

FACULDADE DE ECONOMIA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

Ana Rita Valinho dos Santos Marques

A(S) DROGA(S) E A(S) TOXICODEPENDÊNCIA(S)
- REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E POLÍTICAS EM PORTUGAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO E INSERÇÃO SOCIAL

APRESENTADA À FACULDADE DE ECONOMIA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

SOB A ORIENTAÇÃO DA PROFESSORA DOUTORA MARIA DA CONCEIÇÃO RAMOS

PORTO, 2008

Nota Biográfica

Licenciada, pela Universidade Autónoma de Lisboa em Ciências Sociais/Sociologia, variante de Medicina e Saúde.

De 1 de Dezembro de 1997 a 29 de Fevereiro de 2000 exerceu funções de socióloga na Comunidade Vida e Paz, Instituição Particular de Solidariedade Social sem fins lucrativos – IPSS, destinada ao acolhimento e à reabilitação de indivíduos “Sem Abrigo”. O trabalho desenvolvido na Quinta do Espírito Santo – Comunidade Residencial - assentou na Coordenação Técnica do Centro, Coordenação dos Cursos de Formação Profissional e Coordenação da Prevenção e Tratamento da Toxicodependência.

Em 1 de Março de 2000 ingressou na Direcção Regional do Norte do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (DRN/SPTT), como Técnica Superior de 2ª Classe do Regime Geral – área de Sociologia. A 1 de Março de 2000 iniciou funções no Centro de Informação e Acolhimento (CIAC-Norte). Em Julho de 2000 passou a dividir a actividade profissional entre o Centro de Informação e Acolhimento e o Gabinete de Apoio Técnico (GAT) da Direcção Regional Norte. A partir da extinção do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência passou a integrar o quadro de pessoal da Delegação Regional Norte, do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), como Técnica Superior de 2ª Classe, da carreira Técnica Superior de Regime Geral ramo de Sociologia, desempenhando as funções no Serviço de Coordenação e Apoio Técnico. Desde 25 de Maio de 2007 foi nomeada técnica superior de 1ª classe da carreira técnica, área de planeamento, contencioso, formação e gestão do quadro de pessoal transitório do Instituto da Droga e da Toxicodependência. Actualmente integra a equipa multidisciplinar do Núcleo de Apoio Técnico da DRN do IDT, IP assumindo a função de Coordenação das áreas Transversais - Sistemas de Informação, Investigação, Formação e Alcoologia.

Desde 01 de Outubro de 2003 é também professora na Escola Profissional de Tecnologia Psicossocial do Porto.

“Todo o conhecimento é autoconhecimento”.

Boaventura Sousa Santos (1987) 2001.

Um Discurso sobre as Ciências. Porto: Afrontamento.

AGRADECIMENTOS

Parece que cheguei ao fim de mais esta etapa da minha vida. Uma etapa bastante solitária, como é habitual neste tipo de trabalhos académicos. Uma etapa em que aprendi muito, mas acima de tudo em que percebi que quanto mais se estuda um assunto menos parece saber-se sobre ele. É que de facto a aprendizagem é um longo processo infindável, mas sempre inebriante.

Compete-me, também, registar os meus sinceros e indefectíveis agradecimentos à Professora Doutora Maria da Conceição Ramos, por ter acreditado e acolhido o meu projecto para orientar. Pelo seu rigor, profissionalismo, eficiência e amizade, foi a melhor orientadora que alguma vez julguei encontrar.

A todas as pessoas que aceitaram participar nesta investigação, pelas valiosas contribuições ofertadas que tornaram a minha pesquisa bem mais interessante.

Em terceiro lugar, ou talvez em outro lugar, tenho que agradecer à minha família, em especial à minha mãe, por todo o carinho e apoio que me deram em mais esta travessia.

Não posso deixar ainda de agradecer a todos os meus amigos que tão bem compreenderam as minhas ausências em termos profissionais e pessoais. Aos amigos que me ajudaram, mesmo sem darem conta do quanto! Aos meus amigos, que aguardam as minhas visitas prometidas e adiadas há tempos!

A todas as pessoas que me incentivaram, principalmente nos momentos mais difíceis.

Resumo

O objectivo desta dissertação de Mestrado é perceber *a(s) droga(s) e a(s) toxicodependência(s) - Representações Sociais e Políticas em Portugal*. O fenómeno *droga* persiste e progride, desafiando, abalando e subvertendo todos os códigos instituídos pela ciência positiva e normativa da modernidade. Ele escapa e transcende os nossos quadros conceptuais semiótico-sinalético, descritivo, analítico, explicativo, terapêutico e jurídico-político. É, contudo, consensual o reconhecimento da necessidade de pluralidade disciplinar para a abordagem e intervenção neste campo complexo temático.

Neste sentido, o intuito desta investigação é expor alguns construtos em torno destes conceitos e perceber as diferentes políticas que têm acompanhado o fenómeno em Portugal. Por outro lado, também temos como propósito perceber as representações sociais sobre *a(s) droga(s) e a(s) toxicodependência(s)* assumidas pelos técnicos que intervêm nesta problemática e abrir espaços para outras formas de entendimento destes conceitos.

Antes de chegar ao discurso ou representações sociais dos técnicos que trabalham na área da *toxicodependência*, a autora percorreu outras áreas da nossa cultura que contribuíram para a construção do significado de *droga* e de *toxicodependência* nos dias de hoje: a legislação, as políticas e o olhar da própria sociedade.

No final desta pesquisa foi possível concluir que o discurso e as práticas dos técnicos que trabalham nesta área são condicionados pelas diferentes representações sociais da *toxicodependência*. Contudo, por detrás de um aparente consenso, emergem diversos discursos e práticas representativas, condicionadas pelo contexto das políticas, legislação em vigor e pela formação de base dos próprios técnicos.

Palavras-chave: *Droga(s)*, *Toxicodependência(s)*, Políticas Sociais e de Saúde, Representações Sociais e Técnicos de Saúde.

Abstract

The aim of this work is understanding *social representations and political options about drug(s) and drug-addiction(s), in Portugal*. The drug phenomenon persists and progresses; challenging and shaking the established codes and symbols of the modern normative science. It escapes and transcends our semiotic, descriptive, analytical, explications, therapeutics and political-law conceptual frames. Nevertheless, it is broadly consensual the need of a wide broad perspective and multidisciplinary view in the treatment and intervention programs.

In this way, the aim of this investigation is to expose some of the constructs around the concepts and understanding the different political options that, in Portugal, were assumed along the growing of this phenomenon. On the other hand it's our aim to understand the social representations of the professionals that work in this field and open new routes to explain the way they work and the way they think about *drug(s) and drug-addiction(s)*.

Before, getting to the speech and social representations of the professionals that work in this area - *drug-addiction(s)* - the author, made an overview about the cultural expression that sustains the construction of the meaning of this phenomenon until nowadays: the laws, political options, and a view of our society.

At the end, it is possible to prove that the speech and the intervention practices are very well conditioned by the different social representations of *drug-addiction*. However, behind an apparent consensus, different discourses and representative practices emerge, which are conditioned by policies, laws and by the educational/academical background of the interviewed professionals.

Key-words: *Drug(s), Drug-addiction(s), Social and Health Policies, Social Representations, Health Professionals.*

Índice

0 – Introdução da Problemática e Objectivos da Pesquisa	1
I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E POLÍTICO DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	7
1 – Roteiro conceptual das noções de <i>droga</i> e de <i>toxicodependência</i>	7
1.1 – A noção de “ <i>droga</i> ”	7
1.2 – A noção de “ <i>toxicodependência</i> ”	13
2 – A teoria das representações sociais	22
2.1 – Representações sociais e atribuições	34
2.2 – Representações sociais e estereótipos	34
2.2.1 – Funções sociais dos estereótipos	36
3. – Aspectos históricos, culturais e sociais do uso de substâncias psicoactivas	37
3.1 Da Antiguidade Clássica aos nossos dias	37
3.2 – O fenómeno da <i>droga</i> em Portugal	45
4. – Enquadramento histórico das políticas sociais e das respostas institucionais em torno do objecto- <i>droga</i> e do <i>toxicodependente</i>	52
4.1 – A política da <i>Prevenção</i>	66
4.2 – A política do <i>Tratamento</i>	74
4.3 – A política da <i>Redução de Riscos e Minimização de Danos</i>	81
4.4 – A política da <i>Reinserção Social dos toxicodependentes</i>	84
4.4.1 – <i>Programa Quadro Prevenir</i>	86
4.4.2 – <i>Programa Vida Emprego</i>	87
4.4.3 – <i>O Rendimento Social de Inserção</i>	89
4.4.4 – Outras medidas na área da <i>Reinserção Social</i>	96
5. – O papel dos técnicos na problemática das <i>toxicodependências</i>	98
5.1 – O conceito de <i>doença</i> e suas significações	98
5.2 – A <i>toxicodependência</i> e a concepção dos especialistas	102
5.2.1 – Os profissionais de saúde e a <i>droga</i>	113
6 - A sociedade face aos <i>toxicodependentes</i>	120

II PARTE – METODOLOGIA, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	124
7. – Metodologia da investigação	124
7.1 - Objectivos da pesquisa	124
7.2 – Metodologia	125
7.3 – Caracterização dos participantes da pesquisa	130
8 – Análise e discussão dos resultados	132
8.1 – Apresentação e discussão de dados quantitativos que caracterizam a evolução das Respostas Institucionais na área da Saúde	140
8.2 – Apresentação e discussão dos resultados obtidos a partir das entrevistas	150
9 – Conclusão e Considerações Finais	168
10 - Bibliografia	179
Anexos	197
Anexo 1 – Guião de Entrevista	

Índice de Quadros

Quadro n.º 1 - Perfil dos técnicos por nós entrevistados

Quadro n.º 2 – Abertura por anos (1986 a 2005) das estruturas do IDT que dão resposta ao fenómeno da toxicodependência

Quadro n.º 3 – Evolução do número de Primeiras Consultas, Consultas de Seguimento e Doentes Activos

Quadro n.º 4 – Evolução do número de doentes por Programa de Substituição Opiácea

Quadro n.º 5 – Evolução do número de Doentes em Tratamento em Unidades de Desabituação, Comunidades Terapêuticas, Centros de Dia e Serviço de Atendimento Permanente

Quadro n.º 6 - Relação entre as representações sociais que os diferentes técnicos têm sobre a intervenção no tratamento da toxicodependência e se estas influenciam as modalidades de intervenção que utilizam

Quadro n.º 7 - Perceber se os técnicos conhecem, utilizam e identificam as diferentes estratégias de tratamento

Quadro n.º 8 - Caracterizar as crenças de auto-eficácia da intervenção dos diferentes técnicos

Quadro n.º 9 - Perceber em que medida a avaliação permite adequar a intervenção

Quadro n.º 10 - Perceber em que medida as representações sociais sobre o fenómeno da toxicodependência condicionam os discursos dos próprios técnicos.

0 – INTRODUÇÃO DA PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DA PESQUISA

A presente investigação surge integrada no Mestrado de Desenvolvimento e Inserção Social, realizado na Faculdade de Economia da Universidade do Porto. O tema desta dissertação de Mestrado centra-se *na(s) droga(s) e a(s) toxicodependência(s) - Representações Sociais e Políticas em Portugal*.

Apesar da ideia de que o fenómeno do uso de substâncias é uma herança do século XIX, a revisão da literatura e a análise de escritos históricos e científicos permite-nos constatar que este fenómeno traz consigo, pelo menos, cinco séculos de história. A reflexão cuidada sobre as relações entre as substâncias e os seus consumidores, assim como do papel que desempenham ao longo da história da humanidade, permite a compreensão da emergência do fenómeno da *toxicodependência* como produto do desenvolvimento de uma sociedade.

Desde sempre o uso de substâncias acompanhou o desenvolvimento da humanidade. As substâncias adquiriram ao longo da História uma função capital no interior do tecido social nos seus múltiplos aspectos: religioso, científico, estético, hedonista, técnico e militar.

Em culturas ancestrais, as substâncias representavam o meio, através do qual, o Homem preenchia a necessidade de se relacionar com níveis transcendentais da sua existência, remetendo as angústias e vitórias de um povo para essa dimensão. Pode-se dizer que, da Antiguidade até ao final da Idade Média, as funções religiosa e médica estavam concentradas na mesma pessoa, que tratava dos males do corpo e da alma, aspecto que veio a ser transformado, a partir do momento em que se dá a separação das diferentes ciências, que abordam diferentes dimensões do Homem. Os recursos que a natureza tão generosamente deu ao Homem (o cânhamo, a papoila, os cogumelos alucinógenos, entre outras) foram sendo utilizados das mais variadas formas para lidar com a doença, com o sofrimento, com a morte. São exemplos, a utilização do cânhamo, do ópio, da coca, como produtos naturais com utilização terapêutica. O uso de substâncias também adquire uma função na dimensão estética, como poderemos ver, especialmente a partir

do século XVIII, nas artes, letras e música. Digamos que, através do uso de substâncias, os artistas conseguiram apreender o infinito, o paraíso artificial, *voando* para além da sua existência de comuns mortais. Além disso, também não se pode descurar a dimensão hedonista do uso de substâncias, permitindo a experiencição sempre que se desejar obter prazer. Ainda, a função que as substâncias desempenharam a nível militar é presente ao longo da História, com relatos, desde a Antiguidade, até à actualidade, sendo um dos exemplos paradigmáticos a 2ª Guerra Mundial.

O fenómeno da *toxicodependência* começa a ser conceptualizado a partir do momento em que o uso de substâncias deixa de ser um meio, um veículo de comunicação e passa a ser um fim, uma necessidade de viver alienado e, por conseguinte, o lado visível de um mal-estar relacional do indivíduo consigo próprio e com o mundo.

A forma como determinada sociedade encara e lida com o fenómeno da *toxicodependência*, depende das suas representações sobre o uso de substâncias, sobre os próprios utilizadores e sobre a função social que essas substâncias desempenham. Quanto à prevalência de determinadas substâncias que são usadas em determinados momentos históricos, estas transformações não se referem às substâncias em si, mas à função social que elas representam.

As representações sociais não se formam num vazio, nem se inscrevem no domínio do imaginário fantasista. As representações sociais formulam-se a partir de um processo de “*relação*” entre o conhecimento disponível já representado e uma realidade “*disponível*”. Esta realidade disponível circula através de muitos canais (meios de comunicação, família, amigos, entidades “*credíveis*”, experiência própria, etc.) os quais são seleccionados e hierarquizados na sua ordem de importância, pelo indivíduo, no processo de tratamento da informação.

A teoria das representações sociais, na reformulação psicossociológica de Serge Moscovici (1976), ergue-se sob um paradigma teórico construtivista. Rejeita conceber o conhecimento como a captação empírica de um mundo real exterior aos sujeitos e sustenta que o que se conhece não é a realidade “*em si*”, porque esta é inacessível, mas a realidade moldada por quadros de referência mental.

Com esta investigação pretende-se, essencialmente, ver a forma como as pessoas se apoderam da enorme diversidade dos discursos em torno da *droga* e do *toxicodependente*, em confronto com o conhecimento concreto e diferencial da sua realidade. Isto é, pretende-se dar uma resenha da forma como a sociedade e as diferentes instituições se criam e se organizam simbolicamente em torno deste fenómeno.

A teoria sobre a qual se regem as sociedades contemporâneas, ensina a “*conhecer*” o consumidor de *droga* como um dependente, portador de uma “*doença*” e um “*delinquente*”. Neste sentido, circulam todo um conjunto de teorias, de autoria das mais diversas fontes de poder (políticas, cívicas, científicas, técnicas), assimiladas e sedimentadas pelo senso comum, que procuram legitimar a proscrição social da *droga* à luz daquelas categorizações, fundando-se nas realidades empíricas que emergem da própria “*reserva de evidência*” criada pelo regime político-social que governa a *droga*.

O instrumento mais importante da codificação institucional da *droga* é a linguagem que consolida aquela objectivação. Nesta medida, o “*drogado*”, o “*toxicodependente*”, não deriva apenas de um estatuto identitário gerado na relação do indivíduo com a *droga*, mas também de uma identidade construída pelos “*outros*” e reproduzida institucionalmente – a identidade virtual de Goffman (1986) – a qual alimenta a construção do próprio “*drogado*”.

O conhecimento e o tratamento das questões relacionadas com o consumo de substâncias psicoactivas colocam-se, decisivamente, num plano multidimensional e apelam para uma abordagem interdisciplinar. É provável, mesmo, que uma produção transdisciplinar que se arrisque nos interstícios das tradições de estudo e de intervenção resulte melhor do que uma simples adição de saberes, constituídos numa base disciplinar. Qualquer que seja, no entanto, o nível de articulação de saberes visado, o facto é que, em Portugal, a investigação nesta área temática, se apresenta estritamente segmentada, de acordo com critérios disciplinares e institucionais. As razões para esta orientação podem ser elencadas e talvez elas não sejam muito diferentes das situações que se conhecem noutras áreas. Não é por isso que este esforço de inventário deixaria de se justificar.

No entanto, não podemos, evidentemente, ignorar que a especialização dos olhares e das competências a eles associados tem permitido um aprofundamento progressivo de determinadas zonas do conhecimento e da intervenção. O nosso propósito é, antes, de criar uma oportunidade e, gostaríamos, de iniciar um percurso, que permita enriquecer os conhecimentos conseguidos ao nível de cada campo disciplinar.

Em Portugal (e não só) a sociedade preocupa-se com a *droga*. Encontramos os dados mais díspares do problema-*droga*. Os números não falam por si, por este facto, apesar dos resultados quantitativos que podemos encontrar e que passaremos a analisar no ponto relativo à análise e discussão dos resultados, a nossa preocupação assenta numa preocupação da própria sociedade: *Quem são os toxicodependentes?, Mas,... o que é a droga? A que se deve a toxicodependência?, Qual o papel dos técnicos que trabalham na área da toxicodependência*, entre muitas outras questões que poderiam ser aqui formuladas.

Uma opção tomada aquando do recorte do objecto de estudo relaciona-se com o facto de não termos pensado em substâncias concretas (como o *haschiche*, a *heroína*, ou a *cocaína*, por exemplo), mas em função de uma categoria genérica que é a *droga*, designadamente as *ilegais*. Ao definirmos a substância e o papel dos técnicos face ao *toxicodependente* tivemos em conta que, o propósito deste estudo visa estudar as representações sociais dos técnicos que actuam nesta área e os discursos que estes foram produzindo ao longo das diferentes épocas.

Com o objectivo geral de descrever e compreender a evolução fenomenológica das respostas institucionais e dos diferentes técnicos em torno da *droga* e da *toxicodependência*, esta investigação assume duas partes essenciais.

Na parte I, desta investigação, realiza-se uma conceptualização teórica sobre o objecto *droga*, o indivíduo *toxicodependente*, as respostas institucionais e o papel dos técnicos nesta área. Apresenta-se uma outra dimensão importante neste estudo, que diz respeito às representações sociais da *droga* e do indivíduo *toxicodependente*, realçando-se o papel da sociedade como factor determinante na construção social do objecto: a substância (*droga*) e o indivíduo *toxicodependente*.

Assim, o percurso desta investigação começou com uma revisão bibliográfica, não apenas pelo interesse de conhecer o que já foi dito pelo/sobre o objecto/universo pesquisado, mas por descortinar as características destes. O objectivo passou por perceber as concepções anteriores, sobre o objecto de estudo – a *droga* e as *toxicodependências* – e o imaginário social do grupo e/ou da sociedade em que se inserem forneceram parte do terreno no qual as representações sociais germinam, favorecendo a identificação das ancoragens. Segue-se com a apresentação da resenha histórica das políticas sociais e das respostas institucionais em torno do objecto-*droga* e do *toxicodependente*, percorrendo as diferentes áreas de intervenção: *Prevenção, Tratamento, Reinserção Social e Redução de Riscos e Minimização de Danos*. Por fim, reflecte-se sobre *a(s) droga(s) e a(s) toxicodependência(s)* e a concepção dos especialistas que actuam nesta área.

Já a parte II, de acordo com a proposta desta dissertação, passa por investigar *as Representações Sociais dos Técnicos e as Políticas em Portugal* em torno *da(s) droga(s)* e *da(s) toxicodependência(s)*. Foi necessário encontrar uma abordagem metodológica que permitisse atingir os objectivos propostos. Neste sentido, esclarecem-se os aspectos metodológicos, delimita-se o campo de investigação e faz-se uma análise e apresentação dos resultados obtidos. Com o objectivo de descrever e compreender a evolução fenomenológica das *drogas*, do indivíduo *toxicodependente* e do *papel dos técnicos* que intervêm nesta área, opta-se como fundamento metodológico, pela metodologia qualitativa, objectivando-se sempre que se justifique, pela metodologia quantitativa (dados quantificáveis, representativos do fenómeno da *droga* em Portugal).

Existem vários estudos epidemiológicos que exploram uma diversidade de correlatos psicossociais do consumo de *drogas*. Estes estudos que contêm uma significativa observação psicossociológica, percorrem fins etiológicos, são metodologicamente individualistas e fundam-se no individualismo da relação sujeito/substância, o que conduz, nomeadamente, a que as disposições cognitivas sejam observadas, exclusiva ou primordialmente, em torno do objecto *droga*, desvalorizando-se as articulações com o sistema de crenças e valores sociais.

Esta investigação não está direccionada nem para os “*próprios*”, nem para os “*potenciais*”. Dirige-se aos “*outros*”, à forma como os técnicos conceptualizam a substância *droga*, os seus utilizadores (*toxicodependentes*), assim como o seu papel nesta trajetória.

Neste sentido, temos como objectivo responder às seguintes questões:

- ✓ Perceber se existe uma relação entre as representações sociais que os diferentes técnicos têm sobre a intervenção no *Tratamento* da *toxicodependência* e se estas influenciam as modalidades de intervenção que utilizam;
- ✓ Indicar as estratégias de *Tratamento* que se conhecem e utilizam;
- ✓ Caracterizar as crenças de auto-eficácia da intervenção dos técnicos que trabalham na área da saúde em torno da problemática da *toxicodependência*;
- ✓ Explicitar em que medida a avaliação das práticas dos técnicos permite adequar a intervenção;
- ✓ Perceber em que medida as representações sociais sobre o fenómeno da *toxicodependência* condicionam os discursos dos técnicos de saúde que intervêm nesta área.

Por fim, na conclusão sistematizam-se algumas conclusões gerais com base nos principais resultados desta investigação.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E POLÍTICO DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

1 – ROTEIRO CONCEPTUAL DAS NOÇÕES DE *DROGA* E DE *TOXICODEPENDÊNCIA*

O mundo das *drogas* é fértil em vocábulos que sofrem, eles próprios, fenómenos de aculturação, que levam a que lhes sejam atribuídas conotações diversas consoante o contexto. Uma das manifestações da variação simbólica e da diversidade da temática da *droga*, retira-se dos diferentes sentidos dos conceitos centrais deste campo, a saber “*droga*”, “*drogas*” e “*toxicodependência*”.

São noções utilizadas em diferentes momentos e situações que parecem constituir, a todos os que se lhes referem, instrumentos linguísticos de acesso a uma única realidade. No entanto, a análise histórica dos usos de *drogas* permite-nos identificar diferentes significados e conotações.

Uma característica do campo da *droga* é o esbatimento dos marcos de referência epistemológicos do conhecimento que se enuncia sobre a mesma. O discurso e a acção profissional são o resultado de uma dinâmica histórica composta por opções ideológicas, teóricas e metodológicas.

1.1 – A NOÇÃO DE “*DROGA*”

Tributária da herança grega do termo *Pharmakón*, a Organização Mundial de Saúde definiu *droga* como “*Qualquer substância que uma vez mais introduzida num organismo vivo pode modificar uma ou várias das suas funções*” (Paes de Sousa, 1987, p. 48). Esta é a definição que a *droga* recebe no campo técnico – farmacológico, que abarca quer as *drogas ilegais*, quer os medicamentos, quer os produtos alimentares.

Nos últimos 40 anos do século passado, com o aumento dos consumos de *drogas ilegais*, assistiu-se a uma mudança deste nome do campo científico para o social, através de uma operação que o desloca para uma aplicação restrita e, simultaneamente, para um

nível de nomeação mais concreto. Restrita, porque utiliza o nome apenas para um grupo de substâncias psicoactivas, as *ilegais*. Um nível de nomeação mais concreto, porque a aplica indistintamente para referenciar qualquer substância *ilegal*, operando-se através da produção linguística uma unidade simbólica e material.

Se hoje a codificação socio-cultural de *droga* é a de *drogas ilegais*, para tanto contribuiu o próprio campo técnico que procurou fundamentar “cientificamente” a distinção normativa entre *drogas* legais e *ilegais*. Nahas (1990, p. 19), por exemplo, metaforizou de uma forma muito incisiva esta distinção: “*comparar a cocaína ao álcool, é comparar as cataratas do Niágara a uma torneira mal fechada (...)*”.

Face a esta enorme diversidade de conceitos, o sociólogo Domingo Comas (1985, p. 23) definiu *droga* nos seguintes termos: “*Droga é toda a substância que, ao ser usada pelos indivíduos, provoque em alguns deles um síndrome de dependência, percebido pelo próprio, pelos seus grupos, ou pela sociedade como tal. O aparecimento da síndrome de dependência depende das propriedades farmacológicas da substância ao interagir com um organismo vivo. Esta definição tem duas importantes implicações, a primeira é que há muitas substâncias que são “drogas teóricas”, quer dizer que se fossem utilizadas poderiam provocar síndrome de dependência. Tais “drogas teóricas” não são drogas de um ponto de vista social e não têm, nem deveriam ter, por razões preventivas, interesse a não ser o da investigação toxicológica.*

A segunda, são as propriedades farmacodinâmicas de uma substância, as que determinam a sua inclusão na categoria droga, pelo facto de provocar síndromes de dependência reais e observáveis em indivíduos concretos e no nosso meio socio-cultural”.

A definição social de *droga* é a que consta, desde logo, das normas sociais que regularam gradualmente, durante os vários séculos, proibir um conjunto de substâncias psicoactivas, denominadas *narcotics* em inglês e *stupéfiants* em francês, invocando a sua nocividade intrínseca, libertando outras de tal rotulagem sob a fundamentação de que só se tornam nocivas por um mau uso do homem.

Esta hierarquia normativa das *drogas* foi sendo legitimada por correntes dominantes no campo científico, no sentido de atribuir às *drogas ilegais* as propriedades de dependência e as disfunções individuais e sociais associadas, em contraposição com a inofensividade das legais.

Em 1957, o “*Comité de Peritos das Drogas que produzem Adição*” da Organização Mundial de Saúde (OMS), considerou necessário distinguir entre *drogas* produtoras de hábitos e *drogas* produtoras de adição. Um manual de um farmacologista francês, cuja primeira edição foi publicada em 1953, mas que ainda hoje circula em constantes reedições, adopta esta distinção, reservando as grandes toxicomanias para as *drogas ilegais* e as toxicomanias menores para “*um certo número de pequenas servidões familiares perante algumas substâncias inofensivas na sua utilização habitual e moderada (álcool, tabaco, chá, café)*” (Porot, 1989, p. 14).

A polémica gerada pela natureza ideológica desta separação, entre hábito e adição, levou a que seis anos depois, o mesmo Comité de Peritos recomendasse a substituição dos termos “*hábito*” e “*adição*” por *dependência*, noção esta “*que apagava a distinção farmacológica entre drogas lícitas e ilícitas, entre drogas medicinais e estupefacientes*” (Escotado, 1992, p. 123), atendendo a que dependência deixava de ser estritamente a qualidade da *droga*, mas surgia da incapacidade de um indivíduo em dosear o consumo de qualquer tipo de *droga*.

No final dos anos 60 do século passado, este aparente distanciamento científico da classificação normativa vem a ser recuperado através do conceito de *psicotoxidade*. Distintamente das *drogas* legais, as *ilegais*, segundo a corrente dominante, têm uma propriedade, são psicotóxicas, isto é, são inúteis socialmente e só são procuradas para influir indevidamente no comportamento e na consciência.

Quem define o uso indesejável das “*drogas*” são as convenções sociais. A construção social, produzida pelas normas sociais que vão sendo aprovadas internacionalmente e aos níveis nacionais, dá um atributo a substâncias psicoactivas que resulta dos enunciados das próprias convenções sociais, conduzindo, deste modo, a uma reificação

da *droga* limitada a propriedades intrinsecamente nocivas, porque indevidamente usadas, isto é, à revelia da lei e do controle médico.

As convenções sociais e a construção social da *droga* não só traçam fronteiras entre *drogas*, como definem os usos (terapêuticos ou outros), como inclusivamente enunciam as próprias funções subjectivas prosseguida pelas *drogas*.

São os valores sociais que, ao normalizarem ou estigmatizarem o uso das *drogas*, fornecem as bases do conhecimento que se formula em relação às mesmas. Helman (1994, p.184) cita um estudo, feito na década de 80, em Inglaterra, que apurou, junto de uma amostra de pacientes, que *“enquanto 80% dos entrevistados concordava que a heroína fosse uma droga, menos de 50% classificaram a morfina, os tranquilizantes e os soníferos como tal e, ainda menos de 1/3 deles considerava a aspirina como droga”*.

Do ponto de vista sociológico, importa evidenciar esta construção social das categorias utilizadas para definir a *droga*. Recolocam o contexto histórico e social como determinante nas definições de *droga*, nos efeitos das *drogas*, no comportamento relacionado com as *drogas* e na experiência com as *drogas*: *“o facto da droga ser considerada “dura” ou “leve”, “medicinal” ou “abusiva”, “adicta” ou “benéfica” é fundamentalmente determinado pela política e não pela farmacologia”* (Mitchell, 1990, p.5).

Uma concepção distinta da fixada pela visão convencional consta de um documento institucional, que teve um grande impacto quando foi publicado – Relatório de 23/11/94 do Comité Nacional Consultivo francês de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde sobre as toxicomanias. Neste documento, refere-se que, *“a distinção entre as drogas lícitas e ilícitas não repousa em nenhuma base científica, quer sob o ponto de vista do seu modo de acção, dos seus efeitos sobre o sistema nervoso central ou dos riscos que apresentam”*, esclarecendo que *“as drogas não proibidas são potencialmente tão perigosas, no seu conjunto como as drogas proibidas”* (Comité Consultatif National d'Étique, 1994).

Propõe-nos, deste modo, uma definição de raiz técnica para *droga*, explicitando as diferentes finalidades que podem servir em função dos seus usos, tais como resultam da apropriação pelas pessoas: *“Chamaremos droga a uma substância agindo sobre o sistema nervoso central e que é consumida pelos seus efeitos neuropsíquicos, quer sejam num fim recreativo “para o prazer”, exploratório “por curiosidade”, utilitário “para melhor suportar a fadiga, para atenuar a dor, para melhor dormir, para acalmar a sua ansiedade, para ficar menos deprimido, etc.”. A fronteira entre o uso “terapêutico” medicamento prescrito por um médico e o uso “não terapêutico” é frequentemente fluida, por causa da importância da auto-medicação e/ou do desvio de produtos terapêuticos para outros fins. É necessário notar que a maior parte das drogas, tanto as que são actualmente ilícitas (opíáceos, cocaína, LSD) como as que são de uso corrente (café, tabaco, álcool) têm, ou tiveram, em medicina usos terapêuticos, em dose definida e com indicações definidas”* (Comité Consultatif National d’Étique, 1994).

A respeito da construção social a que o conceito de *droga* obedece, chamam-nos à atenção dois peritos da OMS (Organização Mundial de Saúde): *“A problemática da Droga sofre de há muito tempo a esta parte de uma extrema confusão terminológica e, apesar de diversas tentativas da OMS em estabelecer uma nomenclatura comumente admitida, numerosos são os termos que permanecem com acepções muito dissemelhantes segundo os utilizadores. Para tomar plenamente consciência da dimensão socio-cultural do fenómeno é menos importante tentar estabelecer (sem nenhuma garantia de sucesso, aliás) definições universalmente admitidas que se deveriam empregar, do que tomar resolutamente o hábito, por um lado de escrutinar o modo como todos nós nos servimos regularmente dos termos relativos à droga, por outro de estarmos conscientes das implicações escondidas das nossas escolhas de palavras e dos pressupostos que estas escolhas fazem trair mas que nós somos reticentes em confessar”* (Edwards e Arif, 1982, p. 18).

Room (1985, p.133) destacava três grandes abordagens na análise da dependência das *drogas*: uma primeira, entendendo-a como um dado empírico, concebendo-a como uma doença, um vício moral ou o produto de uma deficiente aprendizagem social e

explicando-a através de factores biológicos, psicológicos ou psicossociais; uma segunda, mantendo a dependência como um dado, salienta a importância dos factores socio-culturais na sua produção; uma terceira, desloca-se das conceptualizações da dependência como um dado empírico e problematiza-a como uma construção socio-cultural que *“nos diz mais sobre as estruturas de pensamento de uma dada ordem social do que sobre a natureza ou realidade da experiência individual”*.

