as mulheres do estudo pertencentes ao grupo de voluntários. A predominância de indivíduos do sexo masculino em estudos sobre o tratamento de dependência de substâncias em Portugal é recorrente (Escudeiro et al., 2006; Silva & Quintas, 2010; Cerqueira, 2014). Ainda, o dossier realizado pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) sobre Padrões de Consumo e Problemas Ligados ao Uso de Drogas (2019), descreve que no ano de 2017 haviam 22.681 homens em tratamento em Portugal Continental, em comparação com 4.289 mulheres. Estes dados indicam que o predomínio de homens na amostra do presente estudo, seja um reflexo da realidade do país (Guerreiro & Calado, 2019).

Em relação ao estado civil, observa-se uma preponderância de indivíduos solteiros no grupo ESJ e de indivíduos casados ou em união de facto no grupo de voluntários. Outros estudos realizados na mesma temática obtiveram uma maioria de indivíduos solteiros em ambos os grupos (Hiller et al., 2002; Schaub et al., 2009; Hall, Prendergast & Warda, 2017). Este resultado pode significar apenas uma coincidência ou está a apontar a existência de incentivo dos cônjuges, para busca de tratamento entre os indivíduos do grupo voluntário.

Note-se que as variáveis sociodemográficas do presente estudo, foram utilizadas apenas para descrever as características da amostra, não sendo utilizadas de maneira isolada em testes posteriores.

Ainda sobre a análise descritiva, foram avaliadas variáveis de informação sobre o tratamento atual. Neste sentido, houve diferenças significativas entre os grupos para a principal substâncias consumida ao tempo de entrada em tratamento. Foi demonstrada uma prevalência de consumo de cannabis no grupo ESJ e uma prevalência de consumo de heroína e cocaína para os voluntários. Nosso resultado está em concordância com o Relatório Europeu sobre Drogas desenvolvido pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2019), o qual descreve que consumidores de cannabis apresentam maior probabilidade de referência para tratamento pelo Sistema de Justiça, enquanto consumidores de opiáceos apresentam a menor probabilidade neste tipo de referência para tratamento. É possível que este dado seja um reflexo do facto de que, no ano de 2017, mais de 80% das ocorrências de consumo de substâncias ilícitas no país, foram de posse de cannabis (Guerreiro & Calado, 2019). Observou-se também, diferenças entre os grupos quanto a modalidade de tratamento que os participantes estavam a realizar, com uma maior prevalência significativa de voluntários a realizar tratamento de agonistas de opiáceos, em comparação ao grupo ESJ. Esta diferença pode ser explicada pelo maior número de voluntários consumidores de heroína e cocaína em comparação ao grupo ESJ. Apesar desta diferença entre o tipo de substância consumida ao tempo de entrada em tratamento, o número de voluntários que reportou overdose e consumo de substâncias injetáveis foi ínfimo e não apresentou significância quando comparado aos encaminhados pelo Sistema de Justiça.

O consumo de substâncias em geral, após admissão em tratamento, foi significativamente maior no grupo ESJ. A prevalência de consumo de alguma substância ilícita ou álcool foi de 67,6% para estes indivíduos, enquanto para os voluntários a prevalência foi de 44,2%, o que pode sugerir um efeito mais desfavorável para o grupo ESJ. Estas diferenças não corroboram com os resultados de Burke & Gregoire (2007), cuja investigação demonstrou maior redução de consumo durante o tratamento, em participantes legalmente coagidos em comparação aos voluntários. Na discussão do estudo, os autores afirmam não obter dados o suficiente para explicar o motivo de participantes legalmente coagidos apresentarem melhores resultados. Por outro lado, o estudo de Brecht, Anglin & Wang (1993), composto por três entrevistas de acompanhamento dos utentes²⁶, demonstrou uma redução similar no consumo de substâncias, após o início do tratamento de manutenção de metadona, de participantes voluntários e legalmente coagidos. Em ambos estudos mencionados, não houve uma medida específica para motivação em tratamento. Burke & Gregoire (2007) realizaram análise de prontidão, a qual

²⁶Uma entrevista ao início do tratamento, uma durante e uma após tratamento.

concluíram não ter relação com os resultados de tratamento. Por sua vez, Anglin, Brecht & Wang (1993) concluíram que a coerção legal é um mecanismo da motivação para tratamento de indivíduos em contacto com o Sistema de Justiça, ao invés de aferirem a motivação como um constructo independente. Em nossa amostra, o tipo de entrada em tratamento, apresentou-se como possível preditora do consumo de substâncias ilícitas após o início do tratamento, tendo sido demonstrado que participantes ESJ foram mais propensos a realizar este tipo de consumo. Ademais, os resultados de motivação e prontidão para tratamento, do nosso estudo, demonstraram uma média significativamente maior para os participantes voluntários em comparação com os encaminhados pelo Sistema de Justiça. A motivação apresentou relações negativas com o consumo de substâncias em geral, o que indica que quanto maior a motivação, menor o consumo de substâncias ilícitas e álcool após a entrada em programa de tratamento. Não somente, a motivação também apresentou-se como preditora do consumo de álcool, sendo que, de acordo com a regressão logística, quanto maior a motivação, menor a chance de ocorrer o consumo de álcool após o início do tratamento. A coerção percebida, quando correlacionada com o consumo de substâncias em geral, apesar de fraca, é positiva, o que indica um aumento do comportamento de acordo com o aumento da percepção da coerção. Desta forma, no nosso estudo, o tipo de entrada, a motivação e a coerção percebida sugerem um efeito negativo da coerção legal no consumo de substâncias após o início do tratamento.

As diferenças de motivação para tratamento entre os grupos, também pode ser percebida quanto as justificativas dadas na entrevista semiestruturada. Todos os participantes voluntários apontaram que estavam a realizar o tratamento para sua saúde e bem estar e para melhorar suas relações interpessoais, enquanto pouco menos da metade dos participantes ESJ expressaram que estavam a realizar o tratamento apenas por ordem judicial. Estas diferenças de respostas indicam que, na nossa amostra, quase metade do grupo ESJ permanece em tratamento apenas para cumprir com o que foi determinado pelo Sistema de Justiça. Ainda, quando questionados sobre a necessidade do tratamento para reduzir ou cessar o consumo, a maioria dos indivíduos ESJ não pensa que precisam de estar em tratamento, essencialmente porque não consideram que seu consumo possa ser classificado como dependência. Estas percepções também foram encontradas por Farabee, Nelson & Spence (1993) e Marshall & Hser (2002), cujos resultados apontam para um menor reconhecimento da necessidade de tratamento, de maneira geral, entre participantes que iniciaram o tratamento através da coerção legal. Relativo à pressão para iniciar o tratamento, nossos resultados apontam para

uma maioria de voluntários que não sentiu pressão para iniciar o tratamento em comparação a maioria do grupo ESJ que afirmou ter sentido pressão, especialmente pelo Tribunal. Estes resultados não corroboram com o estudo de Opsal et al., (2016), em que as médias de coerção percebida foram similares entre indivíduos de entrada voluntária e encaminhados por Sistema de Justiça, sendo as médias do grupo voluntário levemente maiores. Entretanto, deve-se interpretar estes resultados com cuidado, dado que uma das escalas utilizadas neste estudo considerava fontes internas de “auto coerção” e outra de saúde²⁷, as quais foram a escalas com médias maiores para os participantes voluntários.