Neste sentido, Thomas Szasz (1994) dizia-nos que, da mesma maneira que não é a Química que pode esclarecer a santidade da água benta, também não se pode encontrar resposta sobre o que são *“drogas perigosas”* na Farmacologia ou na Bioquímica. As *drogas* tornam-se mais *“santas”* ou mais *“ímpias”* em função dos cerimoniais sociais.

O objecto-*droga* constrói-se em função dos padrões institucionalizados que organizam a sua apropriação social, os quais se formam, reproduzem e se transformam nas, e através das, relações sociais, dotadas de sentido, que se estabelecem entre o actor da *droga* e esta, e entre o actor da *droga* e os *“outros”*.

Nos padrões institucionalizados que caracterizam as manifestações associadas às *drogas*, classifica-se o poder classificatório dos *“outros”*, o qual se transcreve não apenas em pesadas regulações formais, mas também, em todo o aparato simbólico, socialmente difundido por diferentes meios e nas atribuições de sentido quotidiano que nos possibilitam aceder a estas realidades.

1.2 – A NOÇÃO DE “TOXICODEPENDÊNCIA”

O conceito de *toxicodependência* está intimamente associado ao conceito de *droga* e sujeito à construção social desta.

No campo científico, o conceito de dependência tem sofrido constantes redefinições nos últimos 30 anos.

Nos anos 60, a OMS, recomendou a substituição dos termos “*hábito*” e “*adição*” pelo termo *dependência*, vindo a definir esta como “*um estado psíquico e por vezes físico caracterizando-se por modificações comportamentais que compreendem sempre uma compulsão na administração da droga de forma contínua ou periódica*” (Edwards e Arif, 1982, p.19).

Já nos anos 80, na sequência das investigações de Griffith Edwards sobre alcoolismo, a OMS adoptou o conceito de *síndrome de dependência* como entidade nosológica composta por um grupo inter-relacionado de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos; repousando na distinção entre *dependência fisiológica* estados de adaptação do organismo caracterizados pelos sintomas de tolerância e privação, e a *dependência psicológica* correspondente a um estado emocional de necessidade (Edwards *et al.*, 1982).

O conceito de síndrome de dependência constitui-se como a base fundamental para as definições clínicas de *toxicodependência* que foram adoptadas tanto no ICD (International Classification of Diseases) da OMS (Organização Mundial de Saúde), como do DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) da APA (American Psychiatric Association) (Woody e Cacciola, 1992).

Nos anos 80, assiste-se a uma orientação no meio clínico psiquiátrico, no sentido de abandonar o critério firme da dependência fisiológica como condição para o diagnóstico da *toxicodependência* (Carroll *et al.*, 1994). Alguns autores, interpretam esta atitude como um acto político e ideológico, no sentido da etiquetagem patológica dos

consumidores de cannabis e *cocaína*, atendendo a que a primeira não gera dependência física e a segunda apresenta reduzidos sintomas fisiológicos de abstinência (Akers, 1991).

Assim, a revisão de 1987 do DSM deixou de incluir, pela primeira vez, os critérios de dependência fisiológica como condição necessária para o diagnóstico da dependência. Este facto exprime uma ruptura, uma alteração qualitativa na conceptualização clínica da dependência.

O DSM, seguindo a orientação da classificação da OMS, acaba por adoptar um conceito de dependência comportamental, vertida numa identificação de 9 sintomas, sendo três reportados a manifestações fisiológicas e os restantes a manifestações comportamentais.

Para se fazer o diagnóstico eram necessários, pelo menos, a presença de três destes factores (APA, 1993, p. 167). Esta noção clínica de dependência não se refere à origem do fenómeno, sendo apenas descritiva e extensional e, ao adoptar o critério da estrita comprovação comportamental, para o *“padrão desadaptativo da utilização de substâncias”*, procura abranger a diversidade de situações empíricas que manifestarão a centralidade das substâncias psicoactivas na vida das pessoas.

A última revisão do DSM (o DSM – IV de 1994) manteve a armadura conceptual da síndrome de dependência, mas restringiu a definição a 7 sintomas, exigindo a ocorrência de pelo menos 3 para o diagnóstico. A definição actual de dependência no DSM é a seguinte: *“Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a défice ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses:*

1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:

- a) Necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou efeito desejado;*
- b) Diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância.*

2. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:

- a) Síndrome de abstinência característica da substância;*

- b) *A mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.*
- 3. *A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.*
- 4. *Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância.*
- 5. *É despendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção (por exemplo, visitar vários médicos ou conduzir para longas distâncias) e utilização da substância (por exemplo, cadeia de fornecedores) e à recuperação dos seus efeitos.*
- 6. *São abandonadas importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização da substância.*
- 7. *A utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância (por exemplo, utilização de cocaína apesar da existência de uma depressão induzida pela cocaína, ou manutenção do consumo de álcool apesar do agravamento de uma úlcera devido ao consumo deste)” (APA, 1996, p. 185).*

O outro instrumento clínico universalmente reconhecido para a identificação da dependência é o ICD da OMS. Na 10^a, e última revisão, define a síndrome de dependência nos seguintes termos: *“Conjunto de fenómenos do comportamento, cognitivos e fisiológicos, que se desenvolvem após o consumo repetido da substância em questão, entre os quais se contam caracteristicamente os seguintes: um poderoso desejo de tomar a droga, uma deterioração da capacidade para auto-controlar o consumo da mesma, a persistência do uso apesar das consequências nocivas, uma maior prioridade dada à utilização da droga que a outras actividades e obrigações, um aumento da tolerância à droga e, por vezes, um estado de abstinência por dependência física”* (OMS, 1995, p. 305).

Como se pode verificar, o ICD, dispõe globalmente dos mesmos critérios de diagnóstico do DSM, apenas se distinguindo na enunciação do comportamento de ânsia pela droga

(*craving*). Porém, o próprio DSM salvaguarda que, “*embora não especificado como critério, a “ânsia” (forte desejo subjectivo de utilização de substância) é provavelmente experimentada pela maioria (senão por todos) os sujeitos com dependência de substâncias*” (APA, 1996, p. 180).

Perguntar-se-á, então, o porquê da omissão do “*craving*” no DSM? Talvez se encontre a resposta a esta questão no manual do psiquiatra Marc Schuckit (1991, p. 24) um dos redactores do DSM: “*A dependência, também chamada habituação ou uso compulsivo implica uma “necessidade” psicológica e/ou física à droga (...). A dependência psicológica é uma característica de todas as drogas de abuso e centra-se na necessidade de droga pelo utilizador, de modo a atingir um nível máximo de funcionamento ou sentimento de bem-estar. Este é um item subjectivo quase impossível de quantificar objectivamente, sendo assim de utilidade limitada para chegar ao diagnóstico*”.

Se existe um relativo consenso no sentido do “*craving*” ser a manifestação central da dependência (Ribeiro, 1995), a tradição positivista bio-médica levou a APA a não o explicitar como critério, torneando esta aparente incoerência através de uma enunciação comportamental sintomática daquele estado.

Aqui reside o ponto nevrálgico das definições médicas de dependência. Deixando subentendidas as causas da dependência na biofarmacologia da *droga*, mas não as explicitando, optam por objectivar esta através de critérios comportamentais, os quais, para servirem de guias à identificação da patologia, implicam uma demarcação avaliativa dos comportamentos que não são “*normais*” e “*patológicos*”.

Revela-se deste modo que, a definição clínica da *toxicodependência*, sob uma aparente empiricidade, é um conceito construído em torno da demarcação de normalidade efectuada pelas convenções sociais: só é possível a qualificação da manifestação dita patológica no contexto, sendo os traços “*normais*” se houver tolerância social perante a mesma e patológica em caso contrário. É neste sentido que, a causa etiológica da *toxicodependência* pode ser examinada menos pelo estrito uso de *droga* e mais pela

rigidez do consenso social relativamente aos comportamentos de consumo (Macquet, 1994, p. 79-83).

Maria Isabel Andrade (1994, p. 8), técnica de *Prevenção Primária*, autora de um manual editado em Portugal sobre a *droga*, apresenta-nos a dependência nos seguintes termos: “*Embora as drogas, só por si, não constituam um problema (a relação que uma pessoa tem com determinado produto é que decide da maior ou menor frequência com que este vai ser consumido), o simples facto de existirem e de produzirem um determinado tipo de sensações vai ser determinante para o risco de dependência. De contrário, como explicar o fenómeno tabágico e o enorme consumo de toda a espécie de bebidas alcoólicas? Os discos e os clips psicadélicos de música ensurdecadora? A pornografia sexual e a devassidão? A exaltação da velocidade, o culto da violência? Ou ainda a obsessão pela heroína ou o haxixe e toda a espécie de alucinógenos e estimulantes?*”.

Este texto esclarece, substantivamente, o padrão comportamental referido na esfera clínica, explicitando claramente a aliança entre ordem clínica e ordem moral, numa amálgama de biofarmacologia moral necessária para a explicação e compreensão da *toxicodependência*.

A definição clínica de *toxicodependência* não é um guia que possa ser utilizado fora do seu quadro de acção. Introduce uma multiplicidade de critérios de identificação que, à luz da proscrição social, o fenómeno parece não exigir. Mesmo no campo da investigação médica, um outro ramo – a Epidemiologia – adopta uma outra conceptualização simplificada, assente em noções empíricas ligadas aos padrões de consumo (frequências, tempos e modos de administração, tipos de *drogas*) donde extrai, por vezes implicitamente e não explicitamente, o conceito de *toxicodependência*.

Uma investigação epidemiológica clássica, realizada em França, nos anos 70, tratou de esclarecer este ponto: “*Não se fez grande caso da noção de dependência. (...) Pela experiência, os sintomas de dependência, principalmente da dependência psíquica parecem bastante imperiosos e subjectivos, e comportam, com toda a evidência, uma*

infinidade de graus. Preferimos reter neste livro, para definir o toxicómano, a noção de uso regular de um ou mais produtos tóxicos, suficiente a nosso ver, e sempre objectiva” (Fréjaville *et al.*, 1977, p. 6).

A epidemiologia transporta, para o estudo da *toxicodependência*, os pressupostos epistemológicos e metodológicos do estudo positivista bio-médico da “doença”: a dependência “*está ali*” para ser observada, trata-se de definir com rigor os instrumentos metodológicos para esse efeito. Mas, as evidências empíricas dos enunciados científicos da dependência nem por isso deixam de suscitar algumas interrogações:

- a) Traduzirá um uso regular de uma substância psico-activa um uso toxicomaniaco? Por exemplo, pesquisas empíricas transversais identificam dois grandes padrões de uso regular da *heroína*: o contínuo (diário) e o descontínuo (Costa e Oliveira, 1997). Localizarão ambos a *toxicodependência*?
- b) Os critérios clínicos de dependência são identificadores desta patologia para qualquer substância psicoactiva? Por exemplo, o consumidor de whisky e/ou tabaco que corre a cidade do Porto de ponta a ponta, de madrugada para encontrar esta substância é visto como *toxicodependente*, tal como o jovem de Vila Real que se desloca ao Porto expressamente para se abastecer no Bairro da Sé? E as pessoas que utilizam tranquilizantes de forma ritualizada para “*conseguirem dormir*”, são *toxicodependentes*?

Difícilmente encontraremos repostas a estas questões no terreno, isto é, através das práticas quotidianas (profissionais e outras), que permitam distinguir ciência e saber comum, sempre invocada pelo meio profissional que intervém no campo da *droga*.

O que se pode retirar da firme evidência empírica a respeito da *toxicodependência* é que, apesar da sua noção poder ser reformulada mais ou menos abstractamente, de forma mais descritiva ou de forma mais avaliativa/valorativa, o que emerge é um objecto muito precioso: não são as substâncias psicoactivas em todo o seu espectro, mas as *drogas ilegais*. A introdução do capítulo “*Perturbações pela utilização de substâncias psicoactivas*”, do DSM-III-R da APA, é um exemplo (científico) muito esclarecedor a este respeito: “*Na nossa sociedade, a utilização de certas substâncias,*

em determinadas circunstâncias para modificar o humor ou o comportamento é, geralmente, considerada normal e apropriada. Tal utilização inclui o consumo social de álcool – no qual a maioria dos americanos adultos participa habitualmente – e a utilização de cafeína, como estimulante, no café ou no chá. Esta classe de diagnóstico diz respeito aos sintomas de inadaptação comportamental associadas à utilização, mais ou menos regular, de substâncias psicoactivas que afectam o sistema nervoso central. (...) Tais situações são aqui encaradas como perturbações mentais e dever-se-ão, por conseguinte, distinguir da utilização não patológica de substâncias psicoactivas, como o consumo moderado de álcool e a utilização de certas substâncias com fins médicos apropriados” (APA, 1993, p.165).

É frequente assinalar-se que a *toxicodependência* é uma condição estranha às sociedades tradicionais e que só emerge nas sociedades contemporâneas (Lucchini, 1985, p. 138). Nas sociedades tradicionais registaram-se, sempre, utilizações diversificadas de *drogas*, algumas hoje *proibidas*, mas sob uma ritualização simbólica e enquadradas socialmente; na maior parte das situações como suporte a cerimónias religiosos e práticas mágicas. A *toxicodependência*, em contrapartida, é um fenómeno moderno que representa uma descontinuidade com as práticas colectivas (ou individuais sob sancionamento da comunidade), que caracterizavam os usos de *drogas* nas sociedades tradicionais. A *toxicodependência* inscreve-se numa utilização privatizada das *drogas*, como um meio químico proporcionador da desmultiplicação do eu no âmbito de um processo de individualização: o uso de *drogas* “*é uma das formas da experiência moderna de liberdade*” (Fatela, 1991, p.53).

Neste quadro, a *toxicodependência*, representa uma exacerbação individualista da liberdade, compreendendo práticas de ruptura com os laços sociais, os quais, nas condutas extremas figurativamente expressas pelo heroinómano des-socializado, representam a experiência trágica da “*superação ilimitada de si no seu próprio mundo, sem outro*”, conforme a definição ontológica que Alain Ehrenberg (1991, p.13) nos dá de toxicomania. Nesta óptica, poder-se-ão aplicar ao *toxicodependente* de “*fim de percurso*” as categorizações feitas por Durkheim (2001) para os suicídios que

denominou de egoísta e anómico, isto é, símbolo da desafiliação absoluta e da ruptura com qualquer tipo de regulação social.

Porém, alguma intervenção sociológica, na abordagem do fenómeno da *droga*, tem revelado variabilidade da inscrição simbólica e social das práticas que reservam um lugar central para o consumo de *drogas*. Isto é, distintamente do suicídio que encerra uma realidade empírica incontornável - a morte - a *toxicodependência* é uma manifestação capilar, que adquire configurações individuais e sociais diversas, estando a captação destas dependente do “*olhar*” representacional.

Se o epidemiologista e o clínico a sujeitam à categoria de doença, o ponto de vista sociológico poderá não lhe conferir autonomia como objecto de conhecimento e observá-la “*mergulhada*” nas práticas sociais. As análises sociológicas que se recusaram a analisar a *toxicodependência* descontextualizadamente, “*descobriram*” que as práticas *toxicodependentes* não são uniformes, isto é, nem sempre são desintegradoras e anómicas, inserindo-se, frequentemente, em modos de vida “*desviantes*”, mas obedecendo a formas de adaptação, racionais, que aspiram a uma integração. Diferentes investigações feitas nos EUA (Nurco *et al.*, 1981) e, por exemplo mais recentemente em França (Bouhnik, 1998), revelaram a sua heterogeneidade de papéis e trajectórias sociais que, recobrem aqueles que centram a sua vida em torno do consumo de *drogas ilegais*, onde a par dos “*derrotados*” coexistem os “*competentes*”, os “*integrados*” e outras personagens com percursos mais ou menos precários.

Mas, um programa de investigação articula-se em torno de uma estratificação de níveis de prática teórica. O que significa que, apesar da abordagem sociológica poder recusar os *à priori* das investigações epidemiológicas, terá que dispor de indicadores conceptuais que lhe permitam aceder aos seus objectos de estudo, podendo este definir-se como o das práticas *toxicodependentes*. Então a que conceito recorrer? Uma solução pragmática que acompanha a elasticidade do fenómeno, mas que não anula a formulação de um quadro teórico com níveis de referência mais abstractos, foi adoptada, por exemplo, por Dan Waldorf no seu estudo sobre as práticas de consumo de *cocaína* nos EUA no final dos anos 80. Neste estudo, Waldorf (1991, p. 39-40) adoptou noções descritivas associadas aos “*problemas relacionados com a cocaína*”, que

utilizou na análise qualitativa a que submeteu os casos estudados: *“Atendendo à extravagância do conceito (de dependência) na literatura científica, não podíamos simplesmente perguntar aos consumidores de droga, “Vocês são toxicodependentes?” e retirar a informação válida que não fosse a auto-percepção. Mesmo que perguntássemos, alguns que o deveriam ser haveriam de negá-lo, enquanto outros que não deveriam sê-lo haveriam de dizer que eram. Além disso, atendendo aos surpreendentes graus de controle exibidos pelos nossos respondentes, não sentimos que se justificasse assumir que a mera quantidade do uso, à margem dos seus aspectos qualitativos, era uma preocupação válida para a dependência. Não seremos capazes, por isso, de dizer o que quer que seja de definitivo sobre a dependência da cocaína per si. Em vez de isso escolhemos desagregar os vários elementos da “dependência” em problemas concretos relacionados com a cocaína, a respeito dos quais pudéssemos inquirir mais directamente. Esta abordagem oferece métodos e medidas claras e límpidas que nos permitem avaliar uma difusa classe de problemas relacionados com a cocaína que poderiam ser perdidos se os procurássemos apenas sob a subjacente entidade de doença. A nossa assumpção, então, é que nem todas as perturbações que o consumo pesado de cocaína pode criar são meras manifestações de adição, dependência ou doença”*.

Este parece ser um bom exemplo dos caminhos metodológicos que podem ser percorridos aos a priori que comandam este campo. *“A necessidade de uma tipologia de carreiras de toxicodependentes emerge da reacção à tendência (comum tanto nas discussões profissionais como nas populares acerca do abuso de droga, e particularmente da toxicodependência de narcóticos) para olhar indivíduos tão dependentes, como pertencendo a uma classe ou a um grupo mais ou menos homogéneo. Esta “assumpção de uniformidade” é por vezes explícita, como nas discussões nos jornais a respeito do “heroínómano”, mas a maior parte das vezes está implícita, como nas pesquisas envolvendo o delineamento dos “dependentes” e dos “não-dependentes” através de respostas dadas a testes psicológicos”* (Nurco et al., 1981, p. 1306).

2 – A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

As representações sociais são um domínio particularmente problemático. Apesar de ser difícil encontrar uma definição consensual para o conceito de representação social, é necessário que exista um conjunto nítido de ideias delimitadoras dos “*espaços teóricos*” por onde se move a definição de representação social.

Se concebermos a representação social como um processo de construção social da realidade, que é elaborado a partir de determinados quadros de apreensão do real, mais até, se virmos a representação social como compreendendo um sistema de valores, de noções e de práticas relativas a objectos sociais, permitindo a estabilização do quadro de vida dos indivíduos e dos grupos, constituindo um instrumento de orientação da percepção e de elaboração de respostas, contribuindo para a comunicação dos membros de um grupo ou de uma comunidade (Moscovici, 1969), temos, em suma, que as representações sociais são teorias implícitas acerca de objectos sociais relevantes e, tal como, constituem uma modalidade de conhecimento que serve a apreensão, avaliação e explicação da realidade, na perspectiva apresentada por Vala (1993-a).

Em 1961, Moscovici sugeria que os indivíduos e os grupos produzem sobre si próprios, sobre os outros e sobre o que os rodeia interpretações nas diferentes situações. A estes modelos avaliativos que articulam informações a que os indivíduos têm acesso, bem como atitudes em relação aos objectos, se convencionou chamar de representações sociais. Não obstante o interesse da noção e as discussões que suscita desde há mais de um quarto de século, a sua especificidade continua por estabelecer: a realidade das representações sociais é mais fácil de ser apercebida do que o próprio conceito (Moscovici, 1976).

A teoria das representações sociais, construída no início dos anos 60, por Serge Moscovici, a partir da reformulação psicossociológica do conceito durkheimiano de representações colectivas, ao focalizar a pilotagem cognitiva, emersa no contexto social,

geradora de um conhecimento funcional, constitui uma apropriada ferramenta teórica que nos dá conta da produção de sentido que constrói a *droga*.

As representações sociais consistem num sistema de conhecimento sobre objectos determinados que tem por função apreender, avaliar e explicar a realidade. Moscovici nunca apresentou uma definição de representações sociais e pertence à investigadora Denise Jodelet (1989, p. 36) aquela que é mais amplamente citada: “*É uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo um alcance prático e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social*”.

A teoria das representações sociais nasceu e desenvolveu-se sob a égide de um novo paradigma das relações entre o *indivíduo* e a *sociedade*, o *conhecimento* e a *acção* (Vala, 1993-c). A teoria abandona a distinção clássica entre sujeito e objecto. O estímulo e a resposta são indissociáveis. A resposta de um sujeito não é reacção a um estímulo externo porque, em grande parte, o estímulo está contido na resposta.

Conhecer um objecto pressupõe uma actividade representativa que define a natureza dos estímulos e o significado das respostas que se lhes dá. Trata-se de um acto activo que reconstrói um dado seguindo um duplo processo conceptual e figurativo, como enuncia Moscovici, através do qual o pensamento torna o objecto tangível numa figura e remete-o para uma constelação conceptual, dando-lhe uma significação. Esta função práctico-social de figuração do mundo, de organização significativa do real torna as representações sociais, a nível simbólico, como que “*programadoras*” da interpretação do mundo, assim como orientadoras de comportamentos e práticas sociais.

Nesta medida as representações sociais são também designadas por *teorias sociais práticas* (Vala, 1993-a), porque produzem conhecimentos e não são meros reflexos da realidade, são construídas na interacção e na comunicação quotidiana e contribuem para a orientação de práticas e para constituição das relações sociais e dos seus quadros institucionais.

Distintamente dos valores e das ideologias que são sistemas simbólicos muito genéricos e abrangentes, inseridos em padrões de pensamento mais duradouros, transmitidos geracionalmente (Lipiansky, 1992), as representações sociais não existem sem sujeito e sem objecto específico: as representações sociais são sempre as representações de qualquer coisa para alguém, exprimindo deste modo uma síntese entre um objecto e um sujeito.

Os valores sociais mudam recombinaando-se num movimento duradouro entre passado e presente, indivíduos e instituições (formais e informais). Neste sentido, as novas gerações constituem-se como uma vanguarda muitas vezes em confronto com os guardiães de uma tradição assumida pelas velhas gerações.

As representações sociais, os valores e as memórias históricas tendem a diluir-se quando fluem em processos de socialização pluralista e diferencialista tendo também, como efeito, múltiplas rupturas materiais e simbólicas que conduzem à exclusão social.

O que confere distintividade à teoria das representações sociais, na síntese que opera entre elementos psicológicos e sociológicos, é a organização de um instrumental teórico que conjuga as marcas sociais do cognitivo e as condições cognitivas do funcionamento de um pensamento social amplamente partilhado. As virtualidades deste conceito encontram-se na apreensão das dinâmicas que acompanham as representações sociais, como *processo* e como *produto*, numa relação inseparável, dependente do sujeito, do objecto e do seu contexto inicial.

Na sociologia clássica as teorias do equilíbrio social em que repousa a coesão dos agregados humanos dependem da dominância e da transmissibilidade das representações sociais.

Neste pressuposto Durkheim (1898) procurou perceber a influência da consciência colectiva e a sua função modelizadora sobre a natureza dos laços sociais. Para este autor a *anomia* representa a desagregação de valores e a ausência de referências no plano das

representações sociais. Esta situação de *anomia* pode levar à experimentação de novas vivências sociais revestidas de formas parassacras.

Durkheim dizia em 1912: “*O valor que nós atribuímos à ciência, depende em suma da ideia que possuímos colectivamente acerca da natureza e do seu papel na vida; isto significa que o valor exprime um estado de opinião*”. Partindo de uma referência ao próprio Durkheim, Moscovici (1976) explica-nos que uma representação social é uma organização de imagens e de linguagem, na medida em que realça e simboliza os actos e situações que são, ou que possam ser, comuns para nós.

Moscovici prossegue, afirmando que o papel da representação social é de modelar aquilo que nos vem do exterior; a representação social produz e determina comportamentos, dá sentido aos estímulos que nos rodeiam e atribui significado às respostas que lhes devemos dar. Trata-se de uma modalidade específica do conhecimento que tem por função a elaboração dos comportamentos e daí também a função de comunicação entre os indivíduos.

Esta elaboração consiste, segundo Moscovici (1976), na passagem, que poderíamos considerar um pouco brusca, entre o “*laboratório da ciência*” e o “*laboratório da sociedade*” no que se refere ao estudo do conhecimento.

No nosso caso, interessa-nos identificar a forma como é assumida, dita e pensada a questão da *toxicodependência* pela nossa sociedade. A entrada neste “*laboratório da sociedade*” supõe tomar em consideração o processo de comunicação. Através do processo de comunicação é possível acompanhar a génese das imagens e dos vocabulários sociais, as suas relações com as regras e os valores dominantes, componentes de uma linguagem definida: a “*palavra da sociedade*”, a palavra das classes, dos diferentes grupos sociais.

As representações sociais são conjuntos dinâmicos em movimento. O seu papel é de produção de comportamentos e de relações com o meio ambiente, de acção que vai modificando os mesmos comportamentos, que vai modelando o real. Os grupos sociais

enriquecem, desta maneira, a sua própria realidade, colectiva e individualmente. É a passagem do exterior para o interior, que vai passar novamente para o exterior através do “*mundo da conversa*” – através do discurso propriamente dito, do senso comum. Assim transmitem-se as informações, as convenções e os hábitos do grupo passam a estar confirmados.

Situamo-nos aqui ao nível do esclarecimento implícito das normas. As atitudes ordenam-se; os valores são ajustados, mas é finalmente através das frases que se dá a sua explicação.

A «*consciência histórica*» é uma manifestação do que Durkheim designava por «*consciência colectiva*», que se traduz por forças sociais favorecedoras da ligação dos indivíduos entre si e cada um destes com a colectividade, problemática que tem preocupado autores tão distintos como Jean-Jacques Rousseau (*Du contrat Social*) com o conceito de «*vontade geral*», de Gilbert Durand (*Les Structures Anthropologiques de L'imaginaire*), ou Serge Moscovici (*Psychologie Social*) com o conceito de «*representações sociais*». A densidade memorial da consciência histórica pode ser um indicador de consistência e reprodutibilidade social entre as gerações.

Um mesmo objecto pode ser alvo de uma pluralidade de representações e de estruturas representacionais pelo facto de a estas estarem associadas clivagens, como socio-económicas, educativas e outras. Estas dão corpo a uma relação específica entre um sujeito com um objecto, pois estão na base de uma actividade de construção, de modelização e de simbolização. Como são factores colectivamente produzidos, reflectem a situação, os projectos, as estratégias e os handicaps de um determinado grupo. Assim, as representações sociais reenviam o sujeito para as suas pertenças pessoais e para as actividades de comunicação, possuindo dessa forma uma funcionalidade e eficácia social.

Para Moliner (1996) existem condições prévias que parecem estar na origem das representações sociais:

- ✓ Em primeiro lugar os sujeitos são incapazes de compreender a complexidade total do objecto, quer por a informação estar dispersa, quer por existirem barreiras sociais e culturais que não lhe permitem aceder às informações que poderão ser verdadeiramente úteis para a representação do objecto em questão.
- ✓ Em segundo lugar a posição específica que os sujeitos ocupam no seu grupo social, impede-os de se focalizarem no objecto e de terem dele uma visão global.
- ✓ Em terceiro lugar os grupos exercem pressões sobre os seus membros para seguirem as opiniões dominantes, de modo a estabilizar o universo dos conhecimentos dos sujeitos relativos ao objecto da representação.

Assim, aqui colocam-se dois problemas, um relativo à previsão do aparecimento das representações sociais, em determinadas condições sociais, o outro de utilizar as representações para analisar uma determinada situação. O que leva a que para ser considerada uma representação social são necessárias cinco condições (Moliner, 1996):

- ✓ Ter um objecto, que seja polimorfo, isto é, que possa aparecer sob diferentes formas na sociedade e que tenha valor para as pessoas;
- ✓ Existir um grupo social a quem se referenciam, isto é, o conjunto de sujeitos que comunicam entre eles sobre o objecto de representação, que partilham a representação e que contribuem para a sua produção colectiva;
- ✓ O envolvimento que as pessoas possuem em relação ao objecto da representação, que lhe permite a identidade social na sua relação com o seu grupo de pertença. A identidade em função das representações do seu grupo e que permite a sua coesão pela partilha de uma representação comum;
- ✓ Existir uma dinâmica social que permite as relações do grupo com os outros grupos sociais, existir interacção social;
- ✓ Existir pressão no grupo para controlar e regular a actividade dos seus membros individualmente, o que Moliner (1996), citando Deconchy (1984) chamava a ortodoxia dos grupos.

Nesta perspectiva verifica-se que as representações possuem um carácter social, quer por serem extensivamente partilhadas, quer porque são elaboradas no decurso das

interacções sociais através de dois processos essenciais, a objectivação e a ancoragem que, como diz Billig (1988), são concomitantes e interrelacionais.

Moscovici aponta dois momentos essenciais no processo de construção e de solidificação das representações sociais: são eles o momento da *objectivação* e da *ancoragem*.

A *objectivação* é um processo pelo qual se dá uma figura específica ao conhecimento sobre o objecto, tornando quase tangível o conceito abstracto. Moscovici apresenta um modelo formal de captação da objectivação, mas haverá que atender que “*quando se analisa uma representação social o objectivo não é tanto detectar e configurar qual é o seu núcleo figurativo, mas estudar que elementos concentram a significação do objecto representado e como se articula essa significação com a prática quotidiana no interior dos grupos sociais*” (Wagner e Elejabarrieta, 1995, p. 831).

A *ancoragem* é o outro processo que possibilita a formação das representações sociais. Situa-se a montante e jusante da objectivação e consiste na incorporação cognitiva do objecto, representado num observatório de categorias e imagens conhecidas, isto é, em integrar o estranho num sistema de pensamento social pré-existente. De um modo geral, este processo é responsável pelo enraizamento – ou como o próprio nome indica, ancoragem – social da representação. Segundo Moscovici (1984) ancorar é classificar e denominar, guardando este processo muita similitude com os processos de categorização social.

Mas as representações sociais configuram-se simultaneamente como *estruturas estruturantes* e (também) como *estruturas estruturadas* (Spink, 1994). Na sua faceta de produto, as representações sociais emergem como campos estruturados e consubstanciados no que Pierre Bourdieu designou por *habitus*, a matriz de percepções e de avaliações. Nesta dimensão extraem-se os conteúdos de conhecimento representacional, indelivelmente reportados às suas condições sociais de produção, isto é, ao contexto social em que emerge, circula e se transforma.

Conforme assinala uma equipa de investigadores da Universidade de Génève “*é a análise das regulações efectuadas pelo meta-sistema social no sistema cognitivo que*

constitui o estudo propriamente dito das representações sociais, tanto como os seus laços com posições específicas num conjunto de relações sociais explicitadas” (Doise *et al.*, 1992, p. 15).

Referir os factos sociais de formação/transformação das representações sociais convoca as diferentes concepções que recorrem ao seu uso (Vala, 1998). Assim, há quem entenda que o sujeito que transporta representações é simples suporte de estruturas, estando sujeito a determinismos estruturais que tornam aquelas meras reproduções simbólicas destas, sob forma de esquemas de pensamento já socialmente estabelecidos.

Numa outra posição consideram-se as variáveis socio-estruturais (inserções sociais objectivas, sistemas ideológicos associados a estas inserções) como produzindo “*afinidades electivas*” (para usar o termo Weberiano) relativamente às representações sociais, que assim são por aquelas influenciadas.

Uma terceira posição estuda as representações sociais enquanto mobilizadas pelas identidades sociais e as relações inter-grupais.

Como todo o conhecimento social, as representações sociais sobre a *droga* são geradas socialmente na união entre: (a) configurações socio-estruturais expressas em posições sociais e em valores, normas e instituições de que os indivíduos são portadores e pelo menos reproduzem nas suas consciências discursivas e prática (para usar a terminologia de Giddens) e (b) as reelaborações significativas do objecto-*droga* produzidas pelos indivíduos nas interações sociais, nos processos de comunicação fruto das dinâmicas situacionais do quotidiano e das experiências vividas.

Esta articulação entre sociedade e indivíduo que subjaz na conceptualização do contexto de produção das representações sociais estará também dependente do objecto de estudo em causa.

A contextualização do objecto terá que ser apreendida no espaço social em que as práticas decorrem, o qual sintetiza diferentes temporalidades que, seguindo Giddens (1994, p. 28), se distribuem por três dimensões: *a duração da experiência quotidiana* onde as representações sociais se realimentam no âmbito da sua funcionalidade comunicacional; *o tempo de vida do indivíduo* que abarca o processo de socialização e

onde se firma a conduta estratégica pela qual os sujeitos se apoiam em propriedades estruturais do sistema para os reproduzir ou transformar; e a *longa duração das instituições* onde se depositam os conteúdos culturais cumulativos das sociedades. Quanto mais os sujeitos absorvem os objectos no tempo longo dos padrões culturais institucionalizados, mais “coercivo” surgirá o nível simbólico; no pólo oposto encontram-se as representações (re)construídas nas interacções quotidianas.

Moscovici (1988, p. 220-221) distinguiu, sob estes distintos tempos da contextualidade das práticas sociais, três tipos de representações sociais: *“Presumivelmente existem três formas das representações se tornarem sociais, dependendo das relações entre os membros do grupo. As representações podem ser partilhadas por todos os membros de um grupo altamente estruturado – um partido, uma cidade ou uma nação – sem terem sido produzidas pelo grupo. Estas representações hegemónicas prevalecem implicitamente em todas as práticas simbólicas ou afectivas. Parecem ser uniformes e coercivas. Reflectem a homogeneidade e estabilidade que os sociólogos franceses tinham em mente quando lhes chamavam representações colectivas. Outras representações resultam do desenvolvimento da circulação de conhecimento e ideias pertencentes a subgrupos que estão em contacto mais ou menos estreito. Cada subgrupo cria a sua própria versão e partilha-a com os outros. Estas são representações emancipadas com um certo grau de autonomia relativamente à interacção dos segmentos da sociedade. Têm uma função complementar visto que resultam do intercâmbio e partilha de um conjunto de interpretações ou símbolos. São sociais em virtude da divisão de funções e por força da informação associada e coordenada pelos seus meios. As representações sobre a doença mental pertencem a esta categoria: aqui os conceitos e experiências dos médicos, profissionais paramédicos e os leigos estão associados com as da população. Por fim, existem representações geradas no decurso do conflito social, da controvérsia social e a sociedade no seu todo não as partilha. São determinadas por relações antagonistas entre os seus membros e planeadas para serem mutuamente exclusivas. Estas representações polémicas devem ser vistas no contexto de uma oposição ou luta entre grupos e são frequentemente expressas em termos do diálogo com um interlocutor imaginário. A representação social do Marxismo em França, por exemplo, circulou em*

diversas versões, cada uma delas moldada pela polémica social entre crentes e não-crentes, comunistas e liberais, etc. Estas distinções enfatizam a transição do conceito de representação colectiva como uma visão uniforme para uma visão diferenciada das representações sociais, a qual está mais próxima da nossa realidade. Os contrastes entre diferentes espécies de relações sociais são mais significativos do que aquele entre o elemento social e individual. Isto é precisamente o que eu quis realçar pela escolha que fiz das palavras. Uma representação muda inquestionavelmente de uma esfera para a outra quando toma forma, e o ponto de vista do observador joga uma parte importante. Mas estas transformações são um sintoma crucial do estado da sociedade”.

Como se depreende, as representações designadas por Moscovici como hegemónicas correspondem às representações colectivas caracterizadas por Durkheim como impositivas: *“Se, com efeito, talvez possamos contestar que todos os fenómenos sociais, sem excepção, se impõem ao indivíduo do exterior, a dúvida não se afigura possível no que diz respeito às crenças e às práticas religiosas, às regras da moral, aos inúmeros preceitos do direito, isto é, no que se refere às manifestações mais características da vida colectiva. Todas elas são expressamente obrigatórias. Ora a obrigação é a prova de que essas formas de agir e de pensar não são obra do indivíduo mas emanam de um poder moral que o ultrapassa, quer o imaginemos misticamente sob a forma de Deus, quer dele façamos uma concepção mais temporal e mais científica”* (Durkheim, 1898, p. 197).

Mas as representações sociais foram conceptualizadas por Moscovici (1989-a) para captar a mudança social a partir das interações sociais em torno da dinâmica de grupos, pelo que compreendem as representações que designou por polémicas, as que são disputadas entre grupos e se vão construindo e desconstruindo em função da conflitualidade social que marca as relações sociais.

Ao analisarmos a *droga* à luz das representações sociais temos que ter presente que se refere a um objecto sujeito a uma pressão para a hegemonia (Vala, 1993 –a). Trata-se de um objecto sujeito a uma forte regulação social vertida num quadro normativo muito rígido, estabelecido à escala planetária, que segrega uma categorização social muito

estereotipada e opera uma estrita “*reserva de evidência*” que delimita um firme consenso funcional. Deste modo, será de colocar a hipótese que, em relação à *droga*, as representações sociais estejam próximas do conceito de representações colectivas de Durkheim, fruto daquele mecanismo de construção do consenso social: “*As representações sociais necessitam de se corresponder com alguma regularidade externa, no sentido científico de entidade objectiva. A sua verdade e racionalidade resulta da relação entre o conhecimento representado e a evidência disponível, e não da relação entre o conhecimento e o mundo*” (Wagner e Elejabarrieta, 1995, p. 819).

Uma questão que se coloca em relação à observação empírica das representações sociais relaciona-se com os instrumentos conceptuais que permitem aceder ao repertório simbólico definidor das mesmas. A teoria das representações sociais utiliza conceitos desenvolvidos pela tradição psicológica a um nível individual, nomeadamente da Cognição Social (categorização, atribuição, protótipos) mas não os trata fragmentadamente e descontextualizadamente.

Envolvendo o accionamento de mecanismos cognitivos de racionalização, categorização, atribuição prototípica, de estereotipa, de atribuição explicativa, cobrindo as dimensões descritiva, avaliativa e explicativa do pensamento, as representações sociais articulam todos estes conceitos de forma integrada em teorias implícitas que instauram uma consistência no relacionamento social do indivíduo, proporcionando-lhe um entendimento sobre o mundo.

As representações sociais operam uma tradução macro-redutiva de formas de entendimento, justificação e racionalização, a nível colectivo, para níveis mentais individuais que, por isso mesmo, não podem ser interpretados como instâncias individuais, mas, pelo contrário, como disposições compartilhadas por sujeitos “*sociais*” (Wagner, 1994).

Atendendo que as representações sociais são uma modalidade de pensamento vertida no conhecimento social do quotidiano, isto é, são teorias práticas funcionais, percorrendo diversos itinerários mentais a nível individual ancorados num contexto social, não existe

um procedimento metodológico estandardizado para lhes aceder. Pelo contrário, os estudos de representações sociais têm-se dispersado por todas as possibilidades de produção de conhecimento de um sujeito individual ou colectivo, guiando-se por uma tarefa básica que é a de “*explicitar elementos de sentido, isolados ou combinados em constructos representacionais, produzidos, mantidos e extintos em função de condições sociais específicas vividas por indivíduos e grupos*” (Souza Filho, 1993, p. 113).

Mas, assim como um objecto pode ser alvo de uma pluralidade de representações, cada acção não é portadora de apenas um significado. Ao constituírem um sistema de interpretação, as representações sociais propiciam a atribuição de sentidos aos objectos e acontecimentos. É deste modo, que a experiência no mundo social surge aos indivíduos como normal, vulgar e partilhada.

Schutz (1976) e Moscovici (1961) consideram que, só uma pequena parte do nosso stock de tipificações deriva da observação directa do mundo; a maior parte provém do stock de conhecimentos disponíveis para os actores sociais. Estes acumulam o seu conjunto de conhecimentos com o objectivo de cumprir os seus projectos que dependerão da biografia individual de cada um, das suas situações concretas e das acções dos outros actores nessas situações.

Moscovici, por outro lado acentua o papel e a acção dos grupos sociais na modelação e no sentido dado à comunicação e à acção.

A teoria das representações sociais configura-se como um meta-modelo de análise, ou um modelo supra-ordenado, sendo necessário recorrer às definições conceptuais mais específicas, considerando de igual forma o propósito da investigação (Vala, 1993-a). Assim, as representações sociais deverão ser entendidas como um conceito articulador dos seguintes conceitos de médio alcance: *Estereótipos e Atribuições*.

Merton (1970, p.16) definiu as teorias de médio alcance como sendo “*Teorias que ficam a meio do caminho entre as estreitas hipóteses de trabalho (...) e as amplas especulações que envolvem um esquema conceptual do qual se espera conseguir um certo grau de uniformidade na conduta social, empiricamente observada*”.

2.1 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E ATRIBUIÇÕES

As representações sociais são definidas como sendo um conjunto de conceitos, afirmações e explicações construído dentro de uma dinâmica social segmentada por diferentes grupos sociais (Moscovici, 1961). Desta forma, é possível relacionar o conceito de representação com o de atribuição. Segundo Vala (1993-a), esta relação pode ser estudada em dois planos:

Primeiro, num plano de metarrepresentação do homem, onde as explicações dadas ao comportamento obedecem a uma norma representativa de um modelo universal do homem. Dentro deste modelo, as explicações obedecem à norma social de internalidade (Beauvois, 1984 in Vala, 1993). Esta norma deve ser entendida a partir de uma teoria implícita sobre a pessoa: pessoa heterónoma, definida no interior da comunidade de pertença versus pessoa autónoma, referenciada ao modelo liberal e iluminista (Sampson, 1989 in Vala, 1993).

Num outro plano, as argumentações e explicações que são dadas aos diversos fenómenos sociais implicam no accionamento das teorias construídas, colectivamente.

2.2 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E ESTEREÓTIPOS

“Les représentations sociales sont toujours des prises de position symboliques, organisées de manières différentes, par exemple, comme des opinions, des attitudes ou des stéréotypes” (Doise, 1990, p. 228).

O conceito de estereótipo foi introduzido por Lippmann em 1922, numa obra intitulada *“Public opinion”* (in Ashmore e Del Boca, 1981). Na concepção do autor, que se traduz na célebre frase *“The world outside and the pictures in our heads”*, os homens não respondem directamente à realidade. Há um mundo interposto entre o sujeito e a realidade.

O primeiro estudo experimental sobre estereótipos foi conduzido por Katz e Braly, em 1933, e apresentava como objectivo investigar os atributos associados a diferentes grupos inter-étnicos, sendo os resultados interpretados como um retrato das orientações culturais da época (Amâncio, 1989).

Segundo este autor, as dimensões dos estereótipos podem ser avaliadas quanto aos conteúdos (traços); a uniformidade (menor número de traços que reúne o maior consenso); a intensidade (desejabilidade social associada aos traços) e a direcção (número de traços favoráveis e desfavoráveis) (Cauthen, Robson e Kraus, 1971 in Amâncio, 1989).

Ashmore e Del Boca (1981, p. 38), propõem uma definição de estereótipos como “*A set beliefs about the person attributes of a group of people*” e, quanto aos estereótipos sexuais, acrescentam a noção de estrutura: “*the structured set of beliefs about the person attributes of women and of a men*”.

Para Ashmore e Del Boca (1981, p. 39), os “*(...) stereotypes function on one hand to summarize and organize knowledge about social groups and on the other to guide behavior with respect to groups and individual group members*” (p. 39). Portanto, atribuem aos estereótipos, assim como Tajfel (1982), uma função de discriminação e de orientação de comportamentos.

Em Amâncio (1989) encontra-se a seguinte definição de estereótipos: “*Enquanto processo cognitivo eles permitem simplificar a informação complexa e variável do meio social, através de uma organização e sistematização dos componentes relevantes dessa informação. Por outro lado, representam uma organização específica de um sistema de crenças e de valores com suficiente autonomia para resistir à informação incongruente e contraditória*”.

2.2.1 - FUNÇÕES SOCIAIS DOS ESTEREÓTIPOS

As funções sociais dos estereótipos, segundo Tajfel (1982), são, em primeiro lugar, a criação e a preservação de ideologias de grupo, para explicar e justificar uma variedade de acções sociais; e, em segundo lugar, o seu papel em ajudar a preservar ou criar diferenciações positivamente valorizadas, dum grupo, em relação a outros grupos sociais. Tajfel, nesta referida obra, estabelece um paralelo entre a função de justificação dos estereótipos e a atribuição causal, assumindo que esta deve desenvolver uma vocação mais social e relaciona o modelo da identidade social com as funções de diferenciação e justificação.

Uma outra questão que se coloca é a relação entre teorias implícitas e os estereótipos. Assim, aquelas são *“A hypothetical cognitive structure, often held nonconsciously, that comprises the attributes of personality that the individual believes others to possess and the set of expected relations (i.e., inferential relations) between these attributes”* (Ashmore e Del Boca, 1981, p.40). Na especificação dos estereótipos sexuais relacionadas com as teorias implícitas da personalidade, os autores afirmam que *“The structured sets of inferential relations that link personal attributes to the social categories female and male”*.

Ashmore (1981) critica as inconsistências sobre os estereótipos sexuais e conclui que uma significativa parte do problema é a falta de uma análise conceptual. Considera que a maioria dos estudos estão voltados para delimitar os conteúdos relacionados ao masculino e ao feminino. Daí a necessidade de se pensar numa teoria: *“(…) our first goal was to understand stereotypes as cognitive structures involved in the perception of individuals and groups, we began by relating them to the social psychological construct, implicit personality theory* (Ashmore, 1981, p. 39).

A conexão teórica entre estereótipos e teorias implícitas da personalidade pode resultar numa possibilidade de compreensão das formas de categorização e inserção dos sujeitos nos contextos sociais.

3 – ASPECTOS HISTÓRICOS, CULTURAIS E SOCIAIS DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS

3.1. – DA ANTIGUIDADE CLÁSSICA ATÉ AOS NOSSOS DIAS

A partir da leitura da bibliografia, o que ressalta de comum entre diferentes artigos é a utilização de substâncias psico-activas, tanto em contextos religiosos como médicos, sendo ainda referido em alguns textos a sua utilização recreativa. Existem referências aos registos bíblicos, nos quais as substâncias estão ligadas quer ao seu uso recreativo quer terapêutico.

Na Antiguidade Clássica várias civilizações usavam substâncias como vinho, cânhamo, mirra, ópio e coca, trazidas actualmente ao conhecimento científico, pelo que, com certeza, muitas outras substâncias e seus derivados naturais, terão funcionado quer como medicamento, quer como mediador nos rituais religiosos e símbolos de uma identidade cultural.

Na Idade Média (Séculos X ao XV), embora este período esteja caracterizado temporalmente a partir do século X, é possível ver descritas na literatura algumas notas relativas a períodos anteriores. Por exemplo, o ópio foi introduzido na Índia e na China através dos Árabes, cerca do século VIII/IX, sendo o seu uso limitado a fins terapêuticos e é constituído uma bebida feita a partir das sementes.

A época medieval é referenciada como tendo sido um período em que médicos, religiosos e charlatães recorrem, incessantemente, às substâncias de forma aleatória. Muito conhecimento é produzido, mas a ausência de método e conhecimento científico criou um ambiente de mistério e misticismo à volta das substâncias referenciadas, devido às suas propriedades sobre o comportamento humano.

A época do Século XV ao XVIII é caracterizada pelos Descobrimentos e pela grande expansão comercial entre as diferentes culturas, a Ocidente e a Oriente. Saídos da época medieval, verificam-se grandes transformações sócio-culturais, que tornam o mundo

ocidental mais receptivo à adopção de um uso inovador das substâncias. É neste período que também se começa a preconizar um discurso científico ou, pelo menos, assistimos a uma transformação de um período de obscurantismo medieval para um período de abertura entusiástica ao conhecimento científico.

As características do uso de substâncias nesta época, o fenómeno ainda não é um “*problema da sociedade*” (Bachmann e Coppel, 1989), exceptuando o caso mais específico do álcool. No entanto, devido às transformações sociais, religiosas e políticas, verifica-se uma maior abertura ao conhecimento aprofundado de novas substâncias, explorando e desenvolvendo o seu potencial comercial, quer utilizando-as para fins terapêuticos, quer recreativos. A aceitação ou rejeição social do uso de determinadas substâncias está muito sujeita à representação comercial, que determinado governo ou império, poderá ter sobre essas substâncias, para além da representação que tem para outras estruturas de poder como ameaça ou moda, para o clero, nobreza e burguesia.

O século XIX é um período de grande crescimento económico mundial e consequentes mudanças sociais. O consumo de substâncias aparece enquadrado no contexto de desenvolvimento das grandes potências económicas, nomeadamente a Inglaterra, a França e os EUA.

A industrialização maciça, que tem início nos finais do século anterior, faz-se acompanhar de imensa miséria, resultante de um processo demasiado rápido, criador de clivagens e diferenças sociais abissais. Este processo, que exigiu mudanças ao nível de desenvolvimento socio-económico dos vários países, remete-nos para uma reflexão sobre o papel das guerras, o aumento da riqueza interna comercial de cada potência e as movimentações demográficas entre as potências e as suas colónias. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento científico e tecnológico exerce uma grande influência no que se refere ao uso terapêutico de determinadas substâncias. Pela primeira vez se começa a conhecer e a sistematizar as substâncias tóxicas e os seus princípios activos. Por outro lado, é especialmente neste século que determinadas substâncias fazem a sua entrada nas artes e letras, contribuindo para a sua divulgação e fascínio, para além de se

começar a falar do uso não terapêutico, isto é, do uso de substâncias numa vertente recreativa.

O século XIX traz-nos, pelo seu desenvolvimento económico, científico, técnico e artístico, o debate sobre o uso de substâncias, começando a delimitar-se o debate sobre o seu uso lícito ou ilícito. No entanto, foi a descoberta dos princípios activos de certas substâncias, a invenção da seringa e agulha hipodérmica e a sua utilização na administração de certas substâncias psicoactivas, enquadrados numa conjuntura económica e social proveniente da revolução industrial, das relações internacionais entre as grandes potências, da explosão demográfica, da migração de grandes grupos populacionais, do surgimento da classe operária, entre outros acontecimento que caracterizam este século, que vieram alterar profundamente o equilíbrio, que se tinha conseguido manter durante vários séculos, entre as *drogas* e o Homem.

Ao longo do século XX, assistimos a grandes mudanças sociais, políticas e económicas. O aumento da população contínua, os movimentos migratórios continuam e acentua-se em determinados períodos, o que permite uma transculturalidade entre diferentes povos e as clivagens sociais vão-se agravando. A nível político, com as devidas consequências em toda a sociedade, verificam-se dois conflitos à escala mundial, para além de conflitos nacionais e internacionais e mudanças de regimes políticos em todo o mundo. No entanto, também é ao longo deste século que o conhecimento científico tem um grande incremento em muitas áreas científicas, nomeadamente nos campos da farmacologia e medicina.

Na primeira metade do século XX, para além de assistirmos ao início do desenvolvimento de substâncias semi-sintéticas e sintéticas, também se verificam esforços no sentido de regulamentar a produção, distribuição e consumo de determinados produtos. Os EUA assumem quase sempre a liderança destes processos, especialmente pela tentativa de concretizar a ideia de um mundo completamente abstémio. Para além das problemáticas sociais já existentes, de séculos anteriores, em relação ao álcool, ao tabaco, ópio, morfina e *cocaína*, que vão originar várias regulamentações internacionais e nacionais.

Na Europa e nos EUA, procuram-se resolver problemas médicos e sociais derivados do consumo de várias substâncias através da procura de medidas legislativas quer internacionais, quer nacionais. O facto é que os EUA, para além de tomarem quase sempre a liderança destes processos, as legislações de qualquer país sobre a produção, distribuição e consumo de substâncias, são sempre uma aplicação de leis acordadas internacionalmente.

Nos anos Trinta do século passado a Sociedade das Nações cria o primeiro Comité de Peritos, encarregado de definir a toxicomania e as substâncias susceptíveis de levar à toxicomania.

Até à segunda Guerra Mundial, verificam-se, assim, muitas medidas legislativas que tentam regulamentar a produção, distribuição e o consumo de substâncias psicoactivas, levando à proibição do consumo de várias substâncias psicoactivas como a *cannabis*, a *cocaína*, o ópio, a morfina e a *heroína*.

A Segunda Grande Guerra viria a desempenhar um papel determinante na evolução da história das *drogas*, marcando o fim do ciclo das *drogas* naturais e semi-sintéticas e o início do ciclo das *drogas* sintéticas.

Com o fim da 2ª Guerra Mundial, os EUA torna-se o país iniciador de todas as modas toxicómanas e dos fenómenos sociais concomitantes (Dias, 1980). O período do pós-guerra traz consigo várias situações novas com que a sociedade tem que aprender a lidar. Em relação às substâncias verifica-se, tanto na Europa como nos EUA, um aumento de consumo, assim como a emergência de novos padrões de consumo. Por outro lado, temos o aumento do consumo das anfetaminas devido às dependências criadas durante a 2ª Guerra Mundial nos soldados, porque, sendo sintetizadas por laboratório, permitem uma maior confiança nos produtos e são mais baratas. Por outro lado, a maior disponibilidade destas substâncias e a larga publicidade que caracteriza as anfetaminas como euforizante seguro, energético mental e cura para problemas como depressão, fadiga e redução de peso.

Outra nova situação que emerge do pós-guerra inicialmente nos EUA e depois na Europa é a criação do estatuto de adolescente. O adolescente é uma construção social

que teve início nesta época e que se prolonga até aos dias de hoje. Devido ao desenvolvimento económico e social posterior ao conflito, os jovens da geração do pós-guerra apresentam-se como completamente diferentes à geração anterior. Numa sociedade que estimula o consumismo (havia necessidade de dinamizar a economia após a recessão provocada pela 2ª Guerra) os jovens, sempre insatisfeitos e desejosos de mudar o mundo, com recursos económicos provenientes do bolso parental, são os potenciais consumidores (podendo mesmo este termo ser interpretado no duplo sentido).

Este facto, associado à contínua migração de mão-de-obra da Europa para os EUA, aumenta e consolida as clivagens sociais.

É neste contexto social que, passada uma década do armistício, o consumo de substâncias psicoactivas continua a crescer e começa-se a constatar que a idade dos novos dependentes começa a descer, surgindo uma nova forma de *toxicodependência* associada, agora, à delinquência juvenil. Embora retratando a sociedade inglesa, o filme “*Quadrophenia*”, de Franc Roddan (1979), documenta a agitada existência de bandos de jovens rivais, que se enfrentam nas ruas de Brighton, pretensamente defendendo conceitos diferentes de música e de comportamentos sociais. A música, motos, sexo e anfetaminas estão na base desta violência numa cidade industrial.

É com o quadro de uma sociedade de consumo, que se veicula um discurso pouco claro face às substâncias, que cada vez mais aniquila o indivíduo em função do social, com uma nova geração desejosa de mudar os valores instituídos, que entramos nos anos 60.

A década de Sessenta do século passado foi especialmente dramática nos EUA com a Guerra do Vietname e várias convulsões sociais, que tiveram a sua génese nas situações já referidas anteriormente.

No que se refere ao consumo de substâncias, existem várias vertentes: - a) O uso/abuso de medicamentos ansiolíticos e estimulantes por uma faixa da sociedade integrada e instalada face ao status quo; b) A entrada dos opiáceos nos guetos dos EUA; c) O uso de substâncias alucinogéneas pela camada juvenil universitária, no âmbito da contestação pacífica dos valores tradicionais. Considerando o uso/abuso de medicamentos, vemos nesta época uma transformação face ao significado do uso de

substâncias. Embora ainda se mantenha o significado do consumo de medicamentos como uma necessidade para eliminar o sofrimento físico e/ou psicológico, o mesmo consumo adquire agora também o significado de aumentar as capacidades, tanto físicas como psicológicas. Este significado vai manter-se até à actualidade.

A partir dos anos Setenta do século passado, assiste-se ao aumento do consumo de substâncias como a *heroína* e *cocaína*. Progressivamente, decorrendo dos anos Sessenta, o consumo de substâncias deixa de estar associado a um grupo, com determinada ideologia, mas passa a assumir uma dimensão mais individualizada. É neste contexto de uso individualizado de substâncias que aparece a politoxicomania, consumo simultâneo de várias substâncias, representada pela figura do “*junky*”.

Assim, desde os anos Sessenta, nos EUA e, conseqüentemente, na Europa, que determinados aspectos que caracterizam a sociedade ocidental, exercem influência no uso de substâncias psicoactivas e na forma como se encaram, ou mesmo na forma como se julgam estes consumos e as pessoas que os fazem. Até agora, já foram referidos aspectos como aceitação generalizada do consumo de bebidas alcoólicas, a ausência de projectos sociais, comuns na sequência de uma contestação com vista a uma transformação da sociedade, que permitiu a existência de um sistema de valores rígidos, a guerra do Vietname (considerada uma causa que contribuiu para o aumento do consumo de substâncias), a miséria e marginalização das minorias étnicas, aumentando o isolamento dos indivíduos e os vazios internos.

O fenómeno da *toxicodependência* começa nesta fase a crescer em termos da sua complexidade. Até agora, o consumo de substâncias era visto pela sociedade como característico de grupos perfeitamente delimitados como, por exemplo, círculos de artistas ou pessoas excêntricas, grupos marginais, ou mesmo minorias étnicas. Com a mediatização deste fenómeno através da comunicação social aumenta a percepção da sua dimensão e complexidade, levando o pânico do desconhecido ao mundo ocidental.

Partimos, assim, para os anos Oitenta e Noventa do século passado, com uma nova realidade face ao consumo de substâncias. Durante os anos oitenta assiste-se a um

contínuo aumento do consumo de variadas substâncias como os cannabinoides, *heroína* e *cocaína*, barbitúricos, benzodiazepinas e álcool. Se, por um lado, a *heroína* é a droga mais consumida, vemos aparecer o consumo de medicamentos afastado do seu uso adequado: barbitúricos, tranquilizantes diversos misturados com álcool. É um tipo de “*toxicomania de pobre*” que significa, para o futuro, uma vida desprovida de sentido, mas também de futuro. Aumentam também os *politoxicod dependentes* e as substâncias deixam de ser um meio para se conseguir alguma coisa, mas se constituírem como um fim em si. O jovem, com uma imagem algo distante da do junky, consome *drogas*, não por representar determinada ideologia, como uma procura interna de uma maior sensibilidade, mas como fuga a uma realidade na qual não se consegue integrar afectiva e cognitivamente e projectar-se no futuro.

A sociedade contemporânea protagoniza vários paradoxos, sendo um deles o facto de, por um lado, não permitir a integração de substâncias no seu equilíbrio (marginalizando e descriminalizando-as e tudo o que elas representam), mas, por outro lado, estimulam implicitamente a utilização de meios (que serão necessariamente substâncias) que permitam aumentar o desempenho e a rentabilidade de cada um. Nas famílias assiste-se ao aumento das clivagens entre gerações, “*generation-gap*”, acotovelando-se solidões e vazios internos. Vale a pena referir que a geração adulta desta fase, foram os jovens que nos anos 60 recusaram todo o sistema de valores vigentes. Os filhos desta geração, jovens dos anos 80, sofrem a ausência de referências e procuram-nas através do consumo de substâncias, quer lícitas, quer ilícitas. Enquanto os adultos procuram substâncias externas, como o álcool ou medicamentos (ansiolíticos, anti-depressivos (...)), para lidar com os seus vazios internos que ficaram após a revolução, os seus filhos, criados numa ausência de valores, têm as suas tarefas desenvolvimentais da adolescência e prossecução de um projecto de vida dificultadas, usando o consumo de substâncias ilícitas como “*muleta*” para apoiar na construção de um futuro. Futuro esse, que não de uma ilusão de independência, pois o jovem fica preso à solução que encontra, tornando-se cada vez mais dependente dos pais, mais incapaz de crescer interiormente, de estabelecer relações de intimidade com outros, enfim, de se tornar adulto, todas as dimensões que este estatuto lhes permite.

Outro paradoxo é que numa sociedade onde, pelos média, sabemos quase tudo o que acontece em directo, onde se diminuem as distâncias pela Internet, a aldeia global, as dificuldades na comunicação entre as pessoas que estão próximas aumenta. Cada vez mais se necessita de meios para comunicar, nos quais o face-a-face seja evitado, onde as pessoas não se exponham relativamente às suas fragilidades, porque “*dos fracos não reza a História*”. Talvez seja este um dos motivos pelo sucesso, nos anos 90, das “*designer drugs*” entre os jovens, substâncias que quebram o isolamento e promovem o relacionamento interpessoal.

Numa tentativa de compreensão do fenómeno da *toxicodependência* face ao alarmismo actual, também o cinema tem explorado temas que lhe estão associados, tais como a juventude, a violência, a marginalidade, a música, o sexo.

Para além de todas estas questões, não podemos ainda esquecer o papel que as *drogas* ainda desempenham em todo o mundo, num contexto macro-económico, em sociedades com economias destruídas, subdesenvolvidas, onde existe fome e guerra. É o exemplo dos países da América do sul, nos quais a coca continua, tal como nos Incas e, posteriormente, com os Espanhóis, a ser um meio para lidar com a fome e horas contínuas de trabalho. Outro exemplo, na Ásia, é o da Birmânia, onde famílias inteiras trabalham nos campos de cultivo da papoila para obter alguns rendimentos de sobrevivência.

É, pois, na forma como se procura compreender e lidar com todas estas situações, cada vez mais difíceis e complexas, que se vai verificar uma progressiva maior dificuldade, na delimitação da fronteira, entre as substâncias e consumos lícitos e ilícitos. Ao longo de todas estas décadas, a crescente complexidade do fenómeno da *toxicodependência* e o medo generalizado face a ele, acabam por legitimar, por parte de todos os governos e políticos, o recurso a todo o tipo de mecanismos de controle, desde a intervenção clínica-psicossocial, até à repressão político-jurídica e económica.

3.2 - O FENÓMENO DA *DROGA* EM PORTUGAL

Este ponto pretende abranger, fundamentalmente, aspectos do fenómeno da *toxicoddependência* em Portugal nos finais do século XIX e, em particular, no século XX, remetendo para aspectos políticos, sociais e legislativos que atravessam estes períodos.

Salvado Ribeiro (1999) reúne num artigo várias referências sobre a história dos consumos em Portugal no último quartel do século XIX e durante o século XX. Em relação ao ópio, o consumo deste restringe-se, nestes períodos, a uma elite de escritores e artistas, protagonistas de movimentos literários e artísticos, à semelhança do que acontecia em França. O autor faz referência a obras de Almeida Garrett – “*Frei Luís de Sousa*” -, Eça de Queirós – “*O Mistério da Estrada de Sintra*” -, Ramalho Ortigão e, por fim, Fernando Pessoa, no seu heterónimo Álvaro de Campos – “*O Opiário*”. Em todas estas obras está bastante patente que os autores conheciam bem as características psicoactivas do ópio.

A *cocaína*, que veio substituir a dependência do ópio, é associada, tal como na Inglaterra, a um estilo de prostitutas de luxo. A moda da *cocaína* atinge o seu auge nos anos 20, após a 1ª Guerra Mundial. A *cocaína* desaparece por altura da recessão dos EUA, em 1929, que se reflectiu obviamente em Portugal.

Em relação à *heroína*, as referências remetem à década de Trinta, com Reinaldo Ferreira, no papel de Repórter X. É também nesta altura, segundo Salvado Ribeiro (1999), que a polícia começa a observar os fenómenos de tráfico e consumo de *drogas*, nomeadamente junto de prostitutas.

Considerando o caso dos cannabinóides, o consumo destes emerge desde o início da guerra colonial (1961). O primeiro festival de música em Vilar de Mouros em 1972, onde compareceram milhares de jovens, à semelhança do que aconteceu em Woodstock (1968), é a primeira demonstração colectiva de consumo de liamba e, em menor escala,

de LSD. De notar, que na Europa, as mudanças socio-políticas vêm a acontecer na sequência dos EUA e, em Portugal, o consumo de substâncias nestes períodos também se reveste de um carácter ideológico, de contestação ao regime político, à guerra colonial e ao sistema de valores instituídos.

Para os portugueses, a *droga* parecia não existir, exceptuando-se as seguintes situações: se existisse era nas colónias ultramarinas, entre os marginais ou em pequenas quantidades, por uma questão de curiosidade. Por outras palavras, ou se negava simplesmente o fenómeno ou se circunscrevia a uma dimensão aceitável, porque socialmente pequena e porque sinónimo de uma condição sub-humana, também ela minoritária (Urbano, 1994).

Em Portugal, o avanço do consumo de *drogas* foi rápido, surgiu a explosão e com ela a *politoxicodependência*. De um fenómeno praticamente desconhecido, o consumo de *drogas ilegais* adquiriu, nas últimas três décadas, uma preocupação crescente. Até aos anos 60, o consumo de produtos estupefacientes, esteve manifestamente circunscrito a elites, sendo o registo dessa informação medianamente consistente. Até ao início da década de 70, a *droga* não constituiu, nem uma referência colectiva, nem um problema social. Portugal, país vinícola por excelência, a tradição de usos e abusos de substâncias psicotrópicas ficou até este período praticamente confinada às bebidas alcoólicas. Mas, esta é uma *droga* que usa nome próprio e não entra no domínio da ilegalidade (Fernandes, 1997-1999).