Quanto a percepção de coerção, Wild, Newton-Taylor & Aletto (1998) realizaram um estudo, que explica os motivos pelos quais a coerção não poderia ser descrita em investigações apenas de acordo com a fonte de referência para tratamento. Em seus resultados demonstraram que, iniciar o tratamento por coerção legal prediz a percepção de coerção em indivíduos encaminhados para tratamento pelo Sistema de Justiça, mesmo que cerca de 35% destes indivíduos não tenham apresentado quaisquer níveis de percepção de coerção. O nosso estudo corrobora com estes resultados, dado que as médias de percepção de coerção dos participantes encaminhados pelo Sistema de Justiça é significativamente maior que as médias dos indivíduos voluntários. Além da percepção de coerção, as diferenças entre os grupos também foram significativas para pressões negativas para iniciar o tratamento e percepção de justiça processual. Estes dados indicam que, apesar de concordarmos que a coerção legal não deve ser reduzida apenas a fonte de referência para tratamento, indivíduos que iniciam o tratamento encaminhados pelo Sistema de Justiça detêm de uma percepção de coerção expressivamente maior que os utentes voluntários.

As medidas de correlação entre as escalas de motivação e coerção dos instrumentos, demonstraram uma relação forte e negativa entre motivação e coerção percebida, ou seja, quanto mais motivação para tratamento, menor a coerção percebida pelo utente. Estes dados podem indicar que a motivação e a coerção não são constructos absolutamente independentes, mas sim intermediados pelo tipo de entrada no programa de tratamento. O trabalho de Prendergast et al., (2008) também realizou medidas de correlação entre motivação e percepção de coerção, as quais resultaram em correlações negativas significativas, porém fracas, para todas as escalas estudadas. Os autores utilizaram uma amostra constituída apenas

²⁷Estas escalas incluíram afirmativas como “Sinto-me pressionado para participar deste programa de tratamento porque sei que sou dependente/alcoólico e que preciso de tratamento para ver-me livre das drogas” (tradução livre). Apesar de insinuar a percepção de coerção, é uma afirmativa de reconhecimento da dependência e necessidade do tratamento.

por indivíduos que iniciaram o tratamento encaminhados pelo *Substance Abuse and Crime Prevention Act (SACPA)*²⁸, o que reafirma a possível influência do tipo de entrada para tratamento, nos resultados de motivação e coerção entre os dois grupos.

Em que pese a saúde física e psicológica da amostra, de acordo com a escala utilizada, os participantes voluntários apresentaram uma pontuação maior tanto para saúde física como para saúde psicológica. Quando analisadas do ponto de vista dos testes de correlação, percebe-se que a motivação tem uma relação significativa com a saúde psicológica. Como visto anteriormente, os participantes voluntários são significativamente mais motivados, motivo pelo qual quanto maior a motivação, piores os resultados de saúde psicológica. Estes dados estão de acordo com o trabalho de Stevens et al. (2006), em sua investigação sobre a relação entre estatuto legal, pressão percebida e motivação no tratamento de dependência de substâncias, realizada em cinco países da União Europeia. Os autores indicaram estes resultados apenas como uma característica da amostra estudada, porém, dada a magnitude da amostra (n=845), podemos supor que este dado está relacionado com um maior reconhecimento de problemas de saúde por parte dos indivíduos voluntários de ambos estudos. Coloca-se esta suposição devido, também, aos resultados da entrevista qualitativa do nosso estudo, acerca dos efeitos do tratamento referidos pelos participantes. Nesta questão, praticamente todos os participantes voluntários relataram que o tratamento ajudou com problemas em geral, e dissertaram sobre o reconhecimento destes problemas, essencialmente de saúde psicológica.

As variáveis de funcionamento social de moradia e trabalho remunerado não apresentaram diferenças significativas entre os grupos, tendo a maioria dos participantes voluntários e ESJ declarado ter um trabalho remunerado e moradia fixa. Em relação aos conflitos, ao comparar os grupos, os participantes encaminhados pelo Sistema de Justiça declararam médias minimamente mais altas de conflito com parceiro(a) e amigos, enquanto voluntários apresentaram médias pouco mais altas de conflito com familiares. De maneira geral, ambos os grupos demonstram uma boa funcionalidade social, a qual não é explicada pelo tipo de entrada, motivação ou percepção de coerção, de acordo com a regressão logística realizada.

Os resultados de atividade criminal praticada após o início do tratamento não apresentaram diferenças significativas entre os grupos, tendo apenas uma participante voluntária referido a prática de furto. Dada a natureza de autorrelato do questionário aplicado, não há como contestar os resultados das respostas dadas pelos participantes. De facto, não se exclui a

²⁸ Tradução livre: Lei de Abuso de Substâncias e Prevenção ao Crime.

possibilidade de o restante dos participantes não ter cometido qualquer atividade criminal nos trinta dias anteriores à entrevista. Por outro lado, deve-se considerar a eventualidade de os participantes, com medo de consequências legais ou represálias, não terem sido totalmente honestos em suas respostas. Resultados de outros estudos (Prendergast et al., 2002, Stevens et al., 2006; Schaub et al., 2009), apontam o tratamento de dependência de substâncias como eficaz para reduzir de forma significativa o comportamento criminal dos seus utentes.

Por fim, com o presente estudo, percebe-se que os utentes que iniciaram o tratamento de maneira voluntária, apresentam significativamente maior motivação que os utentes que foram encaminhados para tratamento pelo Sistema de Justiça. Apesar de a motivação desempenhar um papel crítico no tratamento de dependentes (Kennedy & Gregoire, 2009), o único resultado significativo que implicou efeitos negativos no grupo ESJ foi o consumo de substâncias após o início do tratamento. A maioria dos outros resultados de tratamento, apresentaram maior frequência, mesmo que não significativa, para o grupo de voluntários. O grupo voluntário apresentou maior frequência de comportamentos de risco, pior saúde física e psicológica, maior conflito com familiares e, mesmo que ínfimo, o único participante que cometeu um crime nos trinta dias anteriores ao preenchimento do questionário. Desta forma, não se pode confirmar a hipótese de que voluntários apresentariam resultados mais positivos que os indivíduos encaminhados pelo Sistema de Justiça. Ainda, a motivação e a percepção da coerção restaram mais como características dos tipos de entrada, do que associadas positiva ou negativamente a resultados de tratamento. Em suma, apesar de ser esperado que o grupo voluntário apresente melhores resultados de tratamento, os participantes que iniciam o programa através da coerção legal também podem apresentar resultados positivos e mudanças comportamentais. Dessa forma, em conformidade com investigações desta mesma temática (eg. Anglin, Brecht & Maddahian, 1989; Brecht, Anglin & Wang 1993; Burke & Gregoire, 2007; Schaub et al., 2009), acredita-se que a coerção legal é uma medida legítima para encaminhar utentes para tratamento.