Em termos gerais, o panorama português quanto ao fenómeno da *toxicodependência* é actualmente muito semelhante ao da maioria dos países ocidentais, nomeadamente no que diz respeito ao número crescente de *toxicodependentes*, visível através de indicadores como tráfico, consumo, *tratamento*, repressão e justiça penal. De igual forma, existe a tendência múltipla para: a) a utilização das chamadas *drogas duras* (particularmente a *heroína*); b) a descida da faixa etária dos consumidores; c) a generalização do consumo a todos os estratos socio-económicos.

À semelhança dos restantes países ocidentais, em Portugal, a *droga*, é na actualidade um tema social complexo, alvo privilegiado de curiosidade e de preocupação dos cidadãos.

As leis publicadas em Portugal sobre o consumo e comércio de *drogas* surgiram sob o impulso e no decorrer de compromissos internacionalmente assumidos pelo Estado. As primeiras leis da *droga* em Portugal remetem, segundo Poiars (1999), ao paradigma fiscal, durante o período de 1914 a 1970. Verifica-se a elaboração de várias leis, que tentam ir implementando os acordos internacionalmente assumidos por Portugal, nomeadamente nas Conferências de Xangai (1909) e de Haia (1911-1912), nas quais o comércio de substâncias é fiscalizado pelo Estado e não há referência a um perfil do consumidor. Até ao termo dos anos Sessenta, o consumo de *drogas* ainda não representava um problema grave, nem ao nível da saúde pública, nem em termos sociais. Os consumos estavam delimitados a uma elite que não entrava em conflito com a ordem instituída, não necessitava de recorrer a crimes para assegurarem o consumo e, talvez, por isso, a lei não incriminava directamente o acto de consumir *drogas*.

Os primeiros sinais de alerta dão-se na década de 70, por via do poder político, é publicada uma nova lei substantiva das *drogas* (Decreto Lei n.º 420/70, de 5 de Setembro) que assenta numa perspectiva criminalizadora do utilizador de *drogas* (o consumo passa a ser punido com prisão até 2 anos), claramente apoiada na necessidade de Portugal aderir às convenções internacionais.

Entre 1970 e 1975, Portugal passa por numerosos acontecimentos de ordem social, económica e política. A *droga* começa a estar associada a acontecimentos que colocam em causa a ordem social estabelecida (greves, movimentos estudantis, insatisfação nas forças armadas relativamente à guerra colonial) e ao mesmo tempo que é referenciada como loucura e morte. É neste período, antes do 25 de Abril de 1974 que, em Portugal, surge a primeira campanha publicitária contra a *droga* que associa as palavras: “*Droga – Loucura – Morte*”, consubstanciada no cartaz de fundo preto, salpicada com iniciais LSD, tendo como imagem central uma caveira. Tal como refere Fernandes (1993), esta campanha poderá ser responsabilizada pelo aliciamento ao uso de *drogas*, despertando a

atenção para algo que, verdadeiramente, era ainda inexistente entre nós. Devido à contestação política e social da época, ao regime conservador vigente antes de 1974, o consumo de *drogas* era associado à subversão e, por isso, crime, pelo que este período é considerado por Poiares (1999) como estando orientado pelo paradigma criminal – utilizar *drogas* passava a ser, de modo explícito, um factor criminalmente tipificado, que exigia punição.

Após o 25 de Abril de 1974, verifica-se uma propagação dos consumos. Com a descolonização e consequente regresso a Portugal de muitos “*retornados*” das ex-colónias (várias pessoas que regressaram a Portugal consumiam *drogas* como a liamba), dá-se a instalação de um mercado de *drogas* ainda que embrionário. O mercado público de venda de *drogas*, geralmente cannabinoídes (a erva, a liamba, o haxixe) encontra nalguns jovens os clientes privilegiados, num período pós revolucionário cheio de acontecimentos políticos e de incentivos para a emancipação de estilos de vida que contradizem os modelos clássicos da sociedade portuguesa. A *droga* transforma-se num fenómeno de rua, estabelecendo-se em locais (cafés, ruas e praças) onde se encontravam os consumidores e onde se realizavam as transacções de *droga*.

Em 1976, é lançada uma segunda campanha: “*O flagelo da liamba*”. A relação do consumo de liamba a um flagelo não se baseia em estudos que comprovem a sua veracidade, trata-se antes de “*uma vontade política de ordem, de estabilidade, de regeneração do corpo social*” (Agra, 1993, p.37) que escolhe a *droga* como sinónimo de um caos revolucionário que é necessário fazer parar. A consciencialização da existência de uma nova desordem exige, por outro lado, a introdução de respostas especializadas. Com base no suposto aumento de consumos, criam-se, nesta época, os organismos de combate às *drogas*, donde saem os primeiros especialistas portugueses, repartidos pela vertente policial e médico-psicológica.

Gerado o alarme e criadas as respostas burocrático-repressivas face a um problema praticamente inexistente e com escassas implicações a nível social, a *droga* adquire as condições para se estabelecer como “*problema social*”. Por outro lado, à medida que os jovens vão contactando com as *drogas*, “*o fenómeno torna-se visível e as expectativas*

sociais sobre a eminência de um flagelo têm os seus primeiros sinais confirmatórios” (Fernandes, 1990, p. 214).

A partir da década de 80 do século passado, os padrões de consumo alteram-se, com a introdução de um mercado de venda de *heroína*. Fernandes (1993), com base nos seus estudos etnográficos, constata que esta nova fase é, então, caracterizada por um novo produto (*heroína*), novos actores sociais (os “*junkies*” e, concomitantemente, os vendedores de retalho – “*dealers*”), um mercado e um novo tipo de território (bairros sociais e zonas desfavorecidas).

As *drogas* passam a levantar os seus dois problemas essenciais: o consumo e o acesso ilegal aos produtos condicionado pelos preços super-inflacionados. A *droga* aparece, cada vez mais, como uma entidade mágica, de propriedades demoníacas, que infecta o corpo social, responsabilizando-a pela origem de outras questões sociais, nomeadamente a insegurança urbana e a criminalidade.

Face a este cenário o poder político foi respondendo com medidas legislativas, nomeadamente com leis substantivas (Decreto Lei n.º 430/83, de 13 de Dezembro e Decreto Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro) que veio permitir que se privilegiasse mais o *Tratamento* do que a punição, separando-se claramente as figuras de traficante e consumidor, desaparecendo igualmente o *Tratamento* compulsivo dos *toxicodependentes*. Destaque-se que o presente diploma prevê que a prisão preventiva não é imposta ao arguido que tenha em curso um programa de *Tratamento* de *toxicodependência*, salvo se existirem, em concreto, necessidades cautelares de especial relevância.

O sistema de controlo de *droga* distribui-se por três tipos de controlo (Castel e Coppel, 1991, p. 238): os *hetero-controlos* entregues pela sociedade ao aparelho repressivo e ao aparelho médico; os controlos sociais, promovidos pelas instâncias agenciadoras da socialização (família, escolas, igreja, associações) e os *auto-controlos* através do que Giddens (1991) designa pela monitorização reflexiva da acção.

A organização do sistema societal em que se insere o sistema da *droga* torna este concebível como um sistema de vasos comunicantes em que o accionamento privilegiado de um tipo de controlo corresponde ao enfraquecimento dos restantes (Erickson, 1993). Os anos 90 são marcados por um extraordinário reforço dos *hetero-controlos* em Portugal, quer na vertente repressiva quer na vertente medicalizada, consequência do “*pânico moral*” que se abateu na sociedade portuguesa em relação à *droga*.

Os governos têm feito da *droga* uma prioridade mobilizando investimentos crescentes em meios organizacionais, logísticos e humanos das polícias para este fim; procedendo a constantes agravamentos das sanções penais dos crimes relacionados com a *droga*; e dotando um dos poucos serviços verticalizados existente no *Ministério da Saúde* – o *Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)* – de uma rede alargada de *Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT’s)* em quase todas as capitais de Distrito e em alguns concelhos em torno das grandes cidades.

O aparecimento da *SIDA* nos anos oitenta conduziu a uma nova visão da *toxicodependência*. Face à falência explícita dos mecanismos repressivos e clínicos do combate à *droga*, tem-se vindo a verificar uma crescente percepção da necessidade de se equacionarem novas respostas, que passam pela introdução de medidas, que visam assegurar condições sanitárias do uso das *drogas* e o controle social dos consumidores. Estas perspectivas, defendidas por diversos especialistas, motivam, quer a adopção de Campanhas de *Prevenção*, quer a discussão pública de questões controversas como a liberalização das *drogas*, pelo menos as consideradas mais leves, a sua descriminalização, o uso terapêutico e a eventual criação de locais de distribuição controlada de *droga*.

Nos anos 90 do século passado continua a assistir-se ao aumento do consumo e tráfico da *heroína*, a dita *droga* dura mais consumida em Portugal. Mas, surgem as novas *drogas*, produzidas em laboratório como o *ecstasy*, que tal como a primeira tem graves repercussões físicas e psicológicas para os seus utilizadores (Fernandes, 1990, p. 290).

Segundo João Goulão (2008) a *toxicodependência* já foi a primeira preocupação dos Portugueses; era-o em 1997, pelo que foi colocada na primeira linha das prioridades políticas. Hoje fica-se pelo 13.º lugar no ranking das prioridades políticas.

Em suma, a *toxicodependência* com o carácter epidémico que hoje conhecemos, constitui um dos problemas mais paradigmáticos dos nossos dias. Raro é o dia em que nos média não lemos uma notícia sobre este fenómeno. É uma realidade trágica que atinge todas as cidades e já chegou às aldeias, envolve adolescentes e jovens, invade famílias desestruturadas e famílias com hábitos de tradição irrepreensível, afecta todos os estratos sociais, todas as profissões, todas as religiões, todas as pessoas.

Algumas tentativas de explicação do fenómeno escondem-se nos problemas gerados pela sociedade em que vivemos e sugerem como factores decisivos da sua proliferação o valor excessivo do aspecto económico, instabilidade, individualismo, imediatismo, degradação dos padrões familiares, falta de motivação por parte dos jovens e tempos livres desocupados.

O fenómeno das *toxicodependências* tem gerado uma enorme preocupação no seio da sociedade, mobilizando-a, bem como aos sucessivos Governos, para o encontrar de soluções eficazes na sua acção.

4 – ENQUADRAMENTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS SOCIAIS E DAS RESPOSTAS INSTITUCIONAIS EM TORNO DO OBJECTO – DROGA E DO TOXICODEPENDENTE

Perceber como o *toxicodependente* encarnou e assumiu vários papéis é entender como uma cultura foi agindo perante este fenómeno. Segundo Poiares (1995, p. 19), a construção de leis criminais é um acto sócio-cultural, assente na valoração de condutas, classificando-as como lícitas/ilícitas (ou normais/anormais).

O estudo histórico da legislação sobre as *drogas* coloca-nos numa postura evolutiva ou diferenciada não só na forma como o *poder vigente* (resultando daqui a elaboração das leis) reage aos problemas sociais, neste caso ao *toxicodependente*, mas também numa perspectiva do conhecimento e teorias dominantes do momento. “*O conhecimento e acção costumam andar acompanhados*” (Quartilho, 2001, p. 114), de acordo com o construcionismo social, logo, podem existir várias formas de ver o mundo e outras tantas de compreender a realidade.

Assim, os vários conceitos de *toxicodependente* (inicialmente toxicómano, outras vezes adicto), analisados historicamente, correspondem às várias formas de abordar e tratar essas mesmas pessoas, ao longo do tempo. Sendo assim, as várias formas de ver o *toxicodependente*, ou de o tratar (ou punir), são aqui analisadas apenas como momentos em que determinadas comunidades interpretativas com mais influência, determinavam aquela verdade sobre aquelas pessoas, - ou seja -, “*a verdade depende da construção mais sofisticada e melhor informada, sobre a qual existe um consenso generalizado, em cada época histórica*” (Quartilho, 2001, p. 114).

A aplicação das leis da *Droga* em Portugal não foi aleatória, mas revela uma ligação a todo o panorama societal interno e um jogo entre as modalidades legislativas e as modalidades do fenómeno. A evolução applicativa das leis da *droga* pode ser caracterizada em cinco grandes quadros de referência: Leis de 1927, de 1970, de 1983, de 1993 e de 2002.

Apenas entre 1960 e meados dos anos 70 é que o consumo de *drogas* passou a ser um problema digno de registo no discurso do *Legislador*. Antes de se penalizar o consumo ilícito de *drogas*, condenava-se apenas o comércio ilegal destes produtos. Poiares defende este momento como fazendo parte do paradigma fiscal e que iria de 1914 até 1970. Historicamente abrangeu um período longo, desde a Primeira República, Ditadura Militar e ainda o período do Estado Novo, quer na versão salazarista quer na de Marcelo Caetano. Durante este período, não era tido em conta o acto de consumo, nem a pessoa que o fazia, mas sim o controlo do comércio desses produtos.

As leis criadas em Portugal espelhavam movimentos internacionais que empurravam os nossos *Legisladores* nesse tipo de orientação. “A droga é colocada como mercadoria (comercial e fiscal) cujo comércio deve ser fiscalizado pelo Estado, sem que se haja procedido ao desenho jurídico-social do perfil do consumidor, limitando-se o *Legislador* a prever a posterior regulamentação dos aspectos em que a droga se situa no contexto farmacêutico, nomeadamente no que concerne à venda e distribuição de cocaína, morfina e heroína e seus sais” (Poiares, 1995, p. 22).

No primeiro período, o consumo em si mesmo de *drogas* estupefacientes ou psicotrópicas não era considerado ilícito e, portanto um crime. A “*droga*” é, neste período, o objecto nuclear e os ilícitos relacionados com *drogas* são quase sempre encarados como transgressões aduaneiras. Neste seguimento, sob a lei n.º 1687, de 9 de Dezembro, de 1927, o problema da *droga* é legislado como um problema fiscal, nomeadamente no que concerne ao seu comércio, sendo a *droga* representada como mercadoria, com implicações para a saúde pública, por um lado, e para o uso privado dos prazeres, por outro, havendo, também, nesta data a descoberta de uma realidade até aí desconhecida do *Legislador*: o doente viciado. Neste período instalou-se uma dialéctica entre *droga*-mercadoria e *droga*-prazer, sem que, no entanto, se tenha definido uma concepção jurídico-social do perfil do consumidor.

Com a legislação dos anos 70 do século passado esta dúvida é dissipada, sendo o *toxicodependente* visto pela lei como um delinquente, rompendo com o paradigma fiscal até aí vigente. Durante este período a “*droga*” surge pela primeira vez como objecto do

discurso político. As *drogas* ilícitas tornaram-se mais visíveis e iniciou-se um processo de disseminação do fenómeno, que até esta data era praticamente inexistente em Portugal.

A fase seguinte é mais problemática e começa aqui, segundo Poiares, o paradigma da criminalidade. Estamos entre 1970 e 1975 e a *droga* surge no discurso político (pela primeira vez) e verificam-se alguns casos problemáticos de consumos em jovens das grandes cidades: Lisboa, Porto e Coimbra. O *Woodstock* português veio um pouco mais tarde (1972), em Vilar de Mouros e surge como o princípio da transgressão dos jovens portugueses.

As campanhas de *Prevenção* ao consumo dividiam as mesmas paredes que valorizavam os soldados no Ultramar: tal como já foi referido, o *poder* lançou então a campanha *Droga-Loucura-Morte*, servida pela colagem maciça de cartazes de fundo negro, salpicada com iniciais LSD, tendo como imagem central uma caveira (Poiares, 1995, p. 23). Poiares refere que se estava a fazer campanha de *Prevenção* para o consumo, mas como consequência, acabou por se publicitar o próprio consumo pois este era ainda quase inexistente na nossa cultura. A contestação social que se vivia nesta altura foi entendida pelo *poder* como um resultado de actos de loucura cometidos por causa da *droga*: era uma forma de desvalorizar e desacreditar as reivindicações que vinham de todo o lado. Assim, nesta fase, considerava-se no mesmo momento o aspecto clínico e o policial. Era aqui considerado o acto do consumo, pela primeira vez e a pessoa que o fazia era punida.

A lógica que então se configurava já não era mercantil-fiscal, introduzira-se agora o paradigma criminal: “*utilizar as drogas passara a ser, de certo modo explícito, um facto criminalmente tipificado, reclamando castigo*” (Poiares, 1995, p. 24). Cada vez que alguém era apanhado a consumir a pena ia de 6 meses a 2 anos e remetia para o Código Penal de 1886 que referia que, quer o alcoólico quer outros intoxicados, deveriam ser imediatamente isolados do meio ou internados como cumprimento de uma pena. “*Assistiu-se neste tempo histórico-legislativo, a uma dupla descontinuidade na qualificação do consumo de drogas, passando-se, em primeiro lugar, da óptica fiscal e comercial (droga-mercadoria) à noção criminalizadora (droga-delito); mas*

descontinuidade, também, em relação à concepção em vigor no Oriente (droga-doença), a qual só penetrará no continente nos finais de 1975 e em 1976” (Agra, 1998, p. 52). Os anos de 1970 e 75 foram, em relação a esta problemática específica, tempos de transição, de mudança de olhar.

À semelhança do que sucedeu nos restantes países europeus, o consumo de substâncias estupefacientes e produtos psicotrópicos ganhou uma amplitude assinalável, avolumando os problemas relacionados com esses consumos, levando a que os sucessivos governos tentassem legislar para diminuir a sua proliferação e encontrar respostas para este novo fenómeno. Assim, à medida que a circulação de *drogas* aumentava, assistia-se a uma mudança de atitudes em relação às mesmas e, deste modo, foi-se alterando a interpretação política do seu uso e do fenómeno em geral. As intervenções políticas e legislativas evoluíram para uma visão cada vez mais plural e integrada, e foram tomadas nesta óptica uma série de medidas psicossociais, terapêuticas e legislativas.

Em finais de 1975, já depois da revolução de 25 de Abril, e talvez porque até aqui as questões de carácter social eram absolutamente negadas e desqualificadas, em Diário de Governo, cria-se o *CEJ (Centro de Estudos da Juventude* e, posteriormente, o *CEPD*) e o *CIJD (Centro de Investigação Judiciária da Droga)* no Decreto Lei n.º 745/75. A contestação social, nomeadamente nas camadas mais jovens, resultou na reacção do *Legislador*. Note-se que vivíamos num contexto de contestação acima de tudo a um regime ditador e obsoleto e uma guerra colonial já sem sentido para ninguém. Segundo Poiares, estávamos perante um outro paradigma: o paradigma clínico-psicossocial. “*A generalização do discurso especializado aos menos especializados (do técnico ao voluntário), faz parte da mesmíssima ofensiva obscurantista que senta à volta da mesma mesa médicos e polícias*” (Dias, 1995, p. 17). Aquele que consumia *drogas*, tinha portanto um *Tratamento* especializado por parte da judicária e ainda por parte dos médicos. “*A orientação é agora, claramente pluridisciplinar, congregando as vertentes jurídico-penal, médica e psicossocial. Efectivamente, o toxicodependente é ainda um delinquente, mas não é apenas um delinquente*” (Agra, 1998, p. 53).

O Decreto Lei n.º 745/75, de 31 de Dezembro cria, na Presidência do Conselho de Ministros, o *Centro de Estudos da Juventude (CEJ)*, e o *Centro de Investigação Judiciária da Droga (CIJD)*. O primeiro tinha como competência o estudo dos problemas ligados ao uso da *droga*, particularmente o do *Tratamento* médico-social do toxicómano, enquanto que a actividade do *CIJD* pautava-se pela prossecução das actividades de investigação, fiscalização e repressão criminal nesse domínio. Neste período as acções governamentais estavam sob a tutela do Ministério da Justiça, colocando-se a tónica do problema na substância e no seu consumo.

Dando continuidade aos objectivos de sustentar e de inverter a situação no domínio das *drogas*, são estruturadas organicamente pelo Decreto Lei n.º 791/76, de 5 de Novembro, o *Centro de Estudos da Profilaxia da Droga (CEPD)* – que veio a substituir o *CEJ*-, constituindo-se como responsável pelas questões relativas à redução da procura e o *Centro de Investigação e Controlo da Droga (CICD)* – por substituição do *CIJD* -, responsável pelas questões relativas ao controlo da oferta.

Na mesma data é criado, na dependência da Presidência do Conselho de Ministros, pelo Decreto Lei n.º 790/76, de 5 de Novembro, o *Gabinete Coordenador do Combate à Droga (GCCD)*, para tentar organizar as iniciativas e medidas a colocar em prática, coordenando e integrando, as acções dos dois centros acima citados.

Em 1978, dois anos após a sua legislação, os *CEPD*'s passam a funcionar, nomeadamente, o do Norte, o do Centro e o do Sul.

Após 5 anos de actividade o *GCCD* passa a designar-se *Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga (GPCCD)*.

O discurso do *Legislador* entre 1975 e 1982 foi radicalmente mudando e, da pura penalização ou castigo, passaram a usar-se expressões como: flagelo social dando início a um entendimento do fenómeno, como de um alastramento quase epidémico, ou contagioso, ou ainda outras expressões, como: combate à *droga*, ou ainda luta contra a *droga*, entendendo necessitar-se de alguma violência na abordagem e na respectiva

erradicação da coisa, *droga*, ou do *dealer*. Se até aqui quem consumia *drogas* era intitulado de toxicómano, passa-se a intitular o consumidor de *toxicodependente*.

Durante este período o discurso não é coerente e, ora se refere a violência necessária para a erradicação do problema, nomeadamente o tráfico, ora se transforma o consumidor num doente: “*sem deixar de ser um delito, o uso ilícito da droga coloca delicados problemas jurídicos, na medida em que conduz a um enfraquecimento e até a uma escravização da vontade, que tendencialmente transmuda o infractor num doente, nessa medida imune, ou pouco menos, a uma imputação de culpa*” (Decreto Lei n.º 792/76, de 5 de Novembro de 1976). Parece iniciar-se aqui a nomeação do *toxicodependente* como pessoa doente que necessita de *Tratamento* e a lei prevê essa punição: tratar-se.

É ainda neste paradigma que se começa a recolher outros saberes de outras áreas para além do Direito: “*neste delicado domínio há-de ter-se em conta a experiência alheia (...) e a que nós próprios fomos sedimentando, sempre de um ângulo o mais possível clínico e sociológico*” (Decreto Lei n.º 792/76, de 5 de Novembro de 1976).

Pode-se ainda verificar a máxima violência e penalização para o traficante, mas consequentemente, a desresponsabilização do próprio consumidor que o procura: “*No que concerne ao traficante há antes de mais que defini-lo e encará-lo como um dos principais inimigos da sociedade moderna e que puni-lo até à sua eficaz neutralização. Não podemos continuar a deixar destruir os nossos filhos para que um punhado de malfetores continue a lucrar com a sua fraqueza, a sua doença ou a sua morte*” (Decreto Lei n.º 797/76, de 5 de Novembro de 1976).

É ainda neste período, que Poiares intitula de paradigma clínico-psicossocial, no início dos anos 80, após uma avaliação dos resultados dos dispositivos a actuar no terreno, que se conclui que o crime não é a via para uma solução do problema: “*Se em 1976 se optou pela criação de um organismo policial autónomo da Polícia Judiciária, com o objectivo fundamental de investigar este tipo de crimes, a experiência nacional e internacional encarregou-se de demonstrar não ser essa a solução adequada*” (Decreto Lei n.º 365/82, de 8 de Setembro de 1982). Ainda a acrescentar que se até aqui, se falava em

momentos pós-cura, neste momento, referem-se “*graves e frustrantes recaídas*” (Decreto Lei n.º 365/82, de 8 de Setembro de 1982) caso se rejeitem estas pessoas de novo na sociedade, daí a necessidade de se promover a sua *Reinserção Social*. Por outro lado, o *toxicodependente* era visto como um doente, mas todos os dispositivos criados para levar a cabo o seu *Tratamento*, estavam sob a directa responsabilidade do Ministério da Justiça.

Em meados da década de 80 do século passado verificou-se uma mudança de cenário, com o aparecimento deste problema como um fenómeno público, principalmente relacionado com a juventude, e não privado, como sucedia até à data.

A partir de 1983, o *toxicodependente* assume a centralidade das leis. Segundo Poiares (1998, p. 60), estamos perante um novo paradigma: biopsicossociológico, no qual se evidencia um novo quadro de referência, constituído por preocupações de compreensão científica dos actores sociais envolvidos no processo (*Legislador, Aplicador e Transgressor*). O *toxicodependente* deverá então ser tratado e reenviado à sociedade, ou melhor, deve ser reinserido na comunidade, em substituição da atitude criminalizadora do acto em si do consumo. A mesma pessoa que há uns tempos atrás era vista como um delinquente, neste momento passa a ser um enfermo que necessita de cuidados especiais de saúde com vista ao *Tratamento* e posterior inclusão na sociedade.

No seguimento do Decreto Lei n.º 430/83, uma década depois reescrevia-se: “o consumidor de drogas é sancionado pela lei vigente de maneira quase simbólica, procurando-se que o contacto com o sistema formal da justiça sirva para incentivar ao *Tratamento*, na hipótese de ter sido atingido pela toxicodependência” (Decreto Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro de 1993). Refere ainda este artigo a distância que deveríamos ter em relação a formas de intervir como a Holanda, onde os consumos de *droga* não seriam proibidos, na prática. Acreditava-se que o mais importante da intervenção seria o aspecto da saúde do *toxicodependente* e a sua motivação para o *Tratamento*, logo, a vertente jurídica seria o de se considerar como mais um instrumento motivador para o *Tratamento* do próprio consumidor, exercendo aqui um valor simbólico. Acreditava-se que assim, o consumidor seria motivado ao *Tratamento*, através deste mesmo

simbolismo da legislação. Seria o contributo do *Legislador* para a problemática da *toxicodependência*, desmotivando os consumos com a ameaça da penalização.

As alterações na prática legislativa estão claramente reflectidas no Decreto Lei n.º 430/83, de 13 de Dezembro, que separa as figuras do traficante e consumidor, desaparecendo do panorama legislativo o *Tratamento* compulsivo dos *toxicodependentes*. Há, com esta legislação, uma resposta bem diferenciada à questão do estatuto do *toxicodependente*, declarado pela primeira vez e de uma forma inequívoca como sendo um doente.

Envolvido nesta lógica, o Governo em exercício criou o *Projecto Vida* em 1987, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 23/87, de 21 de Abril, e o *Centro das Taipas*, a primeira unidade do Ministério da Saúde exclusivamente direccionada para o *Tratamento* de *toxicodependentes*, pelo Decreto do Governo n.º 20-A/87, de 12 de Junho. Ao atribuir a responsabilidade pelo *Tratamento* a este Ministério, o Governo reconhece a necessidade de separar as vertentes oferta e procura e de considerar o consumidor como um indivíduo com um problema de saúde. O *Projecto Vida* nasceu suscitado pelo agravamento do problema do consumo abusivo de *drogas* e tráfico ilícito em Portugal, que se temia ter tendência para aumentar rapidamente. Consistindo num plano integrado que visa diminuir a incidência e prevalência da *droga* e dando corpo às recomendações de Viena, é possuidor de múltiplas directivas: *Prevenção*, *Tratamento*, inserção social e contenção do tráfico exigindo, esta abrangência, a colaboração de diferentes Ministérios (Administração Interna, Justiça, Educação, Defesa, Saúde, Emprego e Segurança Social e Juventude), para que todas as pessoas possam ter projectos de futuro e um estilo de vida saudável.

Os *Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT)* vêm substituir os *CEPD* 's e um pouco por todo o país surge um local de apoio e *Tratamento* ao *toxicodependente*, onde o acesso é mais fácil. Muitos outros dispositivos são criados nesta altura e que caracterizam a complexidade e diversidade do fenómeno, assim como a própria intervenção. Desde a *Prevenção*, dita *Primária* (na altura), com o surgimento do

Projecto Vida, ao *Tratamento*, e posterior inserção na sociedade, o *toxicodependente* tem apoio e pode recorrer a esse mesmo apoio para se tratar.

Em 1989, no seguimento das iniciativas anteriores e com base na experiência do *Centro das Taipas*, criaram-se os *CAT's (Centro de Atendimento a Toxicodependentes)*, estando um sediado em Lisboa (Taipas), outro no Porto (Cedofeita) e um no Algarve (Faro), pela Portaria 74/89, de 2 de Fevereiro, sendo estes centros especializados na *Prevenção, Tratamento, recuperação e Reinserção Social dos toxicodependentes*.

No entanto, a necessidade de reorganizar, coordenar e desenvolver, estendendo a outras regiões os diversos centros de *Prevenção e Tratamento da toxicodependência*, levou à criação por parte do Ministério da Saúde, de um organismo autónomo que tivesse flexibilidade suficiente para responder no momento próprio às necessidades, podendo articular e complementar as suas funções com outros organismos, estatais, ou não estatais – o *SPTT (Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência)*, pelo Decreto Lei n.º 83/90, de 14 de Março, no qual foram integrados os centros que pertenciam ao Ministério da Justiça (O *CEPD* e respectivos centros regionais do Norte, do Centro, de Lisboa e Vale do Tejo e do Sul), bem como os novos centros criados pelo Ministério da Saúde (o centro da Taipas, e extensões em Lisboa, *CAT* do Porto e *CAT* do Algarve).

Em 1990 algumas das 30 medidas do *Projecto Vida* foram reestruturadas, conduzindo à criação da *Comissão Interministerial* e do *Conselho Nacional*. Com estas mudanças pretendia-se um maior compromisso político no plano da mitigação do fenómeno e a mobilização da sociedade civil para o problema.

Em 1993, foi promulgada a Lei da *droga*, pelo Decreto Lei n.º 15/93, de 15 de Janeiro, que confere ao problema das *drogas* um âmbito mais sanitário.

A necessidade de alargar o *Tratamento* a um âmbito nacional e dada a importância dos organismos autónomos, com flexibilidade e poder suficientes para actuar nesta área, origina a elaboração do Projecto de Lei Orgânica do *SPTT* – Decreto Lei n.º 43/94, de 17 de Fevereiro, e consequente revisão pelo Decreto Lei n.º 67/95, de 8 de Abril, que fixou a sua estrutura final.

Com o aprovar de uma *Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga*, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99, de 26 de Maio, dá-se uma mudança significativa na abordagem dos fenómenos da *droga* e da *toxicodependência*, que passa a ser mais global, abrangente e integradora das suas diversas vertentes, incluindo a vertente sanitária.

Verifica-se assim que na aplicação das leis da *droga*, descobrimos, não apenas um poder que se exerce, mas um saber que se produz, retroagindo sobre esse mesmo poder (Agra, 1998, p. 58). Poder e Conhecimento entrecruzam-se e influenciam-se mutuamente, dando lugar a mudanças nos olhares sobre o acto do consumo e o consumidor. O Fenómeno da *droga* afirma-se acima de tudo como uma problemática que arrasou as barreiras dos saberes, a sua pluridisciplinaridade tudo põe em causa, gerando a desordem, incluindo no espaço da penalidade (Poiares, 1998, p. 63). Nesta altura prevê-se a suspensão da pena e obrigação do *Tratamento*, embora, segundo este autor, existam ainda muitas ambiguidades, ou seja, se no artigo 40 existe a punição e o castigo, mais à frente, outros artigos (41º, 42º, 43º, 47º e 53º) preferem o *Tratamento*. Ainda segundo Poiares (*idem*), depois de tantos ensaios e ambiguidades, estamos em presença de um crime antecipadamente objecto de desculpabilização, o que decorre do carácter patológico que lhe é assinalado, desde 1975, bem como da frequência com que se regista nas sociedades contemporâneas.

Sendo assim o crime, é meramente consequência da doença e por isso o mesmo doente poderá optar por se tratar e assim ficar com a pena suspensa. Trata-se de certa forma da psychologização da legislação, ou seja, visa-se a compreensão do comportamento do criminoso, que deixa de o ser, pois assume-se como doente e é assim entendido.

Todos levantamos a mesma questão: *será delinquente? será doente? será ambos? O que fazer?* Até há pouco tempo manteve-se o mesmo paradigma, ou seja, manteve-se a centralidade na pessoa, significando que o acto de consumo é penalizado, mas não a pessoa. Interessa compreender para explicar o consumidor e sua patologia. Incluíram-se assim no discurso do *Legislador* outros saberes, mas acima de tudo, as Ciências do Comportamento que descodificavam e traduziam os actos transgressores do

toxicodependente. Na verdade, o Direito, que constitui o discurso do Poder destinado a assegurar a gestão da ordem e das desordens sociais, tem-se evidenciado crescentemente como Ciência normativa do comportamento, recorrendo ao Saber no sentido de obter linhas explicativas das condutas de transgressão (Poiares, 2000, p. 9). O *Legislador* é agora alimentado pelo saber do Psicólogo. O fenómeno *droga*, instalou de tal forma a insegurança e questionou a rigidez dos saberes, que trouxe consigo uma necessidade de compreender internamente o homem e seus actos.