Limitações e pistas para futuras investigações

No entanto, a presente investigação apresenta limitações que devem ser consideradas. A primeira reside na natureza observacional do estudo, que resulta na impossibilidade de determinar relações de causa e efeito entre o tipo de entrada em tratamento e os resultados do mesmo. Não somente, tratando-se de um estudo transversal, os dados recolhidos foram pontuais, não permitindo uma comparação intragrupos da evolução dos resultados. Assim,

para futuros estudos, seria interessante o uso de desenhos de investigação que incluam períodos de acompanhamento, de preferência na admissão para o tratamento, seis meses após o início do tratamento e um ano após o fim do tratamento, através de estudos longitudinais.

A escolha do Maudsley Addiction Profile (MAP) também demonstrou algumas limitações, especialmente de corte temporal das perguntas. Isto ocorreu pois o instrumento pede que o utente indique a incidência, ou não, de determinados comportamentos apenas nos “últimos 30 dias”, o que pode variar de acordo com o tempo em que o indivíduo já está a realizar tratamento. Relativo a entrevista qualitativa complementar ao questionário, a pergunta sobre os motivos pelos quais o utente estava a realizar tratamento poderia ter sido melhor formulada.

Ressalte-se também que o questionário aplicado é preenchido apenas de acordo com o autorrelato dos participantes, o que pode ter implicado em viés ocasionado pela deseabilidade social com a qual responderam a determinadas questões mais controversas, como a prática de atividade criminal. Recomenda-se para próximas investigações a utilização de uma escala de deseabilidade social, ou, se possível, a comparação das respostas com documentos confiáveis sobre os participantes, como a ficha técnica do tratamento.

Há também limitações referentes ao tamanho e homogeneidade da amostra. A amostra, selecionada por conveniência, de 89 utentes é relativamente pequena e incluiu somente indivíduos de três unidades de tratamento do Norte do país, limitando a generalização dos resultados obtidos desta investigação. Neste sentido seria interessante se, futuros estudos, utilizassem uma estratégia de amostragem probabilística e de maiores dimensões, de forma a potenciar a generalização dos resultados.

BIBLIOGRAFIA

- Agra, C. (2008). *Entre Droga e Crime: Actores, espaços , trajetórias*. 2ª edição. Casa das Letras.
- Agra, C., & Matos, A. P. (1997). *Trajetórias desviantes*. Lisboa, Portugal: Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Anglin, M. D. (1988). The efficacy of civil commitment in treating narcotics addiction. *Journal of Drug Issues*, 18(4), 527-545.
- Anglin, M. D., Brecht, M. L., & Maddahian, E. (1989). Pretreatment characteristics and treatment performance of legally coerced versus voluntary methadone maintenance admissions. *Criminology*, 27(3), 537-557.
- Anglin, M. D., & Hser, Y. I. (1990). Treatment of drug abuse. *Crime and justice*, 13, 393-460. doi: [10.1086/449179](https://doi.org/10.1086/449179)
- Ballotta, D., Dorn, N., De Ruyver, B., Black, C., Van Impe, K., & Vander Beken, T. (2002). Prosecution of drug users in Europe: varying pathways to similar objectives (Vol. 5). EMCCDA
- Baratta, A. (1990). Une politique rationnelle des drogues? Dimensions sociologiques du prohibitionnisme actuel. *Déviance et société*, 14(2), pp. 157-178.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (4a edição). Lisboa: Edições 70.
- Becoña, E. (2018). Brain disease or biopsychosocial model in addiction? Remembering the Vietnam Veteran Study. *Psicothema*, 30(3), 270-275. doi: 10.7334/psicothema2017.303
- Bennett, T., Holloway, K., & Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and violent behavior*, 13(2), 107-118.
- Bennett, T., & Holloway, K. (2009). The causal connection between drug misuse and crime. *The British Journal of Criminology*, 49(4), 513-531.
- Bewley-Taylor, D., & Jelsma, M. (2011). Fifty years of the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs: A reinterpretation. *Series on legislative reform of drug policies*, 12, 1-20.
- Boyack, J., Bowen, H., & Marshall, C. (2004). How does restorative justice ensure good practice. *Critical issues in restorative justice*, 265-276.

- Brecht, M. L., Anglin, M. D., & Wang, J. C. (1993). Treatment effectiveness for legally coerced versus voluntary methadone maintenance clients. *The American journal of drug and alcohol abuse, 19*(1), 89-106.
- Brizer, D. A., Maslansky, R., & Galanter, M. (1990). Treatment retention of patients referred by public assistance to an alcoholism clinic. *The American journal of drug and alcohol abuse, 16*(3-4), 259-264.
- Burke, A. C., & Gregoire, T. K. (2007). Substance abuse treatment outcomes for coerced and noncoerced clients. *Health & social work, 32*(1), 7-15.
- Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2016). Impact of the DSM-IV to DSM-5 Changes on the National Survey on Drug Use and Health. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD.*
- Cerqueira, S. (2014). *Vulnerabilidade ao stress, autoeficácia e motivação para o tratamento em toxicodependentes*. Tese de Doutorado.
- Collins, J. J., & Allison, M. (1983). Legal coercion and retention in drug abuse treatment. *Psychiatric Services, 34*(12), 1145-1149.
- De Leon, G. (1988). Legal pressure in therapeutic communities. *Journal of drug issues, 18*(4), 625-640.
- DeLeon, G., Melnick, G., & Hawke, J. (1999). The motivation-readiness factor in drug treatment implications for research and policy. *Emergent issues in the field of drug abuse. Advances in Medical Sociology, 7*, 103-129.
- DeLeon, G., Melnick, G., Kressel, D., & Jainchill, N. (1994). Circumstances, motivation, readiness, and suitability (the CMRS scales): Predicting retention in therapeutic community treatment. *The American journal of drug and alcohol abuse, 20*(4), 495-515.
- DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American journal on addictions, 13*(2), 103-119.
- Domoslawski, A., & Capaz, N. P. (2011). Política da droga em Portugal: os benefícios da descriminalização do consumo de drogas. *Open Society Institute.*
- Dynia, P., & Sung, H. E. (2000). The safety and effectiveness of diverting felony drug offenders to residential treatment as measured by recidivism. *Criminal Justice Policy Review, 11*(4), 299-311.
- Escohotado, A. (1998). *Historia General de las Drogas*. Madri, Alianza Editorial.