O *toxicodependente*, no discurso político, convenientemente era intitulado de doente, mas na prática havia uma incoerência, ainda era penalizado pelo acto de consumir. Em 1983 e 1993, o *Legislador* deambulou entre estes dois pólos, de modo indefinido e indefinível, refugiando-se no simbolismo (Poiares, 2000, p. 10). Ora, se por um lado eram chamados de doentes, porque os mandavam para a prisão por consumos? Não se podem negar os números de detidos/consumidores que todos conhecemos. Daqui resulta a necessidade de dar voz ao próprio actor ou Transgressor. Investigar, compreender e explicar era agora norma para a intervenção. Não cabia aqui o discurso, por vezes incoerente, do político sobre o *toxicodependente*, era necessário um saber específico sobre a matéria. Em 1999 foi aprovada uma *Estratégia Nacional de Luta contra a Droga*. Pretendia-se uma avaliação dos resultados do respectivo programa ao longo do tempo. Se até aqui as estratégias eram mais ou menos impostas externamente, merecíamos agora um espaço de reflexão para intervenção mais adequada à nossa cultura. Finalmente o Poder reconhece a profunda injustiça de se enviar para as prisões, pessoas cujo único delito seria o acto do consumo. Segundo Poiares, existe uma triangulação que envolve 3 actores: “o *Legislador*, o *Transgressor* e o *Aplicador*. Deste triângulo, resulta uma comunicação entre os diferentes pólos que é relacional, ou seja, é dinâmica e bidireccional. Desta comunicação resultará mudanças na perspectiva do *Legislador*, provocando assim diferentes discursos legislativos ao longo do tempo. Na verdade, no que tange à droga, o discurso do *Transgressor*, captado pelo *Aplicador*, acabou ao longo dos tempos por ser remetido ao *Legislador*, suscitando alteração da racionalidade punitiva, num primeiro tempo (1983, 1993) e a indagação do saber, num segundo momento (1999/2000)” (Poiares, 2000, p. 12).

As leis podem ser reformuladas devido a este tipo de interacção, entre *Legislador*, *Aplicador* e *Transgressor*. Exemplo disso é o limite mínimo para a pena (em anos) por tráfico. De seis anos passou para quatro em 1993. Assim, todos os actores envolvidos (*Legislador*, *Aplicador* e *Transgressor*) tocam-se e modificam os seus discursos. O que os liga, ou ainda, a forma de comunicarem entre si, tem muito em conta os Saberes de que se servem, nomeadamente as Ciências do Comportamento Humano. É portanto deste triângulo comunicacional, desta relação, que vão surgindo outras mudanças nas Leis, ou na forma de se ver o *toxicodependente*.

A 5 de Fevereiro de 1999, pelo Decreto Lei n.º 31, dá-se a criação do *Instituto Português da Droga e da Toxicodependência*, no entanto durante um curto espaço de tempo o *Projecto Vida* e o *IPDT* desenvolveram a sua actividade concomitantemente. No ano seguinte, a 18 de Maio de 2000, através do Decreto Lei n.º 90 verificou-se uma alteração da Lei Orgânica do *IPDT* que pressupunha a fusão de um organismo com o outro. Este organismo tinha como objectivo organizar toda a matéria de *Prevenção Primária* do consumo de *drogas* e da *toxicodependência*, incluindo a intervenção na comunidade, o apoio de iniciativas públicas e privadas de informação e formação, a recolha e *Tratamento* da informação, a avaliação de políticas e a promoção da investigação científica.

Com a lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro, são criadas as *Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência*. Com este Decreto Lei introduziu-se um novo paradigma de entendimento do fenómeno da *toxicodependência* – a descriminalização –, continuando a penalizar-se o consumo, a responsabilizar-se as pessoas, mas deixando-se de criminalizá-las perante o simples consumo. Esta alteração não veio mais do que reafirmar aquilo que já era uma prática dos tribunais portugueses. Mais tarde o Decreto Lei n.º 130-A/2001, de 23 de Abril veio regulamentar a acção das comissões.

Através do Decreto Lei n.º 183-A/2001, de 21 de Julho, aprova-se o Regime Geral das Políticas de *Prevenção e Redução de Riscos e Minimização de Danos* com vista a diminuir a propagação das doenças infecto-contagiosas e a prevenir a marginalidade social.

Em diferentes anos como por exemplo 1970, 1982, 1983 e 1993, em que podemos encontrar legislação específica sobre esta problemática, o *toxicodependente* é visto como um doente, embora ainda penalizado pelo consumo. Apenas a partir de 1999/2000 se retira a penalização do consumo e propõe-se a escolha ao próprio Transgressor de um *Tratamento*. O *Legislador* dá espaço de escolha voluntária ao *Tratamento*. Após o Decreto Lei de 2001, a Portaria 540/2001, de 28 de Maio de 2001, dizia: “O artigo 19.º da citada lei prevê, no entanto, a possibilidade de suspensão da execução das sanções, mediante a apresentação periódica dos consumidores toxicodependentes perante serviços de saúde, cujo regime importa fixar”. Viviam-se, então, o período de descriminalização do consumo de droga. Se o *toxicodependente* era considerado um enfermo, então deveria ter a escolha de se poder tratar.

O *Legislador* optou por impor uma coima no Decreto Lei de 30/2000 de Novembro ao consumo e ainda motivar o *toxicodependente* a aceitar o *Tratamento*, “Se o consumidor toxicodependente aceitar sujeitar-se ao *Tratamento*, a comissão faz a necessária comunicação ao serviço de saúde público ou privado escolhido pelo consumidor, o qual será informado sobre as alternativas disponíveis” (Lei n.º 39/2000, de 29 de Novembro). Esta Lei apresenta um texto repleto de artigos que reafirma a necessidade de motivar o *Tratamento* da pessoa consumidora. São uma nova forma de punir, impondo medidas substitutivas da punição, todas elas centradas na escolha do indivíduo. O Estado é obrigado a proteger estes cidadãos e a sua saúde e eles podem escolher livremente ser condenados ao *Tratamento*.

Em 2000 existiam dois organismos dentro da alçada do Ministério da Saúde, mas com funções diferentes: o *SPTT* encarregue do *Tratamento* do *toxicodependente* com todos os dispositivos criados para esse efeito (*CAT*, *Centros de Dia*, *Comunidades Terapêuticas*, *Unidades de Desintoxicação*, etc.) e o *IPDT*, focalizado em especial para a *Prevenção* do consumo, envolvendo e responsabilizando toda a sociedade civil para esse efeito.

Existem ainda outros dispositivos que promovem a saúde dos indivíduos que escolhem continuar a consumir: são os dispositivos ligados à *Redução de Riscos e Minimização de Danos*. As *Equipas de Rua* vão ao encontro do *toxicodependente* de rua que opte por

não ir aos CAT's, em que a sua situação de *toxicodependência* está totalmente instalada há longos anos. São acima de tudo pessoas que perderam todos os vínculos que até então os ligavam à comunidade em geral: a família, o trabalho, os amigos e ainda a instituição de saúde. É assim uma forma de recriar vínculos, pelo menos inicialmente com os técnicos deste serviço móvel, mas acima de tudo criar vínculos com a sua própria saúde, reaprender a cuidar de si e do seu corpo.

Estes dispositivos incluem duas vertentes: uma será então a de proteger a saúde dos próprios indivíduos e da comunidade, fazer com que o consumo não traga mais consequências em termos da sua saúde; a “(...) *outra vincula os Estados ao estabelecimento de condições em que o consumo não acarrete uma segunda geração de danos, designadamente através do consumo vigiado, cujo objectivo reside no incremento da assepsia no uso intravenoso e dos programas de troca de seringas, que foram introduzidas entre nós como forma de obstar à propagação das doenças infecto-contagiosas*” (Poiares, 2001, p. 71).

Quem trabalha ou está perto desta realidade, assiste a pessoas despidas de qualquer tipo de dignidade pessoal: com *SIDA*, *hepatites*, por vezes *tuberculose*, a viver na rua, quase sem se reconhecerem como pessoas; confirma a importância destes espaços, por vezes vitais, para cada uma daquelas pessoas. Talvez seja uma forma de lhes reconhecer a sua existência, de os respeitar e de lhes dar algum sentido de cuidado, de amparo.

Pela necessidade de se integrar na mesma instituição *Prevenção, Tratamento, Redução de Danos e Reinserção*, deu-se a fusão do *SPTT* com o *IPDT* evitando a existência de respostas descentradas, criando um único organismo – *IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência)*, através do Decreto Lei n.º 269-A/2002, de 29 de Novembro, e reorganiza as estruturas de “*coordenação do combate à droga e à toxicodependência*”, pelo Decreto Lei n.º 1/2003, de 06 de Janeiro; a partir destas disposições, o fenómeno é encarado numa perspectiva global e multidisciplinar.

Actualmente, e depois de algumas mudanças na estrutura do *Tratamento*, nomeadamente a fusão entre o *SPTT* e o *IPDT*, resultando num único Instituto, o *IDT*,

outras mudanças se experienciam. Novas expressões começam a surgir, nomeadamente ao referirem-se ao *toxicodependente* não como doente, mas como cidadão. Presentemente uma nova forma de intervenção mais global (*PORI- Plano Operacional de Respostas Integradas*) se começa a delinear. Se até aqui *Tratamento, Prevenção e Redução de Riscos* estavam separados entre si, por dispositivos, espaços e normas diferentes, hoje, a intervenção deverá ser integradora de todas as áreas e daí mais global, ou sistémica, se quisermos. A ideia de grupos de especialistas ou peritos da área da *toxicodependência* vai deixar de fazer sentido e de uma forma local envolvem-se os recursos da comunidade, não só para um melhor diagnóstico da situação, mas também para uma responsabilização de todos nesta forma de intervir.

Muito há a fazer e como todas as mudanças a que temos assistido não são fáceis de aceitar, esta também não o será de certeza: como será agora o consumidor de *drogas* visto pelo *Legislador* e como se verá ele próprio? Recorrendo à metáfora utilizada por Poiares (2001) acerca do triângulo comunicacional, que resultará daqui? Será que o *toxicodependente* deixa de ser doente e passa a ser cidadão? Que consequências para o discurso do *Legislador*?

4.1 – A POLÍTICA DA PREVENÇÃO

Na década de 1970 a *Prevenção Primária* apresentava-se como uma área de pouca relevância para a política da *toxicodependência*. Ao longo dos tempos e com base na aquisição de novos conhecimentos o conceito de *Prevenção* tem evoluído na sua especificidade selectiva em relação ao uso e abuso de *drogas*, para uma concepção mais ampla e alargada: *o da educação para a saúde*.

Segundo Carvalho (1991), usualmente define-se *Prevenção* como um tipo de intervenção que se realiza no período pré-patogénese, quer através de medidas destinadas a promover o estado de saúde, quer mediante o estabelecimento de processos de protecção específica contra agentes patológicos.

Nos finais dos anos 1970, a nível internacional, o maior e prioritário investimento era feito na área da *Prevenção Primária*, através de medidas informativas, pedagógicas/formativas. Os programas de informação eram determinados pelas características do público-alvo, tendo presente a problemática concreta da *toxicodependência* e comunidade de grupos considerados.

As actuações pedagógicas tendiam para programas de educação sobre *drogas* integrados no currículo escolar, programas de educação sanitária e programas sobre desenvolvimento psicossocial do indivíduo. A actuação comunitária pretendeu, sobretudo, aumentar na comunidade os conceitos sobre as diferentes *drogas* e consequências do seu consumo e abuso; sua relação com outras substâncias tais como álcool, tabaco e medicamentos; melhorar a comunicação interpessoal entre pais, filhos e professores; estimular actividades extra-curriculares que motivassem os jovens; bem como ajudar ao desenvolvimento sócio-económico e cultural da comunidade com a participação de todos.

Na continuidade de uma política de *Prevenção* das *toxicodependências* foi, a 24 de Abril de 1979, estabelecido com o apoio da UNESCO um acordo entre o *Ministério da Educação e Investigação Científica (MEIC)* e o *Gabinete Coordenador do Combate à Droga (GCCD)*, visando um *Plano de Prevenção Primária das Toxicodependências no Meio Escolar* (ensinos preparatório e secundário), mediante acções de formação e informação.

Com o objectivo de dar uma resposta elaborada e programada a toda a problemática da *droga*, a experiência piloto do *Plano de Prevenção Primária das Toxicodependências em Meio Escolar* pretendeu provocar a mudança de comportamento e atitude face ao fenómeno da *droga* por via da formação/informação de *Professores Mediadores* que, por sua vez, actuariam junto dos restantes professores e de outras estruturas escolares (auxiliares, médico escolar e pais). Estes *Professores Mediadores* tinham por função estabelecer a ligação entre o *CEPD* e as escolas; analisar os casos e os pedidos oriundos do corpo docente; intervir em acções de informação, junto de outros professores e alunos, quando solicitadas; realizar actividades informativas/formativas no domínio da

toxicodependência; encaminhar casos em que se considerasse necessária uma intervenção a nível da *Prevenção Secundária* e, eventualmente, *Terciária* e canalizar eventuais pedidos de esclarecimento ou de formação de pais, abordados conjuntamente com os técnicos do *CEPD*.

Segundo Dias [s/d] dada a curta existência do *CEPD* não foi possível estabelecer critérios rigorosos para uma avaliação satisfatória, sistemática e permanente às acções empreendidas em meio escolar, bem como de outras intervenções preventivas realizadas. As equipas de *Prevenção Primária* do *CEPD*, e não só, aparecem como tentativa, ainda incipiente, de sensibilizar e informar/formar a fim de se evitarem os fenómenos cada vez mais correntes de empolamento, especulação, dramatização, sensacionalismo e notória deturpação canalizadas a nível pessoal, grupal e dos mass-media.

Na década de oitenta do século passado, o conceito de *Prevenção* assumiu uma nova dimensão, definindo-se como todo o conjunto de acções que se destinam a intervir num estágio em que o indivíduo ainda não entrou em contacto com a *droga*, visando evitar que esse encontro se dê, ou ainda, em termos mais latos evitar que tendo havido esse contacto, o uso ocasional se torne regular e abusivo. A este propósito Melo (2002) defende a *Prevenção da toxicodependência*, mais do que evitar que um grupo alvo se inicie no percurso das *drogas* é, sobretudo, o questionar das razões que o levam a tal, e uma intervenção dirigida às questões de fundo que conduzem, mais do que à experimentação, à perpetuação do comportamento e à criação da relação psicológica com a(s) substância(s).

Com o *Projecto Vida*, a *Prevenção Primária* passou a ser considerada área prioritária e uma forma de abordagem precoce dos problemas junto dos grupos alvos específicos. As acções implementadas no âmbito da *Prevenção Primária* contemplaram, para além da comunidade escolar, toda a comunidade em geral e jovens não escolarizados. Neste sentido, o *Gabinete do Alto Comissário*, através da sua área operacional, entendeu promover programas integrados nas áreas da saúde, educação, família, juventude, comunidade e meio laboral, visando a redução do consumo de substâncias tóxicas;

estratégias de informação, educação e formação específica aos profissionais de saúde e outros agentes educativos.

Com carácter de continuidade dos programas preventivos de 1979, nomeadamente do *Programa de Professores Mediadores*, o *Ministério da Educação* cria, nos anos 80, conjuntamente com o *Projecto Vida*, o *Programa Professores Operadores* com o objectivo de dar apoio às escolas, no âmbito da informação/sensibilização/formação relativa à temática da *Prevenção das Toxicodependências*. Este programa era responsável pela execução dos *Programas de Prevenção das Toxicodependências*, ou seja, competia aos *Professores Operadores* diagnosticar as necessidades/problemas das comunidades educativas e identificar os recursos humanos e materiais existentes nas escolas e no meio envolvente. Competia-lhes ainda sensibilizar as estruturas das escolas para a inclusão de um *Programa de Prevenção no seu Projecto Educativo*, colaborar com as outras estruturas com objectivos confluentes, promover formação no âmbito da *Prevenção* e avaliar todas as acções e programas de *Prevenção* desenvolvidos por outras entidades e/ou serviços exteriores ao *Ministério da Educação*.

Ao longo da década de noventa e visando prosseguir os objectivos fixados pelo *Programa Nacional da Prevenção das Toxicodependências/Projecto Vida*, foram desenvolvidos em Portugal alguns programas de redução da procura. Tendo em conta a evolução dos problemas ligados à *toxicodependência* e à reestruturação do *Projecto Vida*, o *Ministério da Educação*, através do despacho 96/ME/90, de 19 de Junho, nomeia um responsável sectorial pelo *Projecto Vida* e constitui um Grupo de Trabalho que permitiu o lançamento do *Projecto Piloto de Prevenção Primária* não específica, relativo às *toxicodependências* em meio escolar – “*Viva a Escola*”.

O projecto “*Viva a Escola*”, criado em 1990, teve os seguintes objectivos: proporcionar condições controladas para a vivência de sentimentos de prazer, emoção e risco; desenvolver capacidades que permitam assumir a nível individual e colectivo os princípios de promoção da saúde; construir climas de escola cooperativos, dinâmicos e estimulantes; desenvolver comportamentos de autonomia, responsabilidade e sentido crítico.

Mais tarde, em 1993, o artigo 70.º do Decreto Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, veio definir as competências do Ministério da Educação nas actividades de *Prevenção Primária* ficando, desta forma, a coordenação de projectos de *Prevenção* do consumo de álcool e substâncias psicotrópicas a nível escolar, com incidência específica na *Prevenção* do consumo de *drogas*, sob a responsabilidade do Ministério da Educação, através do “*Programa de Promoção e Educação para a Saúde*” (PPES). Este programa, teve por objectivos formar técnicos, avaliar o programa e representá-lo em reuniões nacionais e internacionais e organizar actividades nacionais. O programa descentralizado a nível das autoridades escolares regionais e locais, previa a adaptação das orientações centrais, em cada escola, de acordo com as suas necessidades e características. No âmbito da sua actuação prosseguiu com o Projecto “*Viva a Escola*” com o “*Projecto de Férias*”, desenvolveu o projecto-piloto de *Prevenção Específica das Toxicodependências* e um *Projecto de Prevenção da Infecção pelo HIV/SIDA na Comunidade Escolar* – “*Aprender a Prevenir*”. Para além destes, desenvolveu um “*Programa de Promoção de Competências Sociais*” específico de *Prevenção Primária* de comportamentos desajustados em meio escolar, dirigido a um grupo-alvo de crianças e adolescentes e um “*Projecto de Animação Teatral e Expressões*”.

Desde 1994 que o Ministério da Educação, em colaboração com o Ministério da Saúde, desenvolveu um projecto piloto de *Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde* (RNEPS) integrando-se, em termos de pressupostos e objectivos, na *Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde*. Era seu objectivo motivar e capacitar técnicos e outros agentes educativos para intervirem no âmbito da educação para a saúde, incentivar e criar condições de promoção da saúde dos jovens, considerando como áreas prioritárias a *alimentação*, a *sexualidade*, a *saúde oral*, a *segurança*, o *uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas*, a *SIDA*, a *vacinação* e a *hepatite B*.

Para além do referenciado, foi também criado em 1993, no âmbito do *Projecto Vida* e em articulação com o Ministério da Educação/PPES, o “*Projecto PATO*” (*Prevenção Álcool, Tabaco e Outras*), com intervenção em meio escolar e implementado nas escolas do primeiro ciclo do ensino básico. Baseando a sua intervenção no modelo dos *Programas de Promoção das Competências Pessoais e Sociais* teve por finalidade

ensinar as crianças a estabelecer relações adequadas com os outros; promover e manter o seu bem-estar e a protegerem-se face a comportamentos desadequados em geral e ao consumo de *drogas* em particular. Propunha-se, ainda, formar professores e educadores de infância em metodologias interactivas que permitissem desenvolver as capacidades individuais e as competências sociais das crianças.

Ainda, numa lógica de programas em meio escolar, a *Polícia de Segurança Pública (PSP)* tem vindo a desenvolver um programa de acção concreta e preventiva da criminalidade e delinquência, designado “*Programa Escola Segura*”, abrangendo desde o ensino básico ao ensino superior.

No sentido de reforçar as intervenções na área da *Prevenção da toxicodependência*, em 1988, foram criados dois serviços de linha telefónica de ajuda – *Linha Aberta* em Lisboa e no Porto que, posteriormente, se virão a designar de *Linha Vida*. A então *Linha Aberta* surgiu como ponte entre o público em geral e as instituições que intervinham na área da *toxicodependência* (*Primária, Secundária e Terciária*) em particular. De carácter informativo define-se como um serviço telefónico especial, prestando esclarecimentos imediatos, despistagem de problemas e seu encaminhamento para os serviços adequados. De forma complementar entendeu-se criar um serviço apartado, com idênticos objectivos, distinguindo-se pela oportunidade que oferecia àqueles que pretendiam o contacto escrito ou telefónico.

Após a criação do *SPTT*, em 1990, a *Prevenção das toxicodependências* passou a ser realizada através dos *Centros de Informação e Aconselhamento (CIAC's)*. Os *CIAC's* constituíam-se como um pilar e um suporte complementar à restante intervenção clínica e psicossocial do *SPTT*, nomeadamente na área da formação desenvolvida para técnicos de instituições públicas e privadas que articulavam com os serviços do *SPTT*. Tendo como área de intervenção a *Prevenção* de comportamentos de risco na adolescência, nomeadamente do consumo nocivo de *drogas* psicoactivas, tinham por objectivo fortalecer os factores protectores dos jovens, procurando facilitar a sua integração social e o seu desenvolvimento psicossocial.

Dando continuidade ao leque de actividades e estratégias políticas de actuação em *Prevenção Primária*, foram criados, em 1997, os *Programas Quadro Prevenir e Reinserir*, tendo por objectivo envolver toda a sociedade civil no combate à *droga*, apoiando programas nos domínios da *Prevenção Primária* e *Terciária*.

O *Programa Quadro Prevenir (PQP)* destinou-se a apoiar técnica e financeiramente entidades públicas ou privadas, sem fins lucrativos, com intervenção na área da *Prevenção Primária das toxicodependências*. Este apoio resultou da pretensão de melhorar a qualidade de intervenção no âmbito da *Prevenção Primária*, identificando como grupos-alvo prioritários as crianças/jovens, jovens adultos, professores, famílias e técnicos ligados a esta área de intervenção.

Na continuidade dos objectivos delineados para o *PQPI*, o *PQPPII* destinou-se a apoiar e a promover o desenvolvimento de projectos no domínio da *Prevenção Primária das toxicodependências*. A sua concessão e apoio financeiro/técnico foi concedido através de concurso promovido pelo *IPDT* salientando, deste modo, uma nova abordagem na área da *Prevenção das drogas e das toxicodependências*. Puderam candidatar-se ao *PQPPII* as *Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)*, misericórdias, mutualistas e outras entidades particulares sem fins lucrativos cujas finalidades estatutárias incluíram a promoção da saúde, o desenvolvimento social, a cultura e o desporto. Este programa visou, sobretudo, apoiar iniciativas que pretendessem informar, educar e formar, a nível pessoal e social, os cidadãos, especialmente crianças e jovens, com vista a desenvolver estilos de vida positivos, saudáveis e autónomos, envolvendo e implicando a participação activa dos envolvidos no projecto de mudança.

A tendência de organização das políticas em Portugal, em matéria de *drogas* e *toxicodependências*, observou uma tendência para o incremento de planos de acção e sistemas de coordenação. No sentido de dar cumprimento ao estipulado no *Plano de Acção de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência – Horizonte 2004*, coube ao *IPDT* a tarefa de assumir uma atitude proactiva em matéria de *Prevenção Primária*, dotando os serviços regionais e autarquias locais de responsabilidade na promoção e articulação das intervenções em *toxicodependência*, a nível local. Desta forma, o *IPDT*

estabeleceu parcerias e assinou protocolos com diversas autarquias constituindo-se desta forma os designados *Planos Municipais de Prevenção Primária das Toxicodependências (PMP's)*.

Os *Planos Municipais* resultaram de uma articulação conjunta entre o poder central e o poder local, num reconhecimento da necessidade de se atingir um maior grau de eficácia, eficiência e equidade das intervenções preventivas na área das *toxicodependências*. Os *PMP's* vieram, deste modo, assegurar o envolvimento e responsabilização das autarquias locais e da sociedade civil na definição das áreas prioritárias e estratégias de intervenção, no âmbito da *Prevenção Primária das toxicodependências*, em articulação com outras entidades, nomeadamente associações privadas sem fins lucrativos. Na sua concretização, os *Planos Municipais* tiveram em conta as especificidades locais, definidas em função da elaboração inicial de um diagnóstico local, que remetia para as necessidades de implementação de estratégias preventivas, intrínsecas a cada realidade local. Face ao diagnóstico local, a autarquia estabelecia parcerias com entidades que possibilitassem o desenvolvimento de projectos de *Prevenção Primária* nas áreas detectadas pelo diagnóstico local, como prioritárias. O objectivo geral dos *Planos Municipais de Prevenção Primária das Toxicodependências* consistiu em incentivar o envolvimento da sociedade civil no sentido de se desenvolver um trabalho articulado na área da *Prevenção Primária*, em parceria com as autarquias.

Os *Planos Municipais* definiram, prioritariamente, quatro áreas de intervenção: *Prevenção em meio familiar, Prevenção em meio escolar, Prevenção em espaços recreativos de lazer e desportivos e Prevenção junto de jovens em situação de abandono escolar*. As áreas prioritárias de intervenção trouxeram consigo perspectivas estruturantes que constituem a base sobre a qual um novo modelo de desenvolvimento foi sendo desenvolvido. De facto, os *Planos Municipais* vieram a revelar-se como instrumentos estratégicos fundamentais e essenciais à política da *Prevenção Primária das toxicodependências*, constituindo-se como os projectos que mais requereram, das Unidades de *Prevenção*, participação activa e avaliação qualitativa.

4.2 – A POLÍTICA DO *TRATAMENTO*

O saber armazenado ao longo dos últimos anos, a mutação rápida da realidade da *toxicodependência* (o tipo de substâncias consumidas, os contextos dos consumos e as características dos consumidores), a evolução permanente dos conceitos e das modalidades terapêuticas fazem da área do *Tratamento* um espaço capaz de se flexibilizar para se adaptar permanentemente às solicitações e às mudanças que ocorrem a todo o momento.

De uma primeira fase de atendimento psiquiátrico, de algum insucesso, passou-se para uma abordagem psicoterapêutica, de orientação analítica, iniciada em 1978, pelo *CEPD do centro (Coimbra)*. Neste seguimento e aquando da criação dos *Centros de Estudos de Profilaxia da Droga* em 1976, em Portugal, as acções na área do *Tratamento* abriram uma nova consciência nacional, baseada numa supervalorização da *dependência* em relação às substâncias psicoactivas e sua desabituação, entendendo que o simples acto de extinguir a dependência física conduziria, a bom porto, à resolução do problema.

Quando se trata de métodos de *Tratamento* logo se reconhece a sua ampla diversidade que envolve, sobretudo, as comunidades terapêuticas e outras instituições assistenciais, num trabalho interventivo que oferece ao *toxicodependente* um suporte de *Tratamento* da sua dependência que vai desde as desabituações físicas, em ambulatório ou internamento, às psicoterapias de diversos modelos, individuais ou grupais, à terapia familiar, aos internamentos de longa duração em *Comunidade Terapêuticas*, passando pela utilização de fármacos *Antagonistas (Naltrexone)* ou *Agonistas (Metadona, LAAM e Buprenorfina)*.

Esta nova construção de imagem política, na vertente do *Tratamento*, permitiu ao *Centro Regional Norte* o protagonismo da política global do método de *Programa de Substituição opiácea* – a *Metadona*. A aplicabilidade do programa de *Tratamento* de *toxicodependentes* com *opiáceo substituto* – *Cloridrato de Metadona* iniciou-se no Porto, com Iduino Lopes. Este programa foi apenas administrado na região norte de

1977 a 1990. A este respeito refere Almeida Santos (2000, p.98) que “*durante anos, mais de um milhar de jovens, ia, e creio que vai ainda, regularmente àquele Centro receber, por ingestão – o que evitava desde logo o risco de contágio ligado às drogas injectáveis – a sua dose de Metadona. Uma droga ministrada de graça pelo próprio Estado*”.

Neste contexto, foi frequentemente expressa a falta de apoio por parte do Governo à Investigação Clínica e Epidemiológica na *Dependência da Droga*, salientando-se a necessidade de sensibilizar os Governos para uma planificação mais eficiente e uma programação mais cuidada nesse âmbito, quer a nível nacional quer a nível regional. Desta forma, em Portugal, cada *Centro Regional* baseava a sua linha de actuação num método único de *Tratamento*, facto que levou à tendência de uma clientela específica. Cada Centro, pela sua autonomia, assumiu modelos institucionais diferentes, linguagens e realidades diferentes.

O aparecimento na *Consulta Externa* de casos exigindo um *Tratamento* intensivo e em regime fechado impulsionou a abertura do *Sector de Internamento*, destinado a acolher os *dependentes* graves que frequentando a *Consulta Externa*, careciam de *Tratamento* intensivo em regime fechado.

Em 21 de Junho de 1978 é anunciada a criação da primeira *Comunidade Terapêutica para toxicodependentes* do país, fundada pela *Direcção Regional de Coimbra*, do *Centro de Estudos da Profilaxia da Droga* que, posteriormente virá a designar-se de *Comunidade Terapêutica Arco-Íris*. Funcionou como valência do *Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT)*. Em Janeiro de 1997 foi-lhe conferida autonomia administrativa. A *Comunidade Terapêutica para toxicómanos do Centro de Estudos da Profilaxia da Droga* destinava-se a *dependentes* previamente atendidos e seguidos a nível de consulta externa, que pressupõem internamento. Dias ([s/d], p. 28) baseava a sua teorização etiológica de *toxicomania* num internamento de longa duração desmedicalizado nos seus fundamentos e vocacionado para a interpelação constante dos seus membros, capitalizando assim os recursos de toda a instituição para a melhoria das relações inter e intra subjectivas. Nesta *Comunidade*, permanecia a valorização do

trabalho e das actividades grupais bem como das decisões a tomar, quer no que respeita a questões organizacionais, quer se trate da avaliação de ocorrências que pudessem colidir com as normas institucionais e que poderiam resultar na aplicação de punições, que poderiam ir até à expulsão da comunidade. Esta valorização está, também ela, associada ao processo de ressocialização do jovem *toxicodependente*. Cria-se, assim, um microssistema social baseado na interacção grupal, no qual se pretende a transformação do estilo de vida dependente e a reabilitação bio-psicossocial do sujeito. Legalmente as *Comunidades Terapêuticas ou Comunidades Residenciais* são definidas como *unidades de internamento* para estadas prolongadas, habitualmente sem recurso regular a terapêuticas medicamentosas. Com apoio psicoterapêutico ou sócio-terapêutico e a poio médico de clínica geral e consultadoria em psiquiatria (artigo 3.º, Decerto Regulamentar n.º 42/93, de 27 de Novembro).

Em finais dos anos 70, o Estado abriu 27 camas em *Comunidades Terapêuticas*: 15 em Coimbra e 12 em Lisboa que funcionaram, intermitentemente em Lisboa e em Coimbra, como modelo que incluía medicação e psicoterapia individual. No seguimento da abertura da *Comunidade Terapêutica Arco-Íris* é criada, em 1979, a *Unidade de Crianças em Risco (URC)* que veio a funcionar até 1988, iniciativa esta pioneira em Portugal.

Face às exigências desta realidade e ensaiados os mais diversos procedimentos para o *Tratamento* da dependência das *drogas*, chegou-se à conclusão assertiva que estas atingem as áreas consideradas nobres e diferenciadas do ser humano como o pensamento, a vontade, as emoções, etc. Esta situação é complexa para quem a carrega, para quem a sofre, bem como para quem se candidata a tratá-la.

Neste contexto, estabeleceram-se novas directrizes a considerar nos objectivos terapêuticos: a diminuição de consumos, a alteração da via de administração das substâncias, a redução de comportamentos de risco, a melhoria da saúde física e psicológica e do funcionamento sócio-profissional e familiar, a redução da onda de crimes e a passagem da dependência a consumos ocasionais. Nesta linha de intervenção, o *Projecto Vida* teve como finalidade mobilizar a sociedade civil para a constituição de

I.P.S.S. 's e O.N.G. 's que pudessem colmatar as lacunas existentes ao nível dos *serviços de recuperação e Tratamento de toxicodependentes*. O *Gabinete do Alto Comissário* promoveu cursos de formação especializada, no domínio das *toxicodependências*, a técnicos intervenientes ou interessados. Para além destes, o Gabinete teve ainda por objectivo apoiar casos individuais de *toxicodependentes* com carências económicas e sociais através de um *Fundo de Emergência* criado para esse fim.

Poder-se-á falar em três fases que resumem as várias vertentes do *Tratamento das toxicodependências*, corporizadas em vários tipos de instituições e unidades de *Tratamento (CEPD Norte, Centro e Sul e Centro das Taipas)*. Uma vertente psiquiátrica, com insistência no *Tratamento biológico*, uma vertente psicoterapêutica e uma vertente institucional específica que consiste em *Casas de Introdução, Unidades Terapêuticas e Casas de Saída*. Na opinião de Neto (1987), embora estas valências possam ser algo conflituosas também elas se complementaram. Assim, os *Centros de Desintoxicação Física* podem ser também *Casas de Entrada* e funcionar como *Comunidades Terapêuticas* de curta duração.

Em Portugal, as *Comunidades Terapêuticas* começaram a entrar por via perversa. Onde os serviços oficiais não conseguiram suprir o deficit existente começaram a aparecer organizações privadas, algumas geridas basicamente por ex-*toxicodependentes* e outras confessionais, isto é, dando uma forma confessional ao programa terapêutico.

A evolução na área do *Tratamento* deveu-se, nos anos 1990, ao *Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT)*, sob tutela do Ministério da Saúde, instituição responsável pela *Prevenção Secundária da toxicodependência* em Portugal. O *SPTT*, organismo dotado de autonomia técnica e administrativa, com personalidade jurídica e património próprio, com sede em Lisboa, dispunha para a prossecução das suas atribuições (artigo 3.º do Decreto Lei n.º 83/90, de 14 de Março) de cinco *Direcções Regionais – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve* – que coordenavam as seguintes unidades operacionais: *Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT's)* e *eventuais Extensões, Unidades de Desabilitação, Centros de Dia, Comunidades Terapêuticas e Centros de Informação e Aconselhamento (CIAC's)*.

Em bom rigor e no que concerne ao *Tratamento*, a grande preocupação política recaiu sobre a cobertura efectiva do país, até 1996, com *Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT's)* e *Comunidades Residenciais* com estada prolongada para *toxicodependentes*. O investimento efectuado com as entidades privadas decresceu em 1996 para 61,2% aumentando, neste ano, o investimento em equipamento da rede pública em 77,7%.

De referir também o alargamento considerável dos *Programas de Substituição com Metadona ou LAAM*, principalmente a partir de 1997. Neste ano, a *Metadona* encontrava-se disponível em 25 *CAT's* e o *LAAM* em 12 *CAT's*. No entanto, a administração destes programas encontrava-se disponível em vários Centros de Saúde, Hospitais e 3 estabelecimentos prisionais. Mais tarde, em 1998, foi homologado o protocolo de colaboração entre o *Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência*, a *Ordem dos Farmacêuticos* e a *Associação Nacional das Farmácias*, no âmbito do *Programa de Substituição Narcótica com Cloridato de Metadona*, através do Aviso n.º 10 514/98 (2.ª série). Este documento, tendo presente o entendimento que o *toxicodependente* deve ser encarado como alguém que carece de apoio e assistência médica, impondo-se portanto que todos os esforços caminhem no sentido da sua recuperação, enquanto indivíduo e enquanto membro de uma sociedade que também é preciso proteger, veio permitir o alargamento das estruturas de saúde vocacionadas para a administração de *Metadona*.

Em Portugal, por recomendação do Infarmed em comunicação de 21/12/2000, o *LAAM* deixou de ser prescrito a novos doentes. Esta medida deve-se ao facto do *Comité de Especialistas Farmacêuticos da Agência Europeia de Avaliação do Medicamento* ter tido conhecimento da ocorrência de 10 casos de perturbações cardíacas, com risco de vida, em doentes tratados com esse medicamento (Relatório de Actividades do SPTT, 2000).

De acordo com a resolução da Presidência do Conselho de Ministros (1999), a consciência nacional de que a *toxicodependência* é uma doença e sua necessária respeitabilidade como um direito constitucional, conduziu o Estado Português a assumir

um papel prioritário nesta área, garantindo o acesso ao *Tratamento* a todos os *toxicodependentes* que desejassem tratar-se. O *Tratamento* afigura-se, assim, como uma forma de *Prevenção Secundária*, que contribui para a redução dos consumos, para a protecção da saúde pública e, em casos mais particulares, para a segurança de pessoas e bens.

Face aos diversos modelos de *Tratamento* é necessário garantir as condições de qualidade dos serviços prestados e investir num sistema de avaliação que traduza a eficácia, ou não, e os resultados da aplicação dos vários modelos de *Tratamento* e que, por outro lado, facilite uma redefinição de projectos ou criação de novos métodos de *Tratamento*. Contudo, a avaliação, sendo uma etapa basilar e indissociável de qualquer intervenção, colide com o construto vivencial do *toxicodependente* que passa, muitas vezes, e de uma maneira extraordinariamente sensibilizadora para quem trata, por diversas tentativas fracassadas de *Tratamento*, intercalando com recaídas, por vezes consecutivas. A avaliação dos resultados finais de um *Tratamento* passa, certamente, como contributo da experimentação de vários modelos terapêuticos, o que se reflecte numa dificuldade individual de cada momento.

Esta forma de olhar o *Tratamento* concorre com a estratégia de redução de danos pelo que, a partir dos *CAT's*, se pretende conseguir a paragem ou a redução dos consumos, superando o síndrome de privação ou a prescrição da terapêutica de *Substituição*. Desta forma, garante-se o acompanhamento psicoterapêutico e o apoio social, com vista à *Reinserção Social* do *toxicodependente* (com a criação do *Programa Vida-Emprego*).

Importa, ainda, destacar a articulação entre o *SPTT* e outras entidades públicas e privadas que, a partir de acordos de cooperação, assumiu extrema importância para o bom funcionamento de todo o sistema de *Tratamento* de *toxicómanos*. Foi decisiva e particularmente necessária a colaboração de todos os serviços públicos, unidades privadas que prestavam serviço nesta área.

No decurso do ano 2000, verificaram-se vários desenvolvimentos na política nacional relativamente às *drogas* e *toxicodependências*, no seguimento da aprovação da

Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, definindo-se como prioridade a garantia de acesso a *Tratamento* de todos os *toxicodependentes* que desejam tratar-se.

Coube ao *SPTT* a prossecução deste objectivo. Neste sentido, durante o ano 2000, este organismo continuou as actividades referentes à criação e instalação de novas unidades e ao redimensionamento de outras já existentes, de modo a optimizar as condições de acesso às diferentes modalidades de *Tratamento*. Desta forma, prezou o princípio de funcionamento em rede, dando continuidade à abertura de consultas descentralizadas, em organismos externos do *SPTT*.

O *SPTT*, numa lógica de reforço da intervenção na área das *drogas*, imprimiu a partir do ano 2000, uma dinâmica determinada pela constituição de diferentes parcerias, designadamente com outros *Serviços de Saúde*, *Autarquias Locais*, *Direcção Geral dos Serviços Prisionais*, *Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA*. Para além destas foram estabelecidas convenções com organizações não governamentais.

Actualmente, a área de intervenção central, tem como horizonte, não um modelo que se disponha exclusivamente à abstinência, mas sim um modelo compreensivo do *toxicodependente*, numa trajectória que vai do primeiro pedido de ajuda ao momento em que o consumo de substâncias deixa de ser o objectivo central da sua vida e que passa por um conjunto de etapas importantes que são já por si terapêuticas.

O *Tratamento* é, assim, compreendido como um processo dinâmico e complexo, que não aponta apenas para a paragem do consumo. Avalia-se a partir do conjunto de mudanças que vão ocorrendo na vida do indivíduo: mudanças psicossociais (melhoria das suas relações com os envolventes, re-investimento nos estudos ou trabalho, ruptura com padrões de comportamento anti-social); transformações psicológicas (capacidade de se envolver com mais estabilidade e continuidade em relações afectivas sentidas como gratificantes, maior autonomia e capacidade de conhecimento de si próprio); modificações na saúde física (capacidade de identificar precocemente os sintomas ou a manifestação de uma determinada patologia e, conseqüentemente, procurar a ajuda de técnicos de saúde, prevenindo-se assim a degradação do indivíduo e o risco de

propagação das doenças infecto-contagiosas, em especial a *SIDA*, *hepatites* e *tuberculose*).

Só uma intervenção que considere as diferentes áreas de vida do indivíduo, os aspectos psicológicos, de história de vida, familiares, sociais e laborais, poderá levar ao sucesso terapêutico.

O *Tratamento* do *toxicodependente* reflecte a complexidade biológica, psicológica, histórica e social do problema e, neste enquadramento, evoluiu-se de uma perspectiva em que ao *toxicodependente* se propunha como objectivo a cura através da paragem dos consumos para uma concepção mais próxima do cuidar, que implica uma intervenção contínua que se adegue às necessidades de cada fase: *desabilitação*, *terapêutica de Substituição e reinserção*, e apelando as áreas da saúde quando nos confrontamos com as situações de co-morbilidade psiquiátrica ou de *Tratamento* de doenças infecciosas.

Quando um profissional se envolve no projecto de *Tratamento* de uma pessoa *toxicodependente*, procura compreender essa pessoa nas suas formas de estar, de sentir, de gerir ou sobreviver, para a ajudar a promover mudanças que ambos entendam necessárias. Não trata apenas sintomas provocados pelo uso ou pela falta/privação aguda de *droga*, mas intervém em diferentes áreas, desde a patologia física à patologia mental. Desta forma, a sua actuação vai desde a *psicofarmacologia*, *socioterapia/reinserção*, *apoio à família*, *Prevenção da recaída e redução de riscos*.

4.3 – A POLÍTICA DA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

O princípio do pragmatismo, que complementa, na *Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga*, aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99, de 22 de Abril, o princípio do humanismo, leva ao reconhecimento da importância de se desenvolverem programas e medidas que contribuam para a *Redução de Riscos e a Minimização de Danos* do consumo de *drogas*. Nessa mesma *Estratégia Nacional* assume-se, desde logo, que não se trata de desistir do *Tratamento* dos *toxicodependentes*, mas sim de

estruturar um novo tipo de intervenção, que seja complementar das estratégias de *Prevenção Primária*, de *Tratamento* e de *Reinserção*.

É também objectivo inalienável a procura de preservação das condições de saúde da sociedade, para o que se devem desenvolver todas as medidas tendentes à *redução* da procura de *drogas*.

Estes princípios basilares têm vindo a ser prosseguidos, tanto ao nível da sua concretização prática, como ao nível de enquadramento jurídico e de compromissos, nomeadamente pela aprovação dos 30 Objectivos na Luta contra a *Droga* e a *Toxicodependência* e posterior aprovação do *Plano de Acção Nacional de Luta contra a Droga e a Toxicodependência* — *Horizonte 2004*.

A comunidade internacional tem também reconhecido a necessidade de se adoptarem novas abordagens, nomeadamente quanto à melhoria da assistência a quem abusa de *drogas*, tal como se refere na Resolução n.º 43/3, aprovada pela Comissão de Estupefacientes da ONU na sua 45.^a sessão, em Março de 2000, onde se assume que os Estados membros devem definir estratégias de multiplicar e de tornar acessíveis os serviços que possam ajudar quem abusa da *droga*, de modo a promover a *redução de riscos* para a sua saúde e para a saúde pública. Não é de estranhar, por isso, que os programas e estruturas sócio-sanitárias tenham por base o desejo último de potenciar o *Tratamento*, mediante a procura de uma maior aproximação entre os potenciais utentes dessas estruturas e os vários serviços de *Tratamento*.

Se um consumidor de *drogas* (homem ou mulher) não consegue ou não quer renunciar ao consumo de *drogas*, deve-se ajudá-lo a *Reduzir os Danos* que causa a si mesmo e aos outros (Burning e Van Brussel, 1995). As abordagens em matéria de *Redução dos Riscos e Minimização de Danos* consistem em procurar modificar o comportamento dos consumidores de *drogas* a fim de diminuir os riscos, nos casos em que não é possível impedir o consumo ou conseguir a abstinência.

A adopção de modos de consumo sem perigo ou de menor risco faz parte dessas abordagens, assim como iniciativas destinadas a prestar ajuda e assistência aos *toxicodependentes* doentes ou socialmente excluídos, captando a sua confiança motivando-os para *Tratamento*.

Se todas as pessoas em geral correm riscos no decurso da sua vida, os *toxicodependentes* estão sujeitos a riscos acrescidos, que resultam da relação que eles estabelecem com as *drogas*, que reflecte para além das consequências a curto, médio e longo prazo da doença de adição *per si*, também determinados estilos de vida que habitualmente estão associados às *Toxicodependências*.

Para Patrício (1997) estes riscos habitualmente são de tipo físico, psíquico, de âmbito familiar, associados à parentalidade, escolares, financeiros e económicos, criminais e jurídico-penais, sociais, associados ao próprio *Tratamento*, e ainda associados a pseudotratamentos praticados por pessoas sem a necessária competência. Os danos, são os que ocorrem sobre a Saúde da pessoa *toxicodependente* e os que, eventualmente, envolvem outras pessoas com quem interage (e.g. transmissão de doenças infecto-contagiosas).

Assim, as políticas de *Redução de Riscos e de Danos em Toxicodependência*, são as políticas que visam *reduzir* estes mesmos *riscos* e *minimizar os danos* resultantes da doença, do consumo de *drogas*, e de estilos de vida pouco saudáveis.

Em relação aos *toxicodependentes* e seus familiares/pessoas significativas, este autor ainda advoga que: “(...) *há que informar como diminuir ou anular os sofrimentos (...) uma adequada informação pode ajudar a não agravar as situações, até porque a ignorância é uma má companhia*” (Patrício, 2002, p. 213-214).

Assim, concordamos com este autor quando nos diz que: “*A intervenção precoce na Redução de Riscos, é uma forma eficaz de diminuir os danos, (...) de diminuir os sofrimentos, sequelas das atitudes de risco*” (Patrício, 2002, p. 214).

Desta forma, existem estruturas que suportam este tipo de intervenção como: *Gabinetes de Apoio a toxicodependentes* sem enquadramento sócio-familiar; *Centros de Acolhimento*; *Centros de Abrigo*; *Pontos de Contacto e de Informação*; *Espaços Móveis de Prevenção de doenças infecciosas*; *Programas de Substituição* em baixo limiar de exigência; *Programas de Troca de Seringas*; *Equipas de Rua* e *Programas para consumo vigiado*. Compete ao *Instituto da Droga e da Toxicodependência*, garantir a unidade intrínseca da concepção, do planeamento, da gestão, da fiscalização e da

avaliação das estruturas sócio-sanitárias e programas de *Redução de Riscos e Minimização de Danos*, no domínio da droga e da toxicodependência.

4.4 – A POLÍTICA DA REINserÇÃO SOCIAL DOS TOXICODEPENDENTES

O conceito de *Reinserção* carece de uma definição concreta, de um quadro teórico claro. De acordo com Cabrero (1988), a *Reinserção* visa dotar o indivíduo das ferramentas necessárias para ultrapassar a sua *dependência* e poder reintegrar-se no seu próprio contexto. Neste sentido, segundo o autor, trata-se de um processo que começa quando o *consumidor de drogas* decide iniciar um *Tratamento*, aprofunda-se a partir do momento que começa a construir a sua autonomia, a sua capacidade de comunicação e de identificação a valores sociais mínimos e é operativa quando o indivíduo é capaz de desenvolver a sua vida em sociedade, sem conflitos abertos com esta, garantindo capacidades de relação, exercendo uma actividade ocupacional ou laboral e integrando o seu meio social ou outro adequado às suas características pessoais.

Segundo uma outra perspectiva, Ramos (1987) in Nieva, a *Reinserção* é o processo de vinculação efectivo e activo à realidade cultural, económica e social, que o indivíduo realiza após um período de crise com a mesma. Neste sentido, o que importa é que o indivíduo se vincule a um meio social determinado, onde possa desenvolver-se como pessoa e cidadão, com direitos e deveres. A *Reinserção* não é mais do que estabelecer comunicações entre os *consumidores de drogas* e o resto da sociedade, com o objectivo de lhes proporcionar acesso aos factores de identidade social.

De acordo com Capucha (1998, p.61), “*não se trata apenas de aceder a um determinado rendimento, (...) trata-se também de possuir condições para estabelecer um projecto de vida, construir um estatuto e uma identidade social, alimentar uma imagem positiva de si próprio, alargar as redes de sociabilidade, manter uma relação com instituições e serviços colectivos, adquirir direitos à saúde e à protecção social e sentir-se dono do seu próprio destino e do da sua família*”.

As várias definições de *Reinserção* anunciam pontos comuns, apesar de que temos certeza que não há um modelo ou conceito único. No entanto, importa realçar alguns elementos centrais quando se fala de *Reinserção*:

- ✓ É um processo de socialização ou ressocialização do indivíduo;
- ✓ É um processo de reestruturação pessoal e recuperação da auto-imagem;
- ✓ É um processo de construção de um projecto de vida satisfatório e sustentável;
- ✓ Implica a família e a própria comunidade onde o consumidor se insere;
- ✓ A comunidade terá que ser um aliado activo em todo este processo.

A *Reinserção Social* afigura-se fundamental no processo de *Tratamento*. Enquanto forma de *Prevenção* da recaída, permite ao indivíduo perspectivar-se no futuro e é uma etapa basilar na aquisição e reaquisição de aptidões sociais, pessoais e profissionais.

É difícil afirmar quando é que o indivíduo que teve um percurso de *toxicodependência* está curado. Efectivamente até existem modelos de *Tratamento* que consideram que não existe cura em *toxicodependência*. Um indivíduo *toxicodependente* está sempre em *Tratamento*, nunca deixa de ser *toxicodependente*.

“Os Programas de *Reinserção* devem iniciar-se no momento de iniciar o *Tratamento* e continuar na fase pós *Tratamento*”, (UNESCO, 1980). A *Reinserção Social* contribui para a eficácia do *Tratamento*, conduzindo à realização pessoal e ao restabelecimento das redes sociais de suporte, no sentido da estabilidade clínica, emocional e social do indivíduo. É o processo através do qual o indivíduo reestrutura a sua personalidade e a sua vida, desenvolvendo competências de autonomia e responsabilidade, capazes de o valorizar enquanto membro útil à sociedade. “O *Tratamento dos toxicodependentes só termina com a sua Reinserção na sociedade*”, (ONU, 1987).

As dimensões da *Reinserção Social dos toxicodependentes* englobam diferentes áreas, como: habitação - incentivar e apoiar o consumidor na procura de uma habitação, através da mobilização de respostas adequadas; educação - proporcionar à pessoa o acesso ao nível académico adequado para o seu processo de integração social; formação - potenciar a capacidade de trabalho, preparando para a integração laboral; emprego - desenvolver a capacidade de desempenhar um trabalho remunerado, mantê-lo e crescer profissionalmente; saúde - aprender a valorizar e cuidar da saúde como fonte de prazer e

bem estar; participação e cidadania - participar enquanto cidadão de plenos direitos e deveres; capacitar para a gestão de tempo livre de forma planificada, satisfatória e saudável; família e relações - consolidar a rede de relações familiares e sociais; justiça - apoiar na resolução de situações legais, que dificultem o processo de reinserção.

A este propósito Ramos (2003), refere que as políticas sociais devem ter como objectivo responder às situações de desigualdade social, na sua maioria relacionadas com situações de pobreza e de exclusão social (como é a maior parte dos casos de *toxicodependentes*), estes indivíduos carecem de protecção social. De acordo com a autora, a protecção social deverá facilitar, por um lado, mecanismos que visem particularmente a previdência e, por outro, um conjunto de acções de carácter mais social ou mais assistencial, que respondam a situações de carência e necessidade.

Tendo subjacente o conceito de *Reinserção Social* passamos a destacar os principais *programas* que deram resposta a este eixo do fenómeno da *toxicodependência* e do indivíduo *toxicodependente*.

4.4.1 - PROGRAMA *QUADRO PREVENIR*

Nos anos 90, o *Projecto Vida* utilizou uma estratégia de intervenção que se adequou ao processo de *Reinserção Social* do *toxicodependente*, propondo-se ajustá-lo aos dispositivos legais, a novas estratégias e à dinâmica subjacente às diferentes instituições que se imiscuíam neste domínio. Desta forma, de acordo com a Resolução do Conselho de Ministros (2000), o *Projecto Vida* tentou desenvolver a execução de projectos que desenvolvessem acções de *Reinserção* sócio-profissional, com o objectivo de integrar o indivíduo com problemas de *toxicodependência*, que se encontrasse em fase de *Tratamento* ou já o tivesse concluído. Neste contexto, em 1997, surge o *Programa Quadro Prevenir* que tinha como pressupostos o desenvolvimento de projectos na área da *Reinserção Social* de *toxicodependentes*, quer por entidades públicas quer por entidades particulares sem fins lucrativos.

A *Prevenção* das drogas e das *toxicodependências* baseia-se numa estratégia global de actuação, tendo em conta a especificidade dos grupos alvo a abranger. Desta forma, visa

a modificação de factores que facilitam o consumo de *drogas*, potenciando factores protectores e inibindo factores de risco, através da promoção de estilos de vida saudáveis em diferentes contextos sociais. Com base nestes pressupostos e do saber adquirido a partir do *Programa Quadro Prevenir I*, foi possível aprofundar e melhorar o *Programa Quadro Prevenir II*. Esta medida insere uma nova abordagem na área da *Prevenção das drogas e das toxicodependências*, impulsionando intervenções direccionadas para áreas ou grupos específicos (família, jovens em situação de abandono escolar, meio escolar, grupos específicos, espaços de lazer, meio prisional e Programa Escolhas), apoiadas técnica e financeiramente durante dois anos.

4.4.2 - PROGRAMA VIDA EMPREGO

O *Programa Vida-Emprego* foi criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 136/98, de 4 de Dezembro, e faz parte do quadro das medidas activas de emprego e formação.

O seu objectivo é potenciar a *Reinserção Social e profissional de toxicodependentes* em fase final de *Tratamento*, como parte integrante e fundamental do processo de reabilitação. A concretização do Programa passa pelo desenvolvimento de acções que incidem nas vertentes da informação, orientação e formação profissional, bem como da integração sócio-profissional, designadamente através da criação de medidas específicas de apoio à sua integração sócio-profissional.

O *Programa* dirige-se a *toxicodependentes* em idade activa, que se encontrem ou tenham terminado processos de *Tratamento*, quer em *Comunidade Terapêutica*, quer em *Regime Ambulatório*, incluindo os *toxicodependentes* em processo de *Tratamento* no quadro do *sistema prisional*, devidamente enquadrados pela entidade de *Tratamento* ou estabelecimento prisional, e desenvolve-se com recurso a 5 medidas específicas: *Mediação para a Formação e o Emprego*; *Estágio de Integração Sócio-profissional*; *Apoio ao Emprego*; *Prémio de Integração Sócio-profissional*; *Apoios ao Auto-emprego*. Neste sentido, Ramos (2003, p. 296) refere que, “*O plano Nacional de Emprego (PNE) tem como prioridade melhorar a empregabilidade e a integração sócio-profissional de pessoas em situação de desvantagem, face ao mercado de trabalho, nomeadamente os ex-toxicodependentes, combatendo a discriminação de que são alvo.*”

O *Programa Vida Emprego* incorpora o conceito de mediação enquanto estratégia de acção no acompanhamento de percursos de *Reinserção sócio-profissional*. A articulação de base comunitária que se estabelece entre os indivíduos tratados e o mercado de trabalho, a montante e a jusante dos percursos de inserção, prepara os *toxicodependentes* em *Tratamento* para assumirem a responsabilidade de um emprego e as instituições empregadoras para os acolher, acompanhar e responsabilizar. A preparação dos empregadores é tão importante como atestar que os *toxicodependentes* estão em condições de assumir a responsabilidade de um emprego. É nesta dinâmica, que passa pela negociação, acompanhamento e supervisão dos casos, que se confere credibilidade ao *Programa*.

As organizações e as empresas surgem como um parceiro indispensável nestes processos. Sem o seu envolvimento e participação, todos os investimentos realizados nas fases anteriores do *Tratamento*, são infrutuosos.

As empresas com práticas de responsabilidade social podem estar mais receptivas ao envolvimento em iniciativas deste tipo e a integrarem nos quadros de pessoal indivíduos com trajectórias de vida de desfavorecimento, proporcionando-lhes oportunidades de emprego gratificantes em contextos e situações de trabalho que promovam o seu desenvolvimento pessoal e social. Por outro lado, com facilidade estas empresas implementam actividades de apoio e acompanhamento daqueles que são trabalhadores da empresa e têm problemas, prevenindo a exclusão social.

O *Programa Vida Emprego* tem-se revelado fundamental ao processo de inserção dos *toxicodependentes*, traduzindo-se numa resposta que pode garantir o sucesso do investimento feito nas fases anteriores de *Tratamento*.

Na integração de *toxicodependentes* mereceram particular destaque os programas gerais de emprego e formação, nomeadamente a medida “*Empresas de Reinserção*”, criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 104/96, de 09 de Julho e definida pela portaria 348/A/98, de 18 de Junho, dispondo-se a um conjunto diversificado de soluções para a integração ou reintegração sócio-profissional de pessoas desempregadas, com base em actividades dirigidas a necessidades sociais não satisfeitas pelo normal funcionamento do mercado. Fazendo parte das políticas activas de emprego e de

reversão dos recursos utilizados em medidas passivas, aquelas soluções tendem à inserção de pessoas desempregadas e conjuntamente à satisfação de necessidades sociais, entre outras, de apoio às famílias, às escolas, de valorização do património natural, urbanístico e cultural.

Não dispensando a articulação com outras medidas da nova geração de políticas sociais e de desenvolvimento do mercado social de emprego, “*as Empresas de Inserção*” foram, um instrumento importante de combate à pobreza e à exclusão social. Das *Empresas de Inserção* pretendia-se a melhoria das condições de empregabilidade de pessoas relativas aos grupos mais desfavorecidos face ao mercado de trabalho, através da profissionalização, da aquisição de um currículo profissional, de hábitos de trabalho em organização, de elevação de autoconfiança e melhoria da imagem dessas pessoas. Estas *Empresas* permitiram ainda a criação de emprego, na satisfação de necessidades sociais e no desenvolvimento económico e social das comunidades locais onde se inserem.

A institucionalização das *Empresas de Inserção* seguiu as directrizes do Conselho Europeu do Luxemburgo, respeitantes à criação de emprego à escala local, na economia social e nas novas actividades ligadas às necessidades ainda não satisfeitas pelo mercado, contribuindo, assim, através do estímulo ao mercado social de emprego, para a criação de novas oportunidades para desempregados.

4.4.3. – O RENDIMENTO SOCIAL DE INSERÇÃO

As disparidades de rendimento são um problema que afecta uma parte significativa da população mundial, não só nos países denominados “*pouco desenvolvidos*” como também naqueles cujas economias exibem, há longos períodos de tempo, padrões de crescimento sustentado. O problema das disparidades de rendimento surge como um alvo de políticas sociais. Como tal, focando o caso português, o *Rendimento Social de Inserção* nasce como uma tentativa de inverter o problema. Tentando conciliar objectivos de equidade e de eficiência, o *RSI* tenta garantir padrões mínimos de qualidade de vida a pessoas carenciadas, ao mesmo tempo que procura que isso não as

estímulo à inactividade, mas sim à sua inserção na sociedade e na vida activa, caso tenham capacidades a desenvolver nesse sentido.

Ao longo dos tempos, sobretudo no século XX, as sociedades aprenderam que era necessário institucionalizar a solidariedade, a partir de mecanismos de redistribuição do rendimento que permitissem, pelo menos, atenuar as desigualdades, com o objectivo de preservar a dignidade humana, manter a coesão social e de garantir que as pessoas mais pobres tenham acesso a um limiar mínimo de recursos que lhes permita satisfazer as necessidades mais básicas ao nível da educação, saúde, habitação e outras.

Neste sentido, em 1997 foi introduzido em Portugal, um programa de combate à pobreza denominado de *Rendimento Mínimo Garantido (RMG)*. Cumpru-se, embora tardiamente, a recomendação de 1992 do Conselho de Ministros da União Europeia para que todos os Estados-Membros reconhecessem “*o direito fundamental dos indivíduos a recursos e prestações suficientes para viver em conformidade com a dignidade humana*”. Portugal foi o penúltimo país da União Europeia a adoptá-lo.

Segundo Ramos (2005) o *Rendimento Mínimo Garantido*, criado em Portugal, em 1996, e aplicado a partir de 01/07/1997, que visa a promoção da coesão social, estabelece uma prestação do regime não contributivo da segurança social e um programa de inserção, com o objectivo de garantir aos indivíduos e seus agregados familiares, “*quer recursos para a satisfação das suas necessidades fundamentais, quer uma progressiva inserção social e profissional*”.

O *RMG* baseava a sua intervenção num princípio de solidariedade nacional, apresentando-se como um direito de cidadania. A implementação deste tipo de medidas apresentava algumas características inovadoras. Em primeiro lugar, o *RMG* garantia o direito à subsistência de todos os que não têm recursos, independentemente do motivo ou de terem alguma vez contribuído para o sistema de segurança social. Esta componente vem reafirmar o papel protector do Estado no domínio da subsistência. Em segundo lugar, pelo facto deste direito ser acompanhado de uma contrapartida de esforço de inserção, o Estado está-se a comprometer a apoiar as situações de ruptura de rendimentos perante um esforço pessoal e familiar de *Reinserção Social* e/ou

profissional. Em terceiro lugar, era uma medida territorializada, isto é, as decisões eram tomadas a nível local. Segundo António Bagão Félix (2002), quando Ministro da Segurança Social e do Trabalho, na sua apresentação da proposta da Lei sobre o *Rendimento Social de Inserção* “*O Estado apela a uma estrutura de parceria alargada para que se encontrem os recursos de inserção, garantindo o “rendimento mínimo”, assistindo-se simultaneamente, a uma territorialização das políticas de protecção social e a um alargamento da base de responsabilidade colectiva no encontrar e accionar recursos face à exclusão social*”.

Desde 1996, a experiência demonstrou que o *RMG* foi aplicado com muitas deficiências. Passados cinco anos de vigência do *RMG*, tornou-se necessário repensar alguns pontos desta medida, não pondo em causa a sua bondade social e muito menos os objectivos que visou atingir, mas tornou-se necessário modificar o que estava mal ou o que funcionava deficientemente. É desta forma que se propõe o *Rendimento Social de Inserção*, de modo a aprofundar o carácter social da prestação e, ao mesmo tempo, conferindo-lhe maior eficácia, maior transparência e uma maior exigência e rigor na atribuição e fiscalização. “*Alteram-se a filosofia e as regras para se gastar melhor com quem efectivamente mais carece de apoio. E procura-se melhorar a fiscalização para distribuir com mais qualidade social.*” António Bagão Félix - proposta da Lei sobre o *Rendimento Social de Inserção* (14-06-2002).

Assim sendo, o *RSI* vem reforçar a natureza social do *Rendimento Mínimo Garantido*, pois, vai no sentido de promover a inclusão dos mais carenciados, os mais vulneráveis, os mais fragilizados e aqueles em relação aos quais a pobreza afecta de forma mais severa. “*A justiça social reforça-se apoiando diferentemente aquilo que é desigual e não em igualizar o que carece de Tratamento diferenciado*” (*idem*). Por outro lado, vem realçar o carácter transitório da prestação, penalizando de forma mais severa o incumprimento dos compromissos assumidos pelos titulares e beneficiários, bem como qualquer comportamento considerado abusivo ou fraudulento e introduzindo condições mais restritas ao acesso e manutenção do direito à prestação; por isso, termina com a renovação automática do direito, instituindo a necessidade de apresentação de meios de prova legalmente exigidos para renovar o direito ao *RSI* e ao nível da fiscalização,

estabeleceu-se com o *RSI* um sistema complementar de fiscalização por sorteio, de incidência aleatória e periodicidade regular. Outra inovação prende-se com o facto de ter sido criado um novo sistema de responsabilização que possibilitam as *Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)* de participarem no processo de desenvolvimento de acções de inserção inerentes ao *RSI*, celebrando protocolos com as entidades distritais da Segurança Social, tendo como objectivo o envolvimento da própria sociedade no processo de inclusão dos beneficiários.

Instituído pelo Decreto Lei n.º 13/2003, de 21 de Maio o *Rendimento Social de Inserção* vem substituir a *Rendimento Mínimo Garantido*, define-se como uma medida de política visando garantir às famílias mais pobres um rendimento que lhes permita aceder, por um lado, a um nível mínimo de subsistência e de dignidade e, por outro, a condições e oportunidades básicas para o início de um percurso de inserção social.