- Escudeiro, R., Lamachã, S., Freitas, A., & Silva, H. (2006). Qualidade de vida e toxicodependência. *Toxicodependências*, 12, 65.
- Fals-Stewart, W. (2003). The occurrence of partner physical aggression on days of alcohol consumption: A longitudinal diary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 41-52.
- Farabee, D., Nelson, R., & Spence, R. (1993). Psychosocial profiles of criminal justice- and noncriminal justice-referred substance abusers in treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 336 – 346.
- Gardner, W., Hoge, S., Bennett, N., Roth, L., Lidz, C., Monahan, J., and Mulvey, E. (1993). Two scales for measuring patients' performance perceptions of coercion during hospital admission. *Behavioral Sciences and the Law*, 20, 307-321.
- Glass, D. J., & Marlowe, D. B. (1994). Comparing state agency mandated and voluntary outpatients treatment outcome and retention in a cocaine addiction program. In *Biennial Conference of the American Psychology-Law Society*.
- Golay, P., Semlali, I., Beuchat, H., Pomini, V., Silva, B., Loutrel, L., ... & Bonsack, C. (2017). Perceived coercion in psychiatric hospital admission: validation of the French-language version of the MacArthur Admission Experience Survey. *BMC psychiatry*, 17(1), 357.
- Goldstein, P. J. (1985). The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework. *Journal of drug issues*, 15(4), 493-506.
- Gossop, M., K. Trakada, D. Stewart and J. Witton (2006) *Levels of Conviction Following Drug Treatment: Linking Data from the National Treatment Outcomes Research Study and the Offenders Index*. Research Findings No. 275. London: Home Office.
- Gottfredson, D. C., Najaka, S. S., & Kearley, B. (2003). Effectiveness of drug treatment courts: Evidence from a randomized trial. *Criminology & Public Policy*, 2(2), 171-196.
- Guerreiro, C., Calado, V., (2009) Dossier Temático: Padrões de Consumo e Problemas Ligados ao Uso de Drogas – Uma Análise Regional. *Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências*.
- Hall, E. A., Prendergast, M. L., & Warda, U. (2017). A randomized trial of the effectiveness of using incentives to reinforce parolee attendance in community addiction treatment: Impact on post-treatment outcomes. *Journal of Drug Issues*, 47(2), 148-163.
- Hill, M., & Hill, A. (2000). *Investigação Por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo

- Hiller, M. L., Knight, K., Leukefeld, C., & Simpson, D. D. (2002). Motivation as a predictor of therapeutic engagement in mandated residential substance abuse treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 29(1), 56-75.
- Holloway, K. R., Bennet, T. H., Farrington, D. P. (2006). The effectiveness in drug treatment in reducing criminal behavior: A meta-analysis. *Psicothema*. Vol. 18, no3, pp. 620-629.
- Howard, D. L., McCaughrin, W. C. (1996). The treatment effectiveness of Outpatient Substance Misuse Treatment Organizations between Court-Mandated and Voluntary Clients. *Substance Use & Misuse*, 31(7), 895-926.
- Hughes, C. E., & Stevens, A. (2010). What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?. *The British Journal of Criminology*, 50(6), 999-1022
- Hunt, A. (2014). Expanding the biopsychosocial model: The active reinforcement model of addiction. *Graduate Student Journal of Psychology, Department of Counseling and Clinical Psychology Teachers College, Columbia University*, pp. 57-69.
- Inciardi, J. A., McBride, D. C., & Rivers, J. E. (1996). *Drug control and the courts*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Joe, G. W., Simpson, D. D., & Broome, K. M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *ADDICTION-ABINGDON-*, 93, 1177-1190.
- Kennedy, K., & Gregoire, T. K. (2009). Theories of motivation in addiction treatment: Testing the relationship of the transtheoretical model of change and self-determination theory. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 9(2), 163-183.
- Klag, S., O'Callaghan, F., & Creed, P. (2005). The use of legal coercion in the treatment of substance abusers: An overview and critical analysis of thirty years of research. *Substance use & misuse*, 40(12), 1777-1795.
- Kopak, A. M., Vartanian, L., Hoffmann, N. G., & Hunt, D. E. (2014). The connections between substance dependence, offense type, and offense severity. *Journal of Drug Issues*, 44(3), 291-307.
- Leukefeld, C. G. (1991). Opportunities for Enhancing Drug Abuse Treatment With Criminal Justice. *Improving drug abuse treatment*, 106, 328.
- Lippi, C. S. (2014). O discurso das drogas construído pelo direito internacional. *Revista de Direito Internacional*, 10(2), pp. 53-65. doi: 10.5102/rdi.v10i2.1993

- Loneck, B., Garrett, J. A., & Banks, S. M. (1996). A comparison of the Johnson Intervention with four other methods of referral to outpatient treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22(2), 233-246.
- Longshore, D., Prendergast, M. L., & Farabee, D. (2004). Coerced treatment for drug-using criminal offenders. In *Drug Treatment* (pp. 126-138). Routledge.
- Longshore, D., & Teruya, C. (2006). Treatment motivation in drug users: A theory-based analysis. *Drug and alcohol dependence*, 81(2), 179-188.
- Lourenço Martins, A. (1997). Direito Internacional da Droga: Sua Evolução. *Droga: Situação e Novas Estratégias*. Lisboa.
- MacCoun, R., Kilmer, B. and Reuter, P. (2003), 'Research on Drug-Crime Linkages: The Next Generation', in H. Brownstein and C. Crosland, eds, *Toward a Drugs and Crime Research Agenda for the 21st Century*. Washington, DC: National Institute of Justice, US Department of Justice.
- Marsden, J. Gossop, M. Stewart, D. Best, D. Farrell, M. Lehmann, P. Edwards, C. & Strang, J. (1998) The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome, *Addiction* 93(12): 1857-1867.
- Marshall, G. N., & Hser, Y. I. (2002). Characteristics of criminal justice and noncriminal justice clients receiving treatment for substance abuse. *Addictive behaviors*, 27(2), 179-192.
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics.: 7ª edição*. ReportNumber, Lda.
- Martin, S. E., Bryant, K., & Fitzgerald, N. (2001). Self-reported alcohol use and abuse by arrestees in the 1998 Arrestee Drug Abuse Monitoring program. *Alcohol Research & Health*, 25, 72-79.
- Martin, S. E., Maxwell, C. D., White, H. R., & Zhang, Y. (2004). Trends in alcohol use, cocaine use, and crime: 1989-1998. *Journal of Drug Issues*, 34, 333-360.
- Melnick, G. 1999. "Assessing Treatment Readiness in Special Populations." In Final Report of Project Activities. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Nagelkerke, N. J. (1991). A note on a general definition of the coefficient of determination. *Biometrika*, 78(3), 691-692.
- Negreiros, J. (1997). *Consumo de drogas nas prisões portuguesas*. Lisboa, Portugal: Gabinete de Planeamento e coordenação do Combate às Drogas, 61.

- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2019), Relatório Europeu sobre Drogas 2019: Tendências e Evoluções. Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- Opsal, A., Kristensen, Ø., Vederhus, J. K., & Clausen, T. (2016). Perceived coercion to enter treatment among involuntarily and voluntarily admitted patients with substance use disorders. *BMC health services research*, 16(1), 656.
- Parhar, K. K., Wormith, J. S., Derkzen, D. M., & Beauregard, A. M. (2008). Offender coercion in treatment: A meta-analysis of effectiveness. *Criminal Justice and Behavior*, 35(9), 1109-1135.
- Parker, R. N. and Auerhahn, K. (1998), 'Alcohol, Drugs, and Violence', *Annual Review of Sociology*, 24: 291–311.
- Perron, B. E., & Bright, C. L. (2008). The influence of legal coercion on dropout from substance abuse treatment: Results from a national survey. *Drug and alcohol dependence*, 92(1-3), 123-131.
- Poiares, C. (1999). Contribuição para uma análise histórica da droga. *Revista toxicodependências*, 5(1), 3-12.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. D. (2009). O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 25(2), 203-211.
- Prendergast, M., Greenwell, L., Farabee, D., & Hser, Y. I. (2009). Influence of perceived coercion and motivation on treatment completion and re-arrest among substance-abusing offenders. *The journal of behavioral health services & research*, 36(2), 159-176.
- Prendergast, M., Podus, D., Chang, E., & Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: A meta-analysis of comparison group studies. *Drug and alcohol dependence*, 67(1), 53-72.
- Quigley, B. M., & Leonard, K. E. (2000). *Alcohol, drugs, and violence*. In V. B. Van Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Aggression and violence: An introductory text* (p. 259–283). Allyn & Bacon.
- Quintas, J. (1997). *Drogados e consumos de drogas: análise das representações Sociais*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Porto: FPCEUP.
- Quintas, J. (2011). *Regulação legal do consumo de drogas: impactos da experiência portuguesa da descriminalização*. Porto: Fronteira do Caos Editores Lda.

- Quintas, J. (2014). Os tratamentos coercivos dos dependentes de drogas em confronto com a internação compulsória. *Boletim IBCCRIM*, 2-4.
- Quintas, J., & Antunes, Helena (2015). Das leis das drogas, seus públicos e seus limites: ensinamentos de experiências contemporâneas de descriminalização. In Manuela Cunha, *Do crime e do castigo: temas e debates contemporâneos*. (pp. 23-43). Lisboa: Mundos Sociais.
- Quintas, J., & Arana, X. (2017). Decriminalization: Different Models in Portugal and Spain. In *Dual Markets* (pp. 121-143). Springer, Cham.
- Ribeiro, J. S. (1995). Dependência ou dependências? Incidências históricas na formalização dos conceitos. *Toxicodependências*, 1(3).
- Rosenberg, C. M., & Liftik, J. (1976). Use of coercion in the outpatient treatment of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 37(1), 58-65.
- Seddon, T. (2007). "Coerced drug treatment in the criminal justice system: Conceptual, ethical and criminological issues." *Criminology & Criminal Justice* 7(3): 269-286.
- Schaub, M., Stevens, A., Berto, D., Hunt, N., Kersch, V., McSweeney, T., Oeuvray, K., Puppo, I., Maria, A. S., Trinkl, B., Uchtenhagen, A. & Werdenich, W. (2010). Comparing Outcomes of 'Voluntary' and 'Quasi-Compulsory' Treatment of Substance Dependence in Europe. *European Addiction Research*, 16(1), 53-60. doi: 10.1159/000265938
- Schwartz, J. R., & Schwartz, L. P. (1998). The drug court: A new strategy for drug use prevention. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 25(1), 255-268.
- SICAD (2018) Relatório Anual 2017: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. *Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências*.
- Silva, T., & Quintas, J. (2010). Consumo de álcool em toxicodependentes em tratamento. *Toxicodependências*, 16(3), 45-58.
- Simpson, D. D., & Friend, H. J. (1988). Legal status and long-term outcomes for addicts in the DARP followup project. *Compulsory treatment of drug abuse: Research and clinical practice*, 86, 81-98.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Rowan-Szal, G. A. (1997). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug and alcohol dependence*, 47(3), 227-235.
- Skewes, M. C., & Gonzalez, V. M. (2013). The biopsychosocial model of addiction. *Principles of addiction*, 1, 61-70.

- Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Hunt, N., Kersch, V., McSweeney, T., Oeuvray, K., Puppo, I., Santa Maria, A., Schaaf, S., Trinkl, B., Uchtenhagen, A., Werdenich, W. (2006). The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug dependence: Results from a European study of quasi-compulsory treatment. *European Addiction Research*, 12, 197–209.
- Stevens, A. (2007). When two dark figures collide: Evidence and discourse on drug-related crime. *Critical Social Policy*, 27(1), 77-99.
- Sung, H., Belenko, S. (2005) Failure After Success: Correlates of Recidivism Among Individuals Who Successfully Completed Coerced Drug Treatment. *Journal of Offender Rehabilitation*, Vol. 42 (1). pp. 75-97
- Szasz, T. (1996). *Our right to drugs: The case for a free market*. Syracuse University Press.
- Turner, S., Longshore, D., Wenzel, S., Deschenes, E., Greenwood, P., Fain, T., ... & Greene, J. (2002). A decade of drug treatment court research. *Substance Use & Misuse*, 37(12-13), 1489-1527. <http://dx.doi.org/10.1081/JA-120014420>
- United Nations Office of Drugs and Crime (2019). Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system: Alternatives to Conviction or Punishment. World Health Organization.
- Watson, C. G., Brown, K., Tilleskjor, C., Jacobs, L., & Pucel, J. (1988). The comparative recidivism rates of voluntary and coerced admission male alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 573-581.
- West, R. (2013). *Models of addiction*. Insight Series (No. 14). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. doi: 10.2810/99994
- Wild, T. C., Newton-Taylor, B., & Alletto, R. (1998). Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: Structural and psychological determinants. *Addictive Behaviors*, 23(1), 81-95.
- Winick, B. J. (2009). Foreword: Therapeutic Jurisprudence Perspectives on Dealing with Victims of Crime. *Nova Law Review*, 33(3), 535-543.
- White, H. R. and Gorman, D. M. (2000), 'Dynamics of the Drug-Crime Relationship', in G. LaFree, ed., *Criminal Justice 2000: The Nature of Crime: Continuity and Change*, 151–218. Washington, DC: US Department of Justice.
- Young, D. (2002). Impacts of perceived legal pressure on retention in drug treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 29(1), 27-55.

Legislação

DL 420/70, de 3 de Setembro

DL 430/83, de 13 de Dezembro

Lei 30/2000, de 29 de Novembro

DL 130-A/2001, de 23 de Abril

ANEXOS

Anexo I: Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.