O *RSI* é composto por duas vertentes: uma, consiste numa prestação pecuniária; a outra, está relacionada com um programa de inserção sócio-profissional que os beneficiários são obrigados a subscrever (excepto em geral por motivos de idade ou saúde). Por outras palavras, pode-se descrever o *RSI* como “*uma prestação incluída no subsistema de solidariedade e num programa de inserção, de modo a conferir às pessoas e aos seus agregados familiares apoios adaptados à sua situação pessoal, que contribuam para a satisfação das suas necessidades essenciais e que favoreçam a progressiva inserção laboral, social e comunitária*” (Art.1º, Capítulo I, Decreto Lei n.º 13/2003, de 21 de Maio). Os destinatários do *RSI* são todos aqueles indivíduos e famílias que se encontrem numa situação grave de carência económica. Para serem titulares do direito ao rendimento social de inserção, os indivíduos têm que ter idade igual ou superior a 18 anos, ou inferior se tiverem menores na sua dependência ou no caso de mulheres grávidas; não podem auferir rendimentos ou prestações sociais, próprios ou do conjunto dos membros que compõem o agregado familiar, superiores aos definidos na presente lei; devem fornecer os meios de prova necessários à verificação da situação da carência económica; possuir residência legal em Portugal e por último, devem assumir o compromisso de subscrever e prosseguir um programa de inserção social legalmente previsto, através da disponibilidade activa para o trabalho, para a formação ou para outras formas de inserção que se revelem adequadas. O valor da prestação encontra-se

indexado ao valor legalmente fixado para a pensão social. O seu montante é igual à diferença entre o valor do *RSI* correspondente à composição do agregado familiar (por cada pessoa maior até à segunda - 100%, por cada indivíduo maior a partir do terceiro - 70%, por cada indivíduo menor - 50%) e a soma dos rendimentos daquele agregado.

Para efeitos de determinação do montante da prestação do *RSI* considera-se o total dos rendimentos ilíquidos do agregado familiar, independentemente da sua origem ou natureza, nos 12 meses anteriores à data de apresentação do requerimento, e não apenas no último mês como acontecia com o *RMG*. Apenas entram para o cálculo 80% dos rendimentos de trabalho, deduzidos os montantes referentes às contribuições obrigatórias para os regimes de segurança social. Durante o período de concessão do *RSI* apenas são considerados 50% dos rendimentos de trabalho.

De maneira a realçar a componente social introduziram-se apoios especiais. Assim sendo, o montante é acrescido, quando existirem no agregado familiar pessoas portadoras de deficiência física ou mental profunda, pessoas portadoras de doenças crónicas e pessoas idosas em situação de grande dependência. Esta componente também tem como objectivo conceder apoios à maternidade. Nos termos do art. 18º do Decreto Lei n.º 13/2003, de 21 de Maio, o programa de inserção *“tem subjacente o relatório social e dele devem constar os apoios a conceder, assim como as obrigações assumidas pelo titular do direito ao RSI e, se for caso disso, pelos restantes membros do seu agregado familiar”*. Estas acções devem consubstanciar-se em: *“aceitação de trabalho ou de formação profissional; frequência do sistema educativo ou de aprendizagem; participação em programas de ocupação ou outros de carácter temporário que favoreçam a inserção no mercado de trabalho ou satisfaçam necessidades sociais, comunitárias (...)”*. *“Um dos grupos alvo a que se destina esta medida são os chamados “grupos portadores de especiais desvantagens”, tais como os deficientes, os ex-reclusos ou os toxicodependentes. O objectivo, neste caso, é o de criar “factores de integração” que permitam, entre outros fins, o acesso ao emprego a pessoas que são normalmente marginalizadas ou sobre as quais recai um estigma social que não lhes permite ter as mesmas taxas de actividade do resto da população”*.

O *RSI* é conferido pelo período de 12 meses, podendo ser renovado mediante a apresentação dos meios de prova legalmente exigidos para a renovação. Cessa quando não se verificarem os requisitos e condições de atribuição, na falta de celebração do programa de inserção, no caso de entregarem falsas declarações e por morte do titular. A Comissão Nacional de *Rendimento Social de Inserção* é o órgão que trata do acompanhamento da actividade desenvolvida e da avaliação da execução da legislação do *rendimento social de inserção* e da sua eficácia social.

A implementação do programa no terreno cabe às *Comissões Locais de Acompanhamento* que analisam caso a caso. Uma das grandes virtudes desta medida é a sua actuação local e a tentativa de coordenação das políticas disponíveis nos diversos domínios de uma mesma base. Estes domínios são as chamadas *áreas de inserção*, estando previstas acções no âmbito do *emprego, da formação profissional, da educação, da saúde, da acção social e da habitação*. Uma vez que o *RSI* pretende ser um apoio temporário, o acordo de inserção celebrado entre o titular da prestação e os indivíduos que integram o seu agregado familiar e a Comissão Local de Acompanhamento envolvido no processo, deverá procurar soluções de inserção social que privilegiem uma futura autonomia do agregado familiar. O financiamento desta prestação pecuniária e respectivos custos é efectuado por transferência do Orçamento do Estado, nos termos previstos na Lei de Bases da Segurança Social.

Há outras disposições na regulamentação do *RSI* que tentam evitar o tipo de ineficiência atrás referido e promover a inserção social dos beneficiários. Com efeito, o *Rendimento Social de Inserção* associa uma prestação pecuniária de apoio ao rendimento com um programa de inserção negociado entre os beneficiários e as Comissões Locais de Acompanhamento. Esta relação tem em consideração duas dimensões que apesar de satisfazerem duas necessidades diferentes, são complementares no processo de autonomia face à medida. O percurso desta política social tem de ser encarado como um processo, onde se vão atingindo diferentes patamares e onde se vão exigindo recursos sucessivamente mais complexos. Para a maioria dos beneficiários e para a maior parte da população, a primeira imagem do *RSI*, é a prestação pecuniária. A experiência retrata a importância do *RSI*, quer pelo seu montante como também pelo facto de estabilizar e assegurar um rendimento às famílias atingidas pela instabilidade económica.

Desta forma, segundo um estudo para o Ministério da Segurança Social e do Trabalho – “*Avaliação de impactes do rendimento mínimo garantido*” (2001-2002), são propostas algumas recomendações que são essenciais para as populações em situação de fragilidade. Neste sentido, deve-se reforçar o carácter regular da prestação, de maneira a garantir a sobrevivência diária e a satisfação das necessidades básicas, só assim as pessoas mais carenciadas poderão estruturar os seus modos de vida, através de uma organização mais autónoma da vida quotidiana e desenvolver a sua auto-estima. A ideia de que o recebimento da prestação *RSI* é uma via de subsídio-dependência deve ser combatida, pois na maioria das situações estes rendimentos surgem como indispensáveis, sendo o único meio de subsistência para determinados grupos que dificilmente encontram as condições para se tornarem autónomos. Outra recomendação surge do facto dos beneficiários beneficiarem do montante da prestação em detrimento da dimensão de inserção do *RSI*.

Desta forma, deve-se intensificar o papel dos beneficiários nos programas de inserção, concedendo-lhes o estatuto de construir a medida e não como meros receptores da mesma, ou seja, este tipo de medida social deve ir ao encontro das necessidades de cada beneficiário. Deve ser feita uma reflexão sobre a forma como os indivíduos se comportaram e que estratégias mobilizaram para sobreviver até ao momento em que requereram o *RSI*, porque as propostas de solução que o próprio sugere de maneira a resolver os seus problemas serão, certamente, mais adequadas do que outras quaisquer.

Outra proposta que o estudo nos dá é a de que se deve alargar a fase de negociação no tempo, de maneira a tornar compatíveis as necessidades do indivíduo e a medida. Para uma medida ser bem sucedida é necessário fazer um diagnóstico e adequar os recursos aos projectos de vida das populações. Este esforço exige um conhecimento aprofundado dos recursos existentes e uma reflexão sobre as lacunas em termos de respostas adequadas, de forma a permitir alcançar novas respostas e rentabilizar os recursos existentes. É indispensável conhecer o território local, nomeadamente os grupos desfavorecidos, de maneira a ter uma dimensão comunitária dos problemas e das soluções e é preciso entender o beneficiário no seu contexto de acção familiar, comunitário, laboral, sócio-cultural e verificar a adequação das respostas ao conjunto do

sistema de acção em que este se insere. A temporalidade da inserção deve ser repensada como um elemento estruturante dos programas de inserção a desenvolver, tendo em conta os percursos de vida dos indivíduos, os factores de ordem cultural/ética em função das próprias condicionantes ao nível do mercado de trabalho.

4.4.4 – OUTRAS MEDIDAS NA ÁREA DA REINserÇÃO SOCIAL

Ainda no âmbito da *Reinserção Social*, a *Direcção Geral de Acção Social* desenvolveu, em 1996, acordos de cooperação, em particular com *Comunidades Residenciais de Estada Prolongada e Apartamentos de Reinserção*. Em 1997, definiu acordos de cooperação para a criação de *Equipas de Apoio Social Directo; Centro de Acolhimento aos Sem Apoio*, no âmbito da *toxicodependência* e problemas derivados com a seropositividade (*HIV/SIDA*), delinquência e ruptura familiar; *Centro de Convívio Juvenil e Serviço de Atendimento*.

Para além destes apoios, o *Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP)* desenvolveu dois tipos de intervenção no âmbito da *toxicodependência*, designadamente a integração sócio-profissional de ex-*toxicodependentes* e a formação/informação.

Numa preocupação conjunta, o *Ministério do Trabalho e da Solidariedade* apoiou acções propostas por *Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS's)*.

Também o *Instituto de Reinserção Social* apoiou projectos no domínio da *toxicodependência*, essencialmente no que respeita à *Reinserção Social*. Apoiou como Entidade Promotora, no âmbito do *Programa Quadro Reinserir*, o Projecto “*Capacitar para a Integração*”, direccionado para jovens e adultos com problemas de *toxicodependência* e que se encontram em contacto com o aparelho da justiça; o Projecto “*Espaço Vida*”, que tinha por objectivo encaminhar para grupos de auto-ajuda, indivíduos com problemas de *toxicodependência* e suas famílias; foi ainda parceiro no Projecto “*Salvar um Toxicodependente*”, no Projecto “*Afirmar*”, no Projecto “*Casa/Gabinete de Atendimento à Família*” e, por fim, no Projecto “*CORJEC/Comunidade de Jovens em Caminhada*”.

No que se refere às acções concretas desenvolvidas pela *Direcção-Geral da Solidariedade e da Segurança Social*, no âmbito da *Reinserção Social*, durante o ano de 2000, destacaram-se os acordos de cooperação celebrados pelos *Centros Regionais/Serviços Sub-Regionais de Segurança Social com Apartamentos de Reinserção Social*.

Durante o ano 2000, surgiram novos acordos que tinham por objectivo a *Reinserção Social de toxicodependentes*, denominados de “*respostas inovadoras*” dois dos quais para *Comunidades de Inserção* e um para um *Centro de Apoio a Toxicodependentes excluídos e sem abrigo*.

Numa linha conclusiva sobre a questão da *Reinserção Social* em Portugal logo se percebe que, embora já existisse nos períodos de 1970 a 1974 e de 1975 a 1982, intencionalidade política, esta só assumiu real importância estratégica durante o período de 1983 a 1999. A partir deste período a dinâmica política na área da *Reinserção* construiu-se numa linha de continuidade conduzindo à formulação de novas intervenções e relações institucionais.

No período de 2000 a 2004 a *Reinserção* é reequacionada avançando numa linha interventiva assimétrica à política de descriminalização do consumo.

5 – O PAPEL DOS TÉCNICOS NA PROBLEMÁTICA DAS *TOXICODEPENDÊNCIAS*

5.1 – O CONCEITO DE *DOENÇA* E SUAS SIGNIFICAÇÕES

A Legislação diz que o *toxicodependente* é doente, o próprio sistema de intervenção, ou seja, os CAT estão sob a alçada do Ministério da Saúde. Antes de verificarmos o que dizem os especialistas da *toxicodependência*, interessa então reflectir um pouco sobre o conceito de doença ou doente.

Sournia (1992, p. 18), numa análise histórica da medicina, refere que “(...) a noção de doença é diferente de um povo para outro e de geração para geração: aqui normalidade, ali inquietação, dor considerada tolerável por um grupo, necessidade de hospitalização noutro, esterilidade ou enfermidade aceite entre uns e rejeitada por outros”.

Neste sentido, Kleinman (1978, 1980, 1992) e Good (1977, 1988), Zempléni (1985) in Ramos (2004, p. 103) “a doença é culturalmente construída no sentido de que a forma como a percebemos e como lidamos com ela é baseada nas nossas explicações de doença, nos sistemas de valores e nas posições sociais que ocupamos, havendo no mundo e nos diferentes sistemas de valores e nas posições sociais que ocupamos, e nos diferentes sistemas culturais uma grande variedade de representações de saúde e doença, uma pluralidade de recursos aos cuidados e diferentes modelos explicativos de saúde e doença”.

Ser doente implica incorporar essa mesma doença, como se a sua identidade fosse construída nesse pressuposto. É o que se passa com o *toxicodependente*: ser doente implica que todo o seu funcionar, todo o seu ser será em função disso e do que simbolicamente isso acarreta. Ser *toxicodependente*, portanto implica a construção de uma identidade baseada na ideia do que isso representa: criminoso, vítima, mentiroso, inocente, doente, etc. Mesmo que por vezes existam vários papéis que entrem em conflito, ou sejam contraditórios.

Sendo a identidade (co)construída analogicamente, na relação com o outro, ser doente implica também ser co-construído nessa relação. O outro também o vê e o descreve de determinada forma que vai influenciando em como o doente se vê, ou o *toxicodependente* se vê. Será então a construção do significado de ser *toxicodependente*, socialmente construído? E porque será que, com algumas doenças, o diagnóstico se incorpora na própria identidade da pessoa? Nunca se ouviu ninguém dizer: *eu sou cancro no pulmão, ou sou um AVC...* Por outro lado, há outras doenças que definem a própria pessoa: *sou seropositivo, sou alcoólico, sou toxicodependente*. Se reflectirmos um pouco, é como se a pessoa que está por detrás do rótulo, fosse menos relevante do que o próprio diagnóstico que lhe dá o nome, o diagnóstico torna-se a própria pessoa.

Quartilho (2001, p. 79), acerca da definição de “*illness*”, afirma que é algo que a pessoa tem, e não que um órgão da pessoa possa ter, e acrescenta que “(...) *é constituída pela resposta subjectiva do indivíduo, de seus familiares e conhecidos à sua situação de saúde, em particular os modos como estes afectam as relações com as outras pessoas e os vários passos que tem de percorrer para resolver a situação*”. O mesmo autor, inclui ainda todos os significados do sintoma, para além do mau estar, pois afirma que existem significados da ordem da cultura e do contexto social. Há sintomas específicos que adquirem, um carácter de marca ou carimbo, em determinadas épocas histórico-culturais. Como é o caso da *tuberculose*, da lepra, etc. Ainda segundo Quartilho (2001, p. 80), existem doenças “(...) *que implicam associações simbólicas, com consequências no modo como os doentes se vêem a si próprios e também na forma particular como são olhados, discriminados ou rejeitados, pelas outras pessoas e instituições*”.

A própria pessoa internaliza e incorpora as metáforas e o simbolismo que acompanha a doença. Exemplo disso, Quartilho (2001) faz referência a um debate político de campanha eleitoral para as presidenciais americanas, em que um dos candidatos (o mais fraco, em termos de sondagens), afirmava com toda a clareza, que os seropositivos viviam o castigo de Deus, porque ou tinham sido promíscuos sexualmente, ou *drogados*. Mereciam ficar doentes. O *HIV* e a *toxicodependência* são, por norma, as doenças mais conotadas negativamente. Assumem-se como uma espécie de declaração de guerra, contra os “*valores convencionais, perpetuada por estilos de vida imorais*,

pela promiscuidade, e pela influência nociva de minorias estigmatizadas que incluem habitualmente os homossexuais, as prostitutas, os imigrantes e os toxicodependentes” (Quartilho, 2001, p. 80). Por outro lado, ser doente implica que, os outros que o rodeiam, reconheçam o seu mal estar, que haja um consenso nos significados dos sintomas, para que o seu papel de doente lhe possa ser concedido. É um direito seu e com certeza de uma forma muito pessoal vai dinamizando o apoio e atenções necessários. Funciona para pequenos momentos que se está doente, mas torna-se mais complicado na situação de doenças prolongadas, ou na cristalização do papel de doente. Ficar doente por momentos é poder ser pequeno outra vez, no verdadeiro sentido do cuidar, dos mimos. Ficar doente ou assumir esse papel durante muito tempo é por vezes ficar com bloqueios no crescimento ou nos processos de autonomia.

Interessa também em termos de conceito, fazer uma abordagem à evolução do modelo biomédico ao modelo actual que é o biopsicossocial na forma como vêem a doença e o doente. No modelo biomédico da medicina, a doença é vista como um desvio ou um mau funcionamento da biologia do corpo. Para este modelo, o corpo continha a doença, nunca as pessoas, como se o corpo fosse parte separada da pessoa. Era no corpo humano que se buscava a causa de todas as doenças, como se fosse uma máquina que apresentava uma avaria. O corpo seria então visto e analisado de uma forma “coisificada”, distante de qualquer ligação aos afectos ou emoções, etc. Pode dizer-se que este modelo de causa linear está em crise e que nos últimos anos se tem assistido a algumas críticas, dando espaço ao aparecimento de outros modelos como é o caso do biopsicossocial e do holístico. Este último visa uma abordagem global da pessoa, dando ênfase ao aspecto relacional médico/doente. O primeiro defende a inclusão das dimensões biológica, social e psicológica da pessoa. A partir deste momento inclui-se um aspecto quase curativo que é a relação médico/doente.

Vários autores têm-se questionado sobre os conceitos normal (saúde) e patológico (doença) e até que ponto estão ou não ligados às significações pessoais e às normas sociais e culturais. *“As interpretações ou as significações da pessoa sobre o seu estado de saúde têm um papel extremamente importante na avaliação do mesmo (...) O que é*

normal é influenciado por critérios subjectivos ou idiossincráticos e mesmo culturais” (Reis, 1998, p. 47).

Por vezes, mesmo depois do médico tranquilizar o seu paciente, de lhe dizer que tudo irá correr bem, que pode voltar à sua vida... mesmo assim, ele sente-se doente e incapaz de trabalhar. É neste espaço que o modelo biomédico e tradicional se tornou insuficiente, e redutor. *“Não basta identificar alterações somáticas e arranjá-las para tratar pessoas (...) o processo de cura envolve muito mais do que simplesmente um Tratamento biológico, cirúrgico ou físico-químico”* (Reis, 1998, p. 47).

A doença é então ao mesmo tempo uma realidade social e individual e está muito próxima de um momento crucial das nossas vidas, a morte, ou a possibilidade de lhe escapar. A ameaça de morte é constante nas doenças ditas mais graves, mas o sentimento de lhe escapar, de a vencer, torna-nos um pouco imortais ou até, um pouco deuses. Ao contrário do que o modelo mais clássico concebia, não é o nosso corpo que está doente, como se fosse uma entidade separada de nós, somos nós que estamos doentes. Então, estar doente não é simplesmente uma situação ou experiência biológica ou física, *“com efeito, estar doente é perceber ou experienciar o corpo no contexto da existência individual”* (Reis, 1998, p. 47).

Antes da pessoa doente procurar um médico, ela já iniciou uma construção de significados para a sua doença, através das alterações percebidas e sentidas no corpo. Na presença do médico ou do terapeuta, o doente (que ainda não o é) já tem a sua narrativa construída sobre os sintomas e possível doença. É um discurso pontuado por momentos, emoções e sintomas que o próprio pensa serem importantes para que o médico confirme a sua doença. O seu conceito de doença ou saúde leva-o a fazer a selecção dos temas na sua narrativa na presença do médico. *“O médico por seu lado, foi treinado para reconfigurar ou traduzir a narrativa do doente a partir das suas teorias médicas”* (Cruz, 2000, p. 121).

É o diagnóstico que vai confirmar a doença e ao mesmo tempo confirmar o papel de doente à pessoa que está à sua frente.

5. 2. A TOXICODEPENDÊNCIA E A CONCEPÇÃO DOS ESPECIALISTAS

O termo inicial toxicomania, foi posteriormente substituído pelo termo *toxicodependência* e ainda depois pela expressão *adição*, muita usada nos ditos modelos anglo-saxónicos ou Narcóticos Anónimos. Para os psiquiatras, a DSM apresenta uma listagem de critérios, que lhes serve de instrumento de trabalho, para uniformizar os critérios de diagnóstico. “*Perturbações Relacionadas com Substâncias - engloba, neste Manual, as perturbações relacionadas com o consumo de uma droga de abuso (incluindo o álcool), com os efeitos secundários de um medicamento ou com a exposição a um tóxico. Os sintomas mais frequentemente associados são as alterações da cognição ou do humor, embora possam também estar presentes ansiedade, alucinações, ideias delirantes ou convulsões*” (Rosa, 1998, p. 30).

Segundo Pereira e Pires, (2004, p. 23) “*Toxicodependências são doenças; toxicodependentes são doentes. Entre uma e outra asserção há, certamente, pontes de contacto, mas há, também, um abismo epistemológico. Lida-se com as toxicodependências no plano das crenças e dos conceitos; lida-se com os toxicodependentes no seio do encontro entre pessoas*”.

A doença em si é complexa e, por isso, necessita de múltiplas abordagens, pois o próprio conceito tem várias interpretações, logo, a intervenção ou *Tratamento* é também integrador de vários saberes. Os vários saberes vão introduzindo os seus discursos, a sua narrativa sobre o *toxicodependente* e o seu *Tratamento*. Quando o *toxicodependente*, ingressa num serviço de *Tratamento*, especificamente, ele é atendido por um conjunto de técnicos de saúde (enfermeiro, médico, psiquiatra, psicólogo e assistente social). Tenta-se dar resposta a todas as áreas do indivíduo, de uma forma integrada e global.

Durante alguns anos, Carlos Amaral Dias, Teresa Nunes Vicente, Luís Patrício, Nuno Félix da Costa, Nuno Miguel, Régio Mendonça, José Manuel Almeida e Costa, entre outros, foram nomes de referência para o estudo e compreensão da *toxicodependência*, mas acima de tudo, dos *toxicodependentes*. Considerámos que, teria todo o interesse

incluir o discurso dos peritos, dos especialistas na *toxicodependência*, alguns dos que pensam e escrevem sobre o *Tratamento do toxicodependente*. A prática no terreno, segue, muitas vezes, as “orientações” destes autores.

Uma das primeiras pessoas a escrever sobre o que é a *toxicodependência* em Portugal, foi o Prof. Doutor Carlos Amaral Dias. Em finais dos anos 70, já com algum tempo de experiência como Director no *CEPD* de Coimbra, (actual *CAT*), referia a importância de se entender intensamente o momento da adolescência na problemática do consumo. O autor afirmava, então, que “*sendo a toxicomania moderna, um problema epidémico, com a sua origem e as suas inter-relações com a evolução do conceito cultural de adolescência, qualquer jovem debruçado sobre as suas próprias dificuldades se torna um aditivo potencial*” (1979, p. 15). Para o autor, a *droga*, aparentemente escondia toda a psicopatologia da adolescência, o encontro destes dois: jovem e *droga*, assumia uma relação de dependência e de destruição. As mães destes jovens eram vistas como hiper-protectoras, “*cobrando com essa atitude uma rejeição inconsciente*” (1979, p. 24). Ou ainda, tendo uma aliança de tal forma forte com o filho, desqualifica muitas vezes o pai, que se mantém distante. Esta “*ausência*” da figura paterna prejudica o desenvolvimento do adolescente que tanto necessita das identificações com o pai. Quase podíamos designar este tipo de patologia como a doença dos pais cintilantes, ou pirilampos, que aparecem e desaparecem com muita frequência. O autor chamava a estes jovens “*os filhos da mãe*”, meramente porque o pai não estava presente nas identificações e vida destes. Estávamos nos anos 70 e ainda o mesmo autor referia que a *droga* nos surgia como um problema cultural “*no seu espaço social, técnico e afectivo*” (*idem*, p. 30). A importância dada neste livro, à questão do estudo e compreensão da problemática da adolescência deve-se, como o autor várias vezes refere, à população que recorria ao *Centro de Estudos e Profilaxia da Droga (CEPD)* e que eram todos jovens, ou em grande maioria, adolescentes. Era neste momento da vida ou do seu desenvolvimento, que aparentemente existia espaço para o consumo de *drogas*.

Falava-se do surgimento de um novo tipo de *drogados*, pois novas *drogas* estavam também a circular. Eram as chamadas “*actuais toxicomanias*”. O autor afirmava na altura que a *droga*, um pouco como a delinquência, seria “*a recusa dos actuais valores da sociedade, e subjacentemente uma dificuldade de integração no Mundo dos Pais*.”

(...) *A droga para além de uma doença, é sobretudo um sintoma de um mal maior*” (idem, p. 36).

O problema da toxicomania deveria ser analisado sob três diferentes pontos de vista: pelo lado do próprio toxicómano, das Instituições de *Tratamento* e ainda sob o prisma da sociedade. O próprio toxicómano nega o que do seu mundo interno está intrinsecamente ligado à dependência. Nega totalmente questões ligadas à sua infância como pertinentes para os seus consumos. Quanto às Instituições ligadas ao *Tratamento*, segundo Dias, “(...) os técnicos veiculam na relação com o drogado (...) um pouco como a função de síntese do Eu na vida mental, entre a realidade interna do cliente e a exigência social face à eficácia da instituição em si” (idem, p. 41). Do ponto de vista da sociedade, existe aparentemente um evitamento ao conflito, nomeadamente ao luto edipiano. Este autor propõe, ainda, com esta obra, um modelo de compreensão: toxicomania e depressão, na perspectiva individual e social. O autor segue a via da perda do objecto no adolescente, ou seja, o luto. Os jovens, ao passarem a adolescentes, começam a alterar a imagem que têm dos pais e que se manteve durante a infância, o que lhe permitirá investir noutras relações, nomeadamente a do grupo de pares. “(...) o processo de adolescência consistiria fundamentalmente na capacidade de desinvestimento das ligações de dependência narcísicas que uniram a criança aos pai e na capacidade de reinvestimento e de reobjectualização subsequentes” (idem, p. 52).

As questões sociais, ainda segundo o mesmo autor, na época (repare-se que a obra foi elaborada nos anos 70) acentuavam e agravavam as condições para a difusão e o alastrar da epidemia da *droga* junto dos adolescentes. Agravavam a tendência para a depressão juvenil. Para Dias, o *Tratamento* do toxicómano, teria que ter em conta “(...) que a droga é um sintoma, entre outros, do mal-estar e da depressão no adolescente, e que o *Tratamento* individual deve sobretudo restabelecer as possibilidades de crescimento, encarando somente intervenções mais pesadas quando a dependência e habituação são realmente in comportáveis” (idem, p. 56).

Esta obra, coloca o sofrimento interno do indivíduo como pilar do *Tratamento* da *toxicodependência*. Retira-o do papel de criminoso ou delinquente e recoloca-o na

necessidade de *Tratamento*, ou seja, de ajuda para o seu problema de consumo de drogas. Em 1980 é publicado um livro, resultado de um grupo de trabalho, sob o tema: *“I Encontro Sobre terapias Institucionais”*. Os temas abordados, variavam entre a *toxicodependência*, o alcoolismo e intervenções na infância. Referiam reflexões sobre as diferentes experiências como, intervenção em ambulatório, ou internamento de longa duração. Teresa Nunes Vicente, apresentava uma reflexão sobre a intervenção terapêutica nos jovens que recorriam ao seu serviço: *Centro de Estudos da Profilaxia da Droga* de Coimbra. A referida autora, considerava que toda a sua intervenção se baseava no postulado de escuta do outro, *“(…) permitindo que o adolescente reúna sobre o terapeuta os afectos ligados às figuras parentais o que lhe vai eventualmente possibilitar uma experiência emocional correctora sublinhando por outro lado a importância de contraatitude do terapeuta que deve ser constantemente analisada”* (Vicente *et al*, 1980, p. 100).

Ainda na mesma reflexão a autora referia a importância da presença de um médico na equipa. Ficava assim assegurada a intervenção médica, embora a autora considerasse que para o adolescente, o médico era alguém a quem se recorria para responder às questões do seu corpo. A relação institucional poderia começar a partir de uma queixa somática. Segundo a autora: *“caminhamos hoje para um equilíbrio em que a posição do médico enquanto médico e enquanto suporte fantasmático dos conflitos institucionais se vai progressivamente melhor integrando”* (*idem*, p. 102).

Ainda na década de 80, discutia-se *Prevenção*. Vieira (1981), num congresso sobre a *Prevenção Primária* no Porto questionava-se se era ou não prejudicial informar os jovens sobre a droga. Algumas notas foram retiradas desse congresso: os jovens só devem ter informação sobre drogas, quando o desejarem e deverá ser muito objectiva. Não se deveria referir aspectos concretos sobre as drogas, como por exemplo, tamanho, cores, cheiro, etc. nem mencionar os perigos, correndo o risco de aguçar a curiosidade. Este era um modelo que pretendia questionar a usual partilha de experiências de *“ex-toxicodependentes”* que a convite das escolas contavam aos meninos, as suas *“aventuras e desventuras”* no mundo da droga. No modelo apresentado pela equipa que trabalhava na *Prevenção Primária* com o Dr. Carlos Vieira, defendia-se que a qualidade

da informação transmitida dependeria das competências afectivas do orador ou especialista.

Foi então neste congresso, apresentado um modelo informacional de *“Prevenção das drogas junto dos jovens” dos 15 aos 30 anos, levado a cabo pelo CEPD de Coimbra*” (Vieira, 1981, p. 3).

Os anos 90 trazem novas publicações e, um pouco mais a sul, Luís Patrício, psiquiatra e Director do CAT das Taipas, estudou este fenómeno. Já em meados de 1990, escrevia *“Droga de vida, Vida de Droga”*, sendo um livro quer para técnicos, quer para qualquer outra pessoa com preocupações sobre este tema. O próprio autor, num capítulo dirigido às famílias, refere a necessidade, ou até mesmo a obrigação, dos pais se informarem sobre a *droga* e de não se esconderem sobre um falso refúgio, que é a ignorância.

O *toxicodependente* já não surge tão adolescente como referido anteriormente e já não é denominado de toxicómano. Como diz Luís Patrício: *“A toxicodependência é uma doença e é natural que a pessoa pouco informada imagine que basta tirar a droga e o doente fica curado. (...) é também necessário que a pessoa reaprenda a viver”* (Patrício, 1995, p. 235).

Em 1995, Dias dizia que *“envolvido num discurso sobre si, cabe ao toxicodependente uma dupla tarefa: - livrar-se do Mal e livrar-nos do Mal pela conversão aos valores que “traíu” nas suas práticas”* (1995, p. 13). Numa reflexão inquietante e inovadora, o autor levanta questões à volta da *droga* e afirma que esta une *“ideólogos sem ideologia, fornecendo-lhes um objecto comum”*. Para o autor, todos os chamados, *“toxicoterapeutas”* se deveriam pensar, mas acima de tudo reflectir: para um *toxicodependente*, começar de novo e ignorar a sua *toxicodependência*, seria o mesmo que *“iniciar a audição de um concerto no 2º andamento”* (*idem*, 24). Este era um livro de alguma forma desconcertante e que obrigava todos os *“peritos”* da *toxicodependência* a pensar verdadeiramente sobre o *Tratamento* destes homens e mulheres. *“A droga como símbolo da miséria de viver, é tão só o símbolo e testemunho do Homem in-curável. É sintoma bastardo do seu (im)possível desejo de cura”* (*idem*, p. 36).

Ainda em meados dos anos 90, no X Encontro das Taipas, Nuno Miguel, Psiquiatra no *SPTT* (actual *IDT*), reflectia sobre os 10 anos de funcionamento das Taipas. Dizia o autor, que sabiam que o *Tratamento* “*de um toxicodependente era um processo longo (...) com recaídas frequentes e que era extremamente vantajoso que o toxicodependente pudesse manter, ao longo de todo o processo a relação com um terapeuta - médico ou psicólogo (...)*” (Miguel, 1997, p. 40).

Também João Salvado Ribeiro (1996, p. 10), elabora um estudo sobre os conceitos de dependência, em termos históricos. São as teorias da psicanálise que, primeiro, fazem uma abordagem às questões de dependência, nomeadamente com Freud que já nos finais do século XIX alerta para o fenómeno de dependência relacionado com o tabaco, a *cocaína*, o álcool e a morfina. Refere ainda o contributo, mais actual de Wursmser “*que resumidamente caracteriza os toxicómanos com os traços seguintes: deficit de defesas contra os afectos; patologia do super-eu e do ideal do eu; hipo-simbolização, auto-destructividade, gratificação regressiva; crise narcísica*”. O autor termina, concluindo, que acima de tudo a dependência física e/ou psicológica continua a ser um desafio que as *toxicodependências* colocam às ciências bio-psico-sociais.

Já Cândido Agra (1998, p. 7), dirigiu uma investigação teórica “*Droga e Criminalidade*” na Universidade do Porto, resultando daqui um livro. O autor inicia a obra, com questões de alguma forma perturbadoras e nada inocentes. Ironicamente, ou não, afirma que todos identificam, de uma maneira geral, a *droga*/flagelo com a causa primordial das tormentas sociais. “*As esferas políticas, jurídica, moral e mediática identificaram, durante décadas, o fenómeno da droga ao mais estranho e perigoso inimigo da vida boa e da boa ordem*”. O estudo tinha como objectivo definir a relação entre a *droga* e o crime.