PARECER Nº 028/2019

Sobre o estudo T1015 – “A eficácia da coerção nos resultados do tratamento de dependentes de substâncias”

A – Relatório

1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN) iniciou a apreciação do Processo n.º T909, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão pela Investigadora *Mariana da Fontoura Prado*, sobre o estudo “A eficácia da coerção nos resultados do tratamento de dependentes de substâncias”, a realizar no *Centro de Respostas Integradas Porto-Central*.
2. Fazem parte do processo de avaliação o *curriculum vitae* dos investigadores, o protocolo de investigação, com a discriminação do cronograma e dos recursos, a declaração de confidencialidade dos dados, do seu uso exclusivo neste estudo e de como será entregue à CES um exemplar do trabalho final e as declarações dos Conselhos Técnicos das respetivas USF, autorizando a realização do estudo.
3. Trata-se de um estudo transversal cujos objetivos são: perceber se a condição de entrada dos indivíduos em programa de tratamento para dependentes de substâncias (coerciva ou voluntária), influencia os resultados do tratamento.
4. A amostra deste estudo será dividida em dois grupos, de acordo com o tipo de entrada: coercivo e voluntário e, dentro do grupo coercivo, serão divididos entre aqueles encaminhados pelo Sistema de Justiça e encaminhados pelas Comissões para Dissuasão de Toxicod dependência (CDT).
5. Os dados serão recolhidos através de questionário, após consentimento informado, o qual aborda motivação e adesão ao tratamento, percepção de coerção, atividade criminal praticada, cuidado com saúde e bem estar e consumo de substâncias.

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. O anonimato dos dados está garantido e a participação assegurada através de declaração de consentimento informado.
2. O risco de dano para os participantes é mínimo e o benefício social e científico considerado relevante.
3. Está garantido o uso responsável e racional dos recursos para a investigação.



C – Conclusões

1. A CES reconhece a este estudo originalidade, relevância e pertinência dos resultados.
2. Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo.

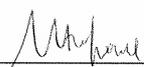
Aprovado em reunião do dia 12 de março de 2019, por unanimidade.

O relator,



Professor Doutor Pedro M. Teixeira

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP



Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol

Anexo II: Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia²⁹ e a Convenção de Oviedo³⁰

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: A eficácia da coerção nos resultados de tratamento de dependentes de substâncias

Enquadramento: Escola de Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade do Porto, orientado por Jorge Albino Quintas de Oliveira

Explicação do estudo: Os dados a serem recolhidos das fichas técnicas serão: idade, género e estado civil dos participantes. Ainda, será realizado um questionário com cada um dos participantes, de forma individual, para medir, através de escalas, a adesão ao tratamento; a percepção de coerção e motivação para o tratamento; a atividade criminal praticada; o consumo de substâncias; os cuidados com saúde e com os potenciais danos do consumo; a funcionamento social e o bem estar pessoal. A recolha será realizada nos centro de tratamento no qual o participante se encontrar, entre os meses de dezembro de 2018 e fevereiro de 2019. Não haverá gravações de áudio ou vídeo durante o preenchimento dos questionários.

Condições e financiamento: O presente estudo é voluntário e financiado pela investigadora, não existindo qualquer tipo de compensação monetária. Ainda, não será necessária deslocamento dos voluntários, bem como não haverá nenhum tipo de prejuízo caso não queiram participar. O presente estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte.

Confidencialidade e anonimato: Todos os dados obtidos a partir deste estudo serão confidenciais, pelo que apenas a investigadora, e o seu orientador, terão acesso a eles, sendo o anonimato e confidencialidade garantidos. Assim, todos os dados a que tiverem acesso terão apenas e só finalidade académica e científica.

Mariana Prado, Mestranda em Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade do Porto, telemóvel 913575112, email: marianafprado@gmail.com

Assinatura/s:

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

²⁹http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

³⁰ <http://dre.pt/pdf/lsdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Anexo III: Questionário utilizado para a recolha de dados

DATA DA AVALIAÇÃO ___/___/_____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

GÉNERO

- Masculino
- Feminino

IDADE: ____ anos

NACIONALIDADE

- Portuguesa
- Estrangeira Qual? _____

ESTADO CIVIL

- Solteiro
- Casado/União de Facto
- Divorciado/Separado
- Viúvo
- Desconhecido

SITUAÇÃO COABITAÇÃO

- Família de origem (ascendentes/irmãos)
- Sozinho
- Apenas com companheiro/a
- Apenas com companheiro/a e filhos
- Com companheiro/a e família de origem
- Com companheiro/a e filhos e família de origem
- Outra Qual? _____

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

_____ ano de escolaridade completo

SITUAÇÃO PROFISSIONAL

- Empregado
- Desempregado
- Estudante/Formação Profissional
- Outro
- Desconhecida

PRINCIPAL SUBSTÂNCIA UTILIZADA NO MOMENTO DE ENTRADA EM TRATAMENTO

- Cannabis
- Cocaína
- Heroína
- Heroína e Cocaína
- Outros Opiáceos
- Alucinógenos

- Estimulantes
- Sedativos
- utra
- Desconhecida

TIPO DE ENTRADA ATUAL

- Voluntária
- Por encaminhamento da Comissão para Dissuasão da Toxicodependência
- Por encaminhamento do Tribunal

TIPO DE TRATAMENTO

- Consulta de psicoterapias
- Grupos de suporte
- Tratamento com antagonista de opiáceos
- Tratamento com agonistas de opiáceos
- Centros de dia
- Unidades de desabituação
- Comunidades terapêuticas
- Outro. Qual? _____

DATA DA PRIMEIRA ENTRADA EM TRATAMENTO (mês e ano): ___/___

DATA DA ÚLTIMA ENTRADA EM TRATAMENTO (mês e ano): ___/___

NÚMERO DE VEZES QUE ACEITOU TRATAMENTO: _____

Maudsley Addiction Profile

Seção A: Consumo de substâncias

Iremos começar a falar sobre o seu consumo de substâncias nos últimos trinta dias.

Para cada droga utilizada no último mês, irei marcar um X para “sim” e deixar em branco para “não”.

Caso a resposta seja “sim” peço que, de acordo com o cartão 1, diga o número de dias que consumiu substâncias no último mês, a quantidade tipicamente consumida em um dia e a principal via de administração (oral, nasal, inalação, injetável).

Tipo de droga	Usou nos últimos 30 dias?	Nº de dias que utilizou nos últimos 30 dias	Quantidade tipicamente usada em um dia	Principal via de administração
Álcool				
Heroína				
Opióides				
Psicoativos				
Cocaína				
Cocaína(Crack)				
Anfetaminas				

No último mês, teve alguma overdose? Não Sim Se sim, quantas vezes?

Seção B: Injetáveis e comportamento sexual

Em algum momento nos últimos 30 dias injetou algum tipo de droga?

Sim Não

Se sim, de acordo com o cartão 1, quantos dias injetou algum tipo de droga? ____ dias

Se não, pular para comportamento sexual

Nos últimos 30 dias, utilizou agulha ou seringa que tivesse sido utilizada por outra pessoa?