Interessante conclusão do estudo, que se contrapõe à ideia do senso comum que declarava haver uma causalidade linear entre *droga* e crime. Concluindo, fica sem efeito essa tese simplista “*(...) segundo a qual as drogas ilícitas desencadeariam violência e seus consumidores um perigo para a sociedade. As próprias transformações históricas*

da criminalização da droga em Portugal dão sinal de uma progressiva compreensão implícita de existência dessa densidade entre a droga e o crime” (idem, 1998, p. 9).

Lubélia Magalhães, psicóloga e psicanalista no CAT das Taipas num artigo resultado de um Encontro sobre *Toxicodependência*, afirmava que a doença é a dor de existir e para isso não há cura. Para a terapeuta, deixar as *drogas* deixou de ser prioritário, talvez o paciente alguma vez as decida deixar definitivamente. Sentir-se bem na sua pele e na vida é uma questão muito mais complexa, cuja ênfase deverá ser colocada durante o *Tratamento do toxicodependente*. A autora termina dizendo que “(...) *quando falamos de cura, apenas podemos estar a referir-nos a uma coisa: à capacidade de pensar, de saber, de conhecer, de caminhar, de indagar. Ou seja, como diria Bion, a cura tem de ser a doença da curiosidade*” (2000, p. 14).

Numa visão diferente e de alguma forma, questionando os conceitos e significados da *toxicodependência*, José Manuel de Almeida Costa, pergunta: “*Se os drogados são doentes, porque é que os hospitais não os “tratam”, se não são, porque é que os tratam como tal, logo irresponsabilizando-os?*” (1996, p. 84). O autor propõe algumas alterações, nomeadamente das narrativas sobre a *toxicodependência*, levantando a questão de que corremos o risco da própria solução se tornar um problema para a *toxicodependência*.

Como se tivéssemos a tendência de aplicar mais do mesmo discurso de uma forma cega e desatenta, Jaime Milheiro, psiquiatra e psicanalista, remete-nos para a reflexão do que foi feito na *toxicodependência* durante os últimos 20 anos. O autor diz que o discurso muito centrado na doença pode levantar algumas questões, pois muitos deles não são doentes. Aparentemente, segundo Milheiro (1999, p. 175), vivemos numa cultura da tragédia. “*Invadidos e pressionados, os governos afadigam-se mas desconhecem verdadeiramente o que fazer, como fazer, optando em regra pela continuação do estabelecido, com pequenas variantes locais*”.

Afirma ainda o mesmo autor, que a própria cultura em que vivemos, dá sentido ao consumo, ela promove a *droga* sem o dizer. Como uma espécie de narcisismo cultural, que vai cada vez exigir mais e mais, mas que por vezes exige a quem na infância pouco

teve. Esta cultura que Milheiro descreve como uma cultura que apenas inclui os ganhadores, “(...) *aniquila a auto-estima dum número cada vez maior de pessoas que passam a excluídos mentais, sociais, culturais, sem nada lhes dar em troca*” (idem, 1999, p. 177). O *drogado*, nega os afectos negativos ao consumir, deixa por uns breves momentos de ser aquele que perde, que sente a dor de ser pequeno.

Acrescenta ainda que o homem de hoje, para sobreviver às exigências da cultura, mantém-se numa postura onde nem é pequeno nem adulto, são eternos adolescentes. Viver desta forma, como adolescentes, pode-se adiar a responsabilidade e a responsabilização. “*Na actual adolescência retardada, os jovens que o são tempo demais, são muito bons candidatos a toxicodependentes enquanto isso decorre*” (idem, 1999, p. 181).

Já Carqueja (2000, p. 83 e 84) reflecte sobre se as *toxicodependências* realmente doenças. O seu artigo surge recheado de questões relacionadas com o conceito de doença/sofrimento. Para o autor, a doença surge com uma série de sintomas e sinais, que aparecem como consequência de factores etiológicos. A procura da cura é geradora de algum sofrimento. Acrescenta ainda uma provocação, dizendo que todos procuram cura para o sofrimento, ao chamar-lhe doença. “*Não há cura para o sofrimento nem há cura para a vida assim como não há cura para a morte! (...) O sofrimento perde a sua dimensão existencial para ganhar um valor patológico e psicopatológico e o médico ocupa o lugar do místico ou do xamã na tentativa de interpretar e reorganizar o sofrimento*”. De uma forma quase inquietante, termina dizendo que, na sua opinião, as dependências (*toxicodependências*) apenas são consideradas doenças porque vão contra os valores morais dominantes na sociedade. Para ele a própria *toxicodependência* não é uma doença, é um *Tratamento* em si.

Entender a *toxicodependência* para além da perspectiva psicanalítica ou até dinâmica, sempre foi mais difícil, mas, Nuno Félix da Costa (2000, p. 55), deixa-nos um bom testemunho, num artigo da Revista *Toxicodependências*. Para o autor, “*dependência de drogas é entendida mais como uma disfunção motivacional em continuidade com outros processos motivacionais normais, do que como uma doença na assunção biológica do termo ou do que como um fenómeno cultural a ser abordado sociologicamente*”. Tratar

as *toxicodependências* numa abordagem cognitiva significa aceitar que processos de decisão, quer para a manutenção ou suspensão de consumos de *drogas*, são possíveis de serem controladas pelo indivíduo em algumas circunstâncias. Afirmo o autor que aceita “*que as valências associadas às cognições do processo de decisão podem ser formuladas motivacionalmente e influenciadas no processo terapêutico*” (*idem*, 2000, p. 56).

Patrício (2002, p. 114) descreve o *Tratamento do toxicodependente*, como uma intervenção integrada nas várias áreas do indivíduo. Segundo o autor, o “*(...) médico que trata o doente, ajuda-o para que se efectue o plano terapêutico. Não tem que policiar, nem pode usar os medicamentos como um colete de forças químico, para controlo do doente*”. Refere ainda que os consumidores estão a ficar mais velhos, a idade média aumentou de 20-25 anos para os 30. De facto nem a comunicação social escapa e também tem direito a recados e reparos por parte do autor: “*perante um consumismo espúrio, por vezes promovido sem dignidade, é natural que também as substâncias psicoactivas sejam promovidas como bem de consumo (...)*” (*idem*, 2002, p. 92).

Num trabalho conjunto, Pereira e Pires (2004, p. 51), reflectem acerca da *toxicodependência* e do seu *Tratamento* de acordo com a experiência dos autores. Os médicos sempre tentaram tratar a doença, enquanto que os doentes querem é o alívio desta. As *toxicodependências* são doenças, os *toxicodependentes* doentes. “*O facto de as toxicodependências serem doenças comportamentais, isto é, pertencerem a um grupo heterogéneo de processos patológicos que são originados, mantidos ou agravados por comportamentos recorrentes do doente, tem importantes implicações teóricas e práticas, que são decisivas para o planeamento da Prevenção, para assegurar a eficácia do Tratamento e para orientar a recuperação*”. Manter a questão da *toxicodependência* como doença comportamental é uma vantagem pois unifica a situação clínica. Para a medicina mais tradicional as doenças são diferentes, mas, na vertente comportamental ela é a mesma para todos. Para Pereira e Pires “*os toxicodependentes desejam sempre o impossível: aliviar o sofrimento continuando a consumir. (...) Quando procuram Tratamento, adoptam o objectivo contraditório: tudo*

fazem para serem eles a controlar o Tratamento” (idem, 2004, p. 90). Para os autores, ajudar *toxicodependentes* implica olhar e questionarmo-nos... os profissionais terão que se perguntar se, o que estão a exigir do paciente é bom para eles ou para o próprio terapeuta.

Fleming (2005) apresentou num artigo um modelo teórico clínico sobre a dor mental, onde enquadra as *toxicodependências*. Durante um processo de psicoterapia psicanalítica, alguns dos seus pacientes falam em vazio existencial, ou de um constante sofrimento porque se instalou uma profunda tristeza no seu dia a dia. Segundo a autora, os testemunhos de muitos dos seus pacientes remetiam não para representações mentais, mas para *“buracos mentais, vazios, uma espécie de rasgões no tecido mental por onde se tinham escoado os conteúdos”*. E mais à frente refere este mesmo sofrimento ou dor profunda mas nos *toxicodependentes*: *“nele a dor mental apresenta-se em travesti, sob a forma de dor física num corpo mal tratado ou num corpo em estado de ressaca (...) O que os consumidores trazem são as suas dores psíquicas, mas silenciadas sob o efeito de antídotos químicos poderosos que a mascaram sob a capa de uma total negação de qualquer sofrimento psíquico, numa presunção de invulnerabilidade e de crença de estarem para além da dor mental” (idem, 2005, p. 5).* Para a autora, a dor mental do *toxicodependente* é insaciável, de uma necessidade que nunca será satisfeita. A procura da *droga* é uma forma de controlar esta dor e de alguma forma a atenuar. A autora termina, afirmando que os pacientes dependentes desde muito cedo sofreram carências muito intensas, quer devido a perdas de figuras fundamentais para o seu crescimento, quer devido a carências no plano das necessidades vitais para o seu desenvolvimento psicológico.

Muitos outros autores escreveram e pensaram sobre este problema. Acima de tudo, estas mesmas reflexões são de quem, no seu dia a dia se senta e escuta pessoas com este problema.

O *IDT* tem uma filosofia que incentiva os seus técnicos a escrever numa revista que especificamente publica artigos quer nacionais, quer internacionais sobre o tema: Revista *Toxicodependências*. Todos os serviços que enquadram o *IDT* recebem

gratuitamente uma revista para cada técnico. *Será que estes discursos, estas formas de falar sobre os toxicodependentes influenciam os próprios técnicos? E os próprios técnicos, será que influenciam os seus pacientes a pensarem sobre si?*

5.2.1 – OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A DROGA

A *toxicodependência*, em si mesma, pode ser analisada à luz de diversas vertentes e modelos sistematizados por Nowlis (Marques, 1982, p. 12):

1. “(...) o modelo tradicional jurídico-moral (...) em que as medidas policiais e coercivas estão no primeiro plano (...)”. Aqui, aqui reivindica-se um grande significado à substância-droga, entenda-se as *drogas ilegais*. A normatividade classificadora das *drogas*, que apresenta as *drogas ilegais* como intrinsecamente danosas em contraposição com as legais consideradas inofensivas, serve para classificar os comportamentos que se relacionam com as mesmas na óptica do bem e do mal. Privilegiando este modelo, a substância dá grande importância à acessibilidade à mesma e, por conseguinte, aos agentes promotores desta disponibilidade – os traficantes criminosos. A via de acesso à *toxicodependência* neste modelo será a quebra moral da pessoa e/ou o seu carácter delinquente: “São indivíduos tendo uma tendência marcada para o desvio que jogam um papel central na origem e expansão das toxicomanias” (Nahas, 1990, p. 103).
2. “(...) o modelo médico ou de saúde pública – os utilizadores de drogas devem ser tratados e curados como se se tratasse de um problema puramente médico (...)”. O modelo dá igualmente uma grande importância à substância droga como o agente activo propulsor da *toxicodependência*. As explicações científicas com base na neurobiologia aditiva das *drogas* acolhem-se sobre este modelo. O consumo de *drogas*, seja por motivo dos seus esforços positivos, isto é, o prazer e as sensações agradáveis que causam, seja por motivo dos seus esforços negativos, isto é, os sintomas fisicamente dolorosos que a sua privação gera, induz a um comportamento estereotipado orientado para um consumo cada vez mais intensivo.
3. O modelo psicológico - sob este modelo enfatizam-se os factores de natureza individual filiados no funcionamento intra-psíquico como conducentes à *toxicodependência*. Cabem neste modelo as explicações que privilegiam as fragilidades psicológicas (o stress, a depressão, as angústias), os défices de

funcionamento psíquico (a baixa auto-estima, a baixa tolerância à frustração) ou mesmo a estrutura da personalidade.

4. “(...) o modelo psicossocial – o contexto é aqui concebido em termos de influência exercida sobre o utilizador, pela atitude e pelo comportamento de outras pessoas, seja individualmente ou em grupos sociais, como a família (...)”. Este modelo também privilegia uma explicação centrada no indivíduo, mas distingue-se do psicológico pelo facto de conceber o indivíduo à luz das interações sociais que moldam e determinam os seus comportamentos de abuso de drogas. Os factores micro-sociais, como conducentes à *toxicodependência*, relacionam-se com os disfuncionamentos familiares, com a pressão do grupo de pares ou com falhas no processo de aprendizagem de competências sociais.
5. “(...) e o modelo sócio cultural (...) em que substâncias específicas ganham o seu significado e importância (...) sobretudo pela maneira segundo a qual uma dada sociedade define o seu uso e os seus utilizadores (...)”. A massificação do consumo de drogas nas sociedades contemporâneas e as regularidades sociais formadas na expansão destes consumos problemáticos, deram relevo às explicações centradas no “social”, que relacionam estes comportamentos com fenómenos como o(s) problemas de desorganização social, proveniente(s) da urbanização da sociedade, o desemprego, a pobreza, as más condições habitacionais, as discriminações sociais, as culturas juvenis e os valores que orientam as práticas.

Nas últimas décadas têm existido várias questões em relação ao *Tratamento* na área do abuso e dependência de substâncias. Será que este funciona? Como se estrutura?

De acordo com o Expert Committee on Drug Dependence (WHO; 1998, 2000, in Borges e Filho 2004) a palavra *Tratamento* relaciona-se com o “*processo que tem início quando os indivíduos que abusam de substâncias psicoactivas entram em contacto com um prestador de saúde ou com qualquer outro serviço comunitário, e que pode continuar através de uma sucessão de intervenções específicas até que seja atingido o mais alto nível de saúde e de bem-estar*”.

Todo e qualquer cidadão tem as suas opiniões sobre muito assuntos e, naturalmente, também sobre as questões da saúde. Também sobre a problemática da *droga* as pessoas têm as suas opiniões, por vezes bem diversas ou díspares, desde as chamadas “*bocas*” até às opiniões mais elaboradas.

Face ao fenómeno da *droga*, o cidadão deveria estar informado; os actores sociais deveriam estar informados e os profissionais de saúde têm necessariamente que estar minimamente informados. Até porque têm um mandato social: promover a saúde dos cidadãos. Face à dimensão e destrutividade do fenómeno da *droga*, as suas intervenções devem ser firmes, corajosas e humildes. Os profissionais de saúde devem participar na construção de soluções, para fazer face ao sofrimento das pessoas numa perspectiva global e não apenas construir meras respostas parciais, isoladas, desarticuladas, porventura oportunas, mas por vezes oportunistas, onerosas e sem futuro.

Intervenções apenas orientadas pela boa vontade do homem, intervenções meramente apoiadas na força de vontade, intervenções que se limitam à aplicação de simples e parciais técnicas terapêuticas, intervenções que se limitam apenas à tentativa de aplicação de uma política repressiva ou mesmo de uma política laxista, a hipocrisia e a falta de seriedade inerente ao homem, levaram a que o fenómeno tenha adquirido a actual e enorme dimensão, apesar de todas as declarações políticas conhecidas.

Mas, certamente porque o homem também promove resistência à disseminação do fenómeno, porque o homem também defende outras culturas, o fenómeno *droga* não terá adquirido uma dimensão ainda maior?

Um profissional de saúde, seja médico, enfermeiro, psicólogo clínico, farmacêutico, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, técnico psicossocial, etc., pelo facto de o ser, não deixa de ser pessoa, igual e diferente do seu semelhante. Mas, pelo facto de ser profissional de saúde, tem uma responsabilidade social particular e deverá assumi-la: participar na melhoria da condição de saúde da pessoa que nele confia. O mandato social que tem e a função que deve exercer, não podem servir para culpabilizar ou explorar emocionalmente ou financeiramente os seus semelhantes, doentes ou familiares destes.

Se pretender ajudar os outros, se tem responsabilidades no *Tratamento* de doentes, tem que ter sempre presente, que também é pessoa. E, naturalmente, que não pode fazer discriminações quando o seu semelhante tem problemas de *toxicodependência*.

Tem sido crescente o número de profissionais de saúde que mostram interesse pela compreensão das toxicomanias contemporâneas, mas há que reconhecer que a grande maioria, ainda não usufruiu de suficiente informação ou formação, nesta área. Tal falha não pode justificar que muitas destas pessoas se mantenham alheias a este fenómeno, nem como profissionais, nem como cidadãos: se por respeitáveis razões não querem agir, pelo menos não podem ignorar esta realidade contemporânea.

Um profissional que pretende re(agir), deverá procurar compreender o sofrimento inerente à pessoa *toxicodependente* e à *toxicodependência*; deverá procurar compreender como evitá-lo, como ele surge, como ele é mantido ou “*alimentado*”, como tratá-lo, como minimizar as suas consequências funestas. Por vezes, essa compreensão torna-se bastante difícil, até pelo facto de a pessoa consumidora, esteja ou não dependente, viver com frequência numa situação de ambivalência face ao consumo, isto é, quer e não quer consumir *drogas*, quer e não quer deixar as *drogas*, ou ainda, quer consumir mas sem estar dependente.

As dificuldades de separação das *drogas* perduram enquanto a *droga* ocupa “*espaços*” importantes no viver de quem as usa, seja na vivência psíquica, na vivência física, ou na vivência social.

Quando as condições de vida da pessoa, não apenas as condições materiais, mas também as psicológicas, familiares, relacionais, etc., agravam a qualidade de vida do indivíduo, quando a pessoa tem uma “*droga de vida*”, é maior o risco de entrar numa “*vida de droga*”.

Face à problemática das *drogas*, cada caso é um caso e um profissional de saúde deverá procurar compreender a globalidade da forma do sofrer e do viver do doente. Não deve limitar-se apenas à dimensão do seu sofrimento físico. Para tal, necessita de ter um mínimo de conhecimentos sobre diversas matérias, para poder intervir de forma minimamente adequada. Sendo terapeuta, tem que se assumir como profissional de

saúde: nem é polícia, nem padre, nem juiz. É tão somente um profissional de saúde com um mandato social e com todo o respeito pelo doente, deve ajudá-lo a tratar-se. Para tal, tem que compreender, tem que o ouvir, tem que elaborar a sua hipótese diagnóstica e procurar aplicar a sua hipótese terapêutica, não deixando de intervir na promoção da redução de riscos e danos.

Nesta área são diversas as pressões a que estão sujeitos os profissionais de saúde. Estes têm que estar conscientes que trabalhar em *toxicodependências* não é tarefa fácil, é mesmo um trabalho muito exigente, sujeito a múltiplas pressões internas e externas. Para melhor as ultrapassar é, pois, vantajoso estar consciente dessas pressões.

Posteriormente à fase do “acolhimento”, essencial neste percurso de *Tratamento*, surge a fase da “*negociação*” do *Tratamento*, pois este tem de ser esclarecido, debatido, negociado e consentido pelo utente. Quando se decide por um *Tratamento* “*livre de drogas*”, a desabituação física é iniciada, usualmente, em regime de ambulatório pelo utente. No caso do *toxicodependente* consumir *heroína*, a desabituação é feita com a ajuda de medicamentos. Dado este período como terminado, o utente é acompanhado psicológica e/ou socialmente, com o fim de prevenir a recaída e tentar ajudar o indivíduo na resolução de outros problemas.

Segundo Patrício (1996, p. 163), o *Tratamento* de um *toxicodependente* “*implica o desenvolvimento de um projecto terapêutico, isto é, de medidas articuladas umas com as outras, atitudes médico-psicológicas e sociais, centradas sobre a pessoa doente, mas não só*”. São necessárias também modificações no meio ambiente do doente. A natureza e contexto social do *toxicodependente* são verdadeiramente importantes no processo de *Tratamento*. “*Sair do mundo da droga implica mudar de relações sociais*” (Lowenstein *et al.*, 1998, p. 81). A intensidade desta mudança está relacionada com o tipo de consumo e o tipo de inserção. A estabilização por parte do *toxicodependente* está mais assegurada se este mantiver laços afectivos e sociais fora do mundo da *droga*, ou se conseguir restabelecê-los. Quando tal não acontece, o utente pode ser encaminhado para internamentos de curta duração (cerca de 7 a 10 dias), chamados de *Unidades de Desabituação*, ou de longa duração, em *Comunidades Terapêuticas* (cerca de meio ano a um ano e meio). Nos *internamentos* de curta duração apenas se ultrapassa o síndrome

de abstinência, ficando para uma longa etapa o *Tratamento* da dependência psicológica. Nas *Comunidades Terapêuticas* realiza-se um processo de socialização grupal, reaprendendo a viver sem *drogas*, em ambiente protegido. Nos utentes em que se verifique falta de recursos económicos para se efectuar o pagamento nestas comunidades e nos internamentos de curta duração, a Segurança Social e/ou o *IDT* podem participar.

Contudo, e apesar de muitos esforços de todos os profissionais, evidenciam-se, por vezes, sinais de consecutivos insucessos nos *Tratamentos* anteriormente referidos. Pode acontecer, também, que o indivíduo se sinta incapaz de abandonar o consumo de *heroína*. Nestas situações, é frequente optar-se pelo designado *Tratamento de Substituição*, regularmente com *Metadona* ou *Buprenorfina*. Nestes *Tratamentos* “trata-se de substituir a dependência de um opiáceo ilicitamente consumido, pelo uso medicamentoso de um opiáceo legal” (Patrício, 1996, p. 180). Desta forma, o desejo e vontade da *droga ilegal* fica reduzido ou mesmo anulado. Estes *Tratamentos* são feitos a longo prazo, em ambulatório, destina-se a heroínodependentes. Normalmente, em simultâneo, o utente vai fazendo *Tratamento* psicológico e/ou social, reorganizando a sua vida. Quando se verifica uma boa e consistente evolução do utente, as doses começam a ser reduzidas, com o objectivo de cessar o medicamento. No entanto, este *Tratamento* apresenta também algumas limitações: destina-se apenas a consumidores de *heroína* ou outros opiáceos, se o *toxicodependente* consumir outras *drogas*, estas fazem efeito e ele continua a consumir e ainda se estiver medicado com baixas doses e consumir *heroína*, esta faz efeito.

A *Redução de Danos* deve acompanhar todo o percurso de *Tratamentos* do *toxicodependente*. Pretende-se, assim, melhorar a qualidade de vida dos *toxicodependentes*, de acordo com as suas necessidades. Tenta-se minimizar os efeitos negativos de *drogas* através de estratégias sociais, sanitárias e terapêuticas. Reduzir o contágio de doenças como a *SIDA* e a *hepatite C*, estimular o uso do preservativo, fomentar a higiene nos consumos e a utilização dos serviços médicos básicos, são objectivos fundamentais destes programas (Fesh, 2005).

Em qualquer modalidade de *Tratamento* o objectivo deve consistir em evitar as alternâncias “*efeitos de picada/sintomas de abstinência*” que reforçam a tolerância (Lowenstein *et al.*, 1998). A posologia administrada deve ser suficientemente razoável para evitar a toma de outras substâncias para além das prescritas. Alguns estudos demonstraram até que *Tratamentos* com doses mais altas apresentavam melhores resultados, pois a taxa de abandono era menor, assim como o consumo de *drogas* ilícitas baixava (Nida, Deglon *et al.*, 1994, in Lowenstein *et al.*, 1998).

6 – A SOCIEDADE FACE AOS *TOXICDEPENDENTES*

Quando se fala de *toxicodependência* nem sempre se tem em conta as diferenças entre sub-grupos e indivíduos. O problema da “*droga*” tornou-se tão global que a tendência para se esbaterem as diferenças entre os *toxicodependentes* parece crescer em proporção com a ideia de um “*eles*”, cimentada pela impressão de que à volta da *droga* se estruturou um “*modo de vida*”, aparência, linguagem, etc.

A produção do saber sobre a *droga* obedece a um processo de construção do conhecimento, analisado por Berger e Luckman (2003), enquanto processo sujeito a uma activa elaboração significativa constantemente incorporada em padrões de objectivação institucional sancionados através da legitimação: “*O que a sociedade admite como conhecimento vem a ser coextensivo com o cognoscível, ou de qualquer modo fornece a estrutura dentro da qual tudo aquilo que ainda não é conhecido chegará a ser conhecido no futuro. Este é o conhecimento aprendido no curso da socialização e que serve de mediação na interiorização pela consciência individual das estruturas objectivadas do mundo social. Neste sentido, o conhecimento situa-se no coração da dialéctica fundamental da sociedade. “Programa” os canais pelas quais a exteriorização produz o mundo objectivo. Objectiva este mundo por meio da linguagem e do aparelho cognitivo baseado na linguagem, isto é, ordena-o em objectos que serão apreendidos como realidade. É em seguida interiorizado como verdade objectivamente válida no curso da socialização. Desta maneira, o conhecimento relativo à sociedade é uma realização no duplo sentido da palavra, no sentido de apreender a realidade social objectivada e no sentido de produzir continuamente esta realidade*” (Berger e Luckmann, p. 94).

Os grupos de toxicómanos encontram-se estigmatizados e considerados como fenómenos desorientadores. Assim, privilegia-se a criminalidade e os comportamentos desviantes destes grupos ao ponto de neles se querer encontrar a sua própria essência. Há entre rotulador e rotulado uma dinâmica das condutas, que se fundamenta em todo um jogo dialéctico das representações recíprocas.

Para Becker (1963), o desvio não é uma qualidade particular do acto comprometido por uma pessoa, mas sim a consequência da aplicação, feita pelos outros, de regras e de sanções a um «*culpado*». O desviante é aquele a quem o rótulo foi aplicado com sucesso. Esta orientação leva-nos a interrogar-nos sobre os diferentes parceiros, intervenientes no processo de rotular e as condições nas quais se exerce. O papel dos «*não-desviantes*» aparece-nos sendo tão importante como o dos desviantes e Becker (1963) concede um lugar particular aos empreendedores morais na definição das normas.

Como sublinham alguns autores, o que cria a diferença não é o facto de alguns passarem ao acto e outros se absterem, mas sim o facto de alguns serem estigmatizados e outros não. A rotulagem social é um processo selectivo.

O estereótipo do toxicómano, assim como o do delinquente criminal, não é uma pura criação accidental e gratuita: desempenha um papel duplo de bode expiatório. Permite cristalizar à volta da imagem estereotipada do toxicómano, a hostilidade e a ansiedade. A estigmatização de bodes expiatórios é uma válvula de segurança que desalastra os estigmatizadores de tensões provenientes das suas próprias tendências para a toxicomania. É um substituto inconsciente da sanção que os estigmatizadores queriam oferecer a si próprios. Há um deslocamento da fonte de tensão e o estigmatizado torna-se um objecto simbólico cujo desaparecimento ou sanção encontrará (simbolicamente) o sossego procurado.

O detentor do poder tem uma capacidade de exclusão ou legitimação muito importante. O indivíduo passa a ser desviante a partir do momento em que é visto e tratado como tal por aqueles que têm o poder de o fazer.

O conceito operatório de segracionismo tem fraquezas: a primeira é a de focar a atenção sobre as instituições oficiais, já pouco numerosas e pouco financiadas; a segunda é a de insistir na estigmatização oficial, quando ela não é fatal, o que permite esquivar os factores individuais da segregação.

Devemos quebrar a dupla corrente de exclusão que aparece entre a sociedade e os *drogados* graças a uma abordagem pragmática dos actores sociais e dos «*desviantes*», abordagem cujo conteúdo é:

- ✓ uma acção individual médica e psicológica junto dos *drogados*;
- ✓ uma acção colectiva com a finalidade de aumentar a tolerância e a criatividade dos estigmatizadores e dos estigmatizados, de tornar claros os verdadeiros valores culturais avaliados e sobretudo vividos e conseguir uma melhor responsabilidade por parte dos adultos e dos adolescentes.

A representação social do *toxicodependente*, que oscila entre a vítima e o culpado, influi na forma como é tratado: como “*vítima*” a tendência é fazer o que ele nos pede, como “*culpado*”, a tendência é rejeitá-lo. Talvez a forma mais correcta seja vê-lo como a pessoa que sofre. A sociedade traduz sentimentos ambíguos: por um lado, o tão almejado combate contra a *toxicodependência* e, por outro, o desdém e a estigmatização destes indivíduos no dia-a-dia.

A *droga* e todas as categorias sociais que a tornam um objecto social, não decorrem apenas da estrita relação *indivíduo/substância*, mas fundam-se numa construção social pela qual as substâncias se transformam em *droga*, isto é, num objecto de que se partilham efeitos culturalmente induzidos.

As apropriações significativas da *droga* e a reacção da sociedade (Estado, instituições, grupos e sujeitos “*sociais*”) em relação a este objecto produzem a definição social da *droga* e todas as categorias simbólicas e materiais que a classificam, organizam e fazem circular nos padrões de institucionalização objectivada do problema-*droga*. Deste ponto de vista a *droga* não é um objecto objectivo, mas é um objecto objectivado em padrões institucionais decorrente do duplo processo de subjectivação de relações objectivas e objectivação das relações subjectivas.

Nesta medida, a evidência de que é “*a droga que faz o drogado*” constitui-se como uma banalidade empírica sob a qual se encobre o facto das definições, nomeadamente, das categorias mentais que nos dão acesso e nos auxiliam a pensar e a agir em relação à

droga, produzirem-se nas relações sociais mediadas por substâncias psicoactivas ontologizadas.

A *droga* é, assim construída tanto pelos próprios (os que com ela se relacionam directamente) como pelos outros (os que com ela se confrontam e muitas vezes se afrontam) a partir de um complexo de significações que segregam um espaço discursivo, uma linguagem, um conhecimento funcional que organiza todo o tipo de práticas sociais que se relacionam com este objecto.

A *droga* é um objecto a que se tem acesso através das representações e em que a representação da *droga* cria, ao mesmo tempo, a imagem e o seu referente. Aceder à *droga*, não pode ser assim encarado como um acto passivo, mero reflexo na consciência de um objecto ou de um conjunto de ideias.

A teoria das representações sociais ao focalizar a pilotagem colectiva, emersa no contexto social, geradora de um conhecimento funcional, constitui uma apropriada ferramenta teórica que nos dá conta da produção de sentido que constrói a *droga*.

Hoje a *toxicodependência* é considerada pela Medicina/Saúde Pública e pelas ciências sociais uma doença de cariz social geradora de disfunção social. A reacção da sociedade face ao consumo de substâncias tóxicas passa por três fases distintas: ignorância, alerta e dramatismo, controle ou liberalização.

Primeiro verifica-se alguma ignorância e o consumo vai sendo permitido. Depois, face ao elevado número de pessoas a utilizarem as *drogas* e manifestarem-se distúrbios da personalidade, dá-se a fase do alerta. A sociedade passa a sentir-se afectada pelo desequilíbrio que o acentuado número de consumidores acarreta. Por fim, sente-se o dramatismo. Não há uniformidade no processo de tomada de decisões relativas à contenção do fenómeno em si. Ora se defende o controle, ora se defende a liberalização (Sousa, 1996).

PARTE II – METODOLOGIA, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7 – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

7.1 - OBJECTIVOS DA PESQUISA

De acordo com a primeira parte desta investigação, a *droga* e todas as categorias sociais que a tornam um objecto não decorrem apenas da estrita relação indivíduo/substância, mas emergem numa construção social pela qual as substâncias se transformam em *droga*, ou seja, num objecto de que se partilham efeitos culturalmente induzidos.

Os conhecimentos sobre a *droga* e o *toxicodependente* constroem-se a partir de um processo de subsunção das inerentes âncoras empíricas do objecto em causa no âmbito das representações sociais que produzem e fazem circular o conhecimento dessa realidade.

Neste sentido, temos como objectivo analisar as representações sociais da *droga* e da *toxicodependência* e a forma como os próprios técnicos que intervêm na área da *toxicodependência* a problematizam e conceptualizam. As representações sociais são marcadas por uma componente funcional significativa, na medida em que interferem nos processos cognitivos do sujeito e em que orientam a forma como se processa a informação. Por outro lado, as representações sociais influenciam o sujeito a agir de determinada forma em relação ao objecto em questão, neste caso a *droga* e o sujeito *toxicodependente*.

De acordo com Abric (1994), pode considerar-se que em determinadas situações as representações sociais orientam as práticas, especialmente se os sujeitos dispõem de algum grau de autonomia de acção e desempenham tarefas complexas.

Outra questão que se coloca é a de saber em que medida nos técnicos de saúde, existem características específicas que os diferenciam (ou não) da sociedade em geral na forma como encaram o objecto *droga* e o *toxicodependente*. Será que estes técnicos possuem um conjunto de motivações específicas, para desempenharem a sua actividade, que os

diferencia da sociedade em geral? Ou, pelo contrário, será que é a sua atitude perante esta problemática que conduz aos discursos e às práticas sociais e quotidianas que se observam e na forma como evoluem.

No quadro desta problemática pudemos, assim, sistematizar como objectivos desta investigação os seguintes:

1. Conhecer as representações sociais da *droga* e da *toxicodependência