Sim Não

Se sim: Quantas vezes já fizeste isso? ____ vezes

Com que frequência injetou com uma agulha e seringas novas?

Nunca⁴ Raramente³ As vezes² Frequentemente¹ Sempre⁰

INVESTIGADORA: Agora irei perguntar algumas questões sobre seu comportamento sexual durante os últimos 30 dias.

Realizou sexo com penetração (vaginal ou anal) nos últimos 30 dias?

Sim Não

Se não pular para Seção C

Nos últimos 30 dias, realizou sexo com penetração sem utilizar preservativo, a qualquer momento da relação sexual?

Sim Não Se sim, com quantas relacionou-se dessa maneira? ____ pessoas

Se não pular para Seção C

Nos últimos 30 dias quantas vezes teve relações sexuais sem utilizar preservativo? ____ vezes

Seção C: Saúde

INVESTIGADORA: Agora iremos falar sobre seu estado de saúde física nos últimos 30 dias. Com que frequência sente que teve os seguintes problemas:

	Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre
a. Pouco apetite	0	1	2	3	4
b. Cansaço/Fatigado	0	1	2	3	4
c. Náusea	0	1	2	3	4
d. Dores no estômago	0	1	2	3	4
e. Dificuldade em respirar	0	1	2	3	4
f. Dores no peito	0	1	2	3	4
g. Dores nos ossos/articulações	0	1	2	3	4
h. Dores musculares	0	1	2	3	4
i. Formigueiro/dormência	0	1	2	3	4
j. Tremores	0	1	2	3	4

INVESTIGADORA: Agora iremos falar sobre como tem se sentido consigo mesmo. Nos últimos 30 dias, com qual frequência teve as seguintes sensações:

	Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre
a. Sentiu-se tenso	0	1	2	3	4
b. Sentiu-se assustado sem motivo	0	1	2	3	4
c. Sentiu-se com medo	0	1	2	3	4
d. Nervoso, a tremer	0	1	2	3	4
e. Momentos de pânico ou terror	0	1	2	3	4
f. Sem esperança sobre o futuro	0	1	2	3	4
g. Sentiu-se inútil	0	1	2	3	4
h. Sem interesse nas coisas	0	1	2	3	4
i. Sentiu-se solitário	0	1	2	3	4

Seção D: Funcionamento social

INVESTIGADORA: Agora irei perguntar questões gerais sobre a sua vida nos últimos 30 dias

Nos últimos 30 dias, quantas noites parou em algum destes locais

- a. Casa própria ou alugada _____ (Noites 0-30)
- b. Casa de parentes/Companheiros/Amigos _____ (Noites 0-30)
- c. Hostel/acomodação temporária _____ (Noites 0-30)
- d. Nas ruas _____ (Noites 0-30)
- e. Na prisão/esquadra policial _____ (Noites 0-30)
- f. Hospital/tratamento residencial _____ (Noites 0-30)
- g. Outro (especificar) _____ (Noites 0-30)

Seção D: Trabalho

1. Há quanto tempo reside no seu atual endereço? _____
2. Em algum momento dos últimos 30 dias, teve um trabalho remunerado? (incluindo trabalho casual) []
 Sim [] Não Se sim, quantos dias teve um trabalho? _____
 Se não, pular para pergunta 4.
3. Nos últimos 30 dias, teve de faltar algum dia por doença ou teve ausência não autorizada?
 [] Sim [] Não Se sim, quantos dias faltou? _____
4. Em algum momento dos últimos 30 dias teve um trabalho voluntário?
 [] Sim [] Não Se sim, quantos dias realizou? _____
5. Nos últimos 30 dias, frequentou algum curso técnico ou educacional?

[] Sim [] Não Se sim, quantos dias foi ao curso? _____

6. Nos últimos 30 dias, teve de sustentar financeiramente algum dependente e/ou a casa?

[] Sim [] Não Se sim, durante quantos dias teve de fazê-lo? _____

7. Em algum momento dos últimos 30 dias, esteve desempregado?

[] Sim [] Não Se sim, durante quantos dias? _____

Seção D: Relacionamentos

1. Nos últimos 30 dias, esteve em algum relacionamento amoroso, mesmo que por algum tempo?

[] Sim [] Não

2. Nos últimos 30 dias, em quantos dias ocorreu (0-30 dias): _____

	Parceiro	Parentes	Filhos menores de 18 anos	Amigos
(a) Esteve em contato com	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Teve um sério conflito com	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seção D: Atividades Ilegais

INVESTIGADORA: Agora iremos falar sobre coisas que você pode ter feito nos últimos 30 dias que são ilegais. Lembrando que tudo que falarmos aqui é confidencial e anônimo.

a. Vender drogas

[] Sim [] Não Se sim, quantos dias cometeu _____ e quantas vezes cometeu em um dia _____

b. Fraude/Falsificação

[] Sim [] Não Se sim, quantos dias cometeu _____ e quantas vezes cometeu em um dia _____

c. Roubo de propriedade

[] Sim [] Não Se sim, quantos dias cometeu _____ e quantas vezes cometeu em um dia _____

d. Roubo de pessoa

[] Sim [] Não Se sim, quantos dias cometeu _____ e quantas vezes cometeu em um dia _____

e. Furto

[] Sim [] Não Se sim, quantos dias cometeu _____ e quantas vezes cometeu em um dia _____

f. Roubo de objetos em um carro

[] Sim [] Não Se sim, quantos dias cometeu _____ e quantas vezes cometeu em um dia _____

g. Roubo de carro

[] Sim [] Não Se sim, quantos dias cometeu _____ e quantas vezes cometeu em um dia _____

h. Outro roubo (especificar) _____

[] Sim [] Não Se sim, quantos dias cometeu _____ e quantas vezes cometeu em um dia _____

i. Dano com violência

[] Sim [] Não Se sim, quantos dias cometeu _____ e quantas vezes cometeu em um dia _____

j. Ofensa a ordem pública

[] Sim [] Não Se sim, quantos dias cometeu _____ e quantas vezes cometeu em um dia _____

k. Mendigar

[] Sim [] Não Se sim, quantos dias cometeu _____ e quantas vezes cometeu em um dia _____

CMRS

1. Tenho certeza que iria para a prisão senão iniciasse o tratamento

- Discordo completamente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo completamente
- Não se aplica

2. Tenho certeza que iniciaria o tratamento sem qualquer pressão legal da justiça

- Discordo completamente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo completamente
- Não se aplica

3. Tenho certeza que minha família não me deixaria ficar em casa senão tivesse iniciado tratamento

- Discordo completamente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo completamente
- Não se aplica

4. Acredito que minha família irá tentar me fazer deixar o tratamento após alguns meses

- Discordo completamente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo completamente
- Não se aplica

5. Estou preocupado de ter sérios problemas financeiros se ficar em tratamento

- Discordo completamente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo completamente
- Não se aplica

6. Basicamente, sinto que tenho muitos problemas fora do programa que irão me impedir de completar o tratamento (pais, companheira (o), filhos, perder emprego, perder renda, perder educação, problemas familiares, perder habitação, etc.)

- Discordo completamente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo completamente
- Não se aplica

7. Basicamente, sinto que consumir drogas é um problema grave na minha vida

- Discordo completamente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo completamente
- Não se aplica

8. As vezes não gosto de mim mesmo por causa do meu consumo de drogas

- Discordo completamente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo completamente
- Não se aplica

9. Ultimamente, sinto que senão mudar, minha vida ficará pior

- Discordo completamente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo completamente
- Não se aplica

10. Sinto-me mal com o facto de que meu uso de drogas e a maneira como tenho vivido entristeceu muitas pessoas

- Discordo completamente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo completamente
- Não se aplica

11. Para mim, é mais importante que qualquer coisa, que eu pare de usar drogas

- Discordo completamente
- Discordo
- Indiferente

- Concordo
- Concordo completamente
- Não se aplica

12. Não acredito que precise estar em tratamento para parar de usar drogas, posso parar quando quiser

- Discordo completamente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo completamente
- Não se aplica

13. Vim para este programa porque sinto que estou pronto para lidar comigo mesmo em tratamento

- Discordo completamente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo completamente
- Não se aplica

14. Farei o que for preciso para colocar minha vida nos eixos

- Discordo completamente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo completamente
- Não se aplica

15. Basicamente, não vejo outra escolha senão algum tipo de tratamento.

- Discordo completamente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo completamente
- Não se aplica

16. Não acredito que possa parar de usar drogas com ajuda de amigos, família ou religião. Eu realmente preciso de algum tipo de tratamento

- Discordo completamente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo completamente
- Não se aplica

17. Estou realmente cansado de usar drogas e quero mudar, mas sei que posso fazer isso sozinho

- Discordo completamente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo completamente
- Não se aplica

18. Senti-me disposto a iniciar o tratamento

- Discordo completamente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo completamente
- Não se aplica

MAC - AES

1. Senti-me livre para decidir iniciar o tratamento

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

2. Pessoas tentaram forçar minha vinda ao centro de tratamento

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

3. Eu tive oportunidades para dizer se queria vir ao centro de tratamento

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

4. Eu escolhi vir ao centro de tratamento

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

5. Eu pude dizer o que pensava sobre realizar o tratamento

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

6. Alguém ameaçou-me para vir ao centro de tratamento

- Verdadeiro
- Falso

- Não sei

7. Foi minha ideia vir ao centro de tratamento

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

8. Alguém tentou trazer-me à força ao centro de tratamento

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

9. Ninguém parecia importar-se em saber se eu queria vir ao centro de tratamento

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

10. Fui ameaçado a vir ao centro de tratamento

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

11. Eles disseram que fariam com que eu viesse

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

12. Ninguém tentou forçar-me a vir ao centro de tratamento

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

13. Minha opinião sobre vir ao centro de tratamento não importava

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

14. Eu tive muito controlo sobre vir ao centro de tratamento ou não

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

15. Eu tive mais influência que qualquer outra pessoa na decisão de vir ao centro de tratamento

- Verdadeiro
- Falso

- Não sei

16. Como você se sentiu ao ser admitido para tratamento?

- Com raiva
- Triste
- Satisfeito
- Aliviado
- Confuso
- Com medo

Anexo IV: Cartão Maudsley Addiction Profile

Card 1	
Every day	30
6 days a week	26
5 days a week	21
4 days a week	17
3 days a week	13
2 days a week	9
Seven days	7
Six days	6
Five days	5
Four days	4
Three days	3
Two days	2
One day only	1
Some other number	—
None	0

Anexo V: Resultados do teste de normalidade (KS) para as variáveis do estudo

Variáveis	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistic	df	<i>p</i>
Tempo em tratamento	.098	89	.033
Principal substância	.316	89	.000
Tipo de tratamento	.474	89	.000
Número de vezes que aceitou tratamento	.305	89	.000
Caracterização do crime	.364	89	.000
Consumo pós início do tratamento	.474	89	.000
Consumo álcool	.418	89	.000
Consumo heroína	.538	89	.000
Consumo cocaína	.531	89	.000
Consumo cocaína crack	.530	89	.000
Consumo haxixe	.526	89	.000
Overdose	.531	89	.000
Consumo de injetáveis	.537	89	.000
Uso de seringas compartilhadas	.537	89	.000
Relações sexuais sem preservativo	.343	89	.000
MAP saúde física	.198	89	.000
MAP saúde psicológica	.157	89	.000
Emprego	.407	89	.000
Conflito Parceiro	.528	89	.000
Conflito Família	.506	89	.000
Conflito Amigos	.531	89	.000
Atividade Criminal	.531	89	.000
CMR consciência 1	.151	89	.000
CMR consciência 2	.244	89	.000
CMR motivação	.166	89	.000
CMR prontidão	.164	89	.000
CMR total	.141	89	.000
MacArthur percepção de coerção	.226	89	.000
MacArthur pressões negativas	.284	89	.000
MacArthur justiça processual	.339	89	.000
MacArthur reação emocional	.157	89	.000
MacArthur total	.177	89	.000

GUIÃO DE ENTREVISTA

Tema: A eficácia da coerção legal nos resultados do tratamento de dependentes de substâncias

Esta entrevista destina-se a abordar temas relacionados com tratamento de dependentes de substâncias, solicitando-lhe a sua opinião pessoal e sincera. Trata-se de um estudo realizado pela Escola de Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade do Porto, e todos os dados recolhidos são utilizados estritamente para fins académicos. Esses dados são tratados de forma absolutamente anónima e apenas eu saberei que me concedeu essa entrevista. Nesta perspectiva são três temas a serem abordados: motivação para o tratamento e efeitos do tratamento e percepção da coerção ou pressão para iniciar tratamento.

A. MOTIVAÇÃO

1. Sobre a motivação: Já havia feito ou pensado em realizar tratamento antes?; Está a realizar o tratamento somente para ajudar a si mesmo?; Como sentiu-se ao ser admitido para tratamento?; Atualmente, pensa que consegue parar ou reduzir o consumo sem ajuda do tratamento?

B. PRESSÃO E COERÇÃO

1. Sobre a autonomia: Sentiu-se pressionado por alguém para iniciar o tratamento?
2. Sobre a coerção legal – percepção dos voluntários: Acha justo alguém ser encaminhado para tratamento pelo Tribunal?
3. Sobre a coerção legal – percepção dos encaminhados: Acha justa a forma como foi encaminhado para tratamento?
4. Sobre a retenção em tratamento para os encaminhados – Se o juiz lhe dissesse hoje que não precisa mais vir, continuaria vindo?

C. EFEITOS DO TRATAMENTO

1. Efeitos do tratamento: O tratamento que está a fazer lhe ajudou com algum problema?
2. Sobre relações interpessoais: Estar em tratamento beneficiou suas relações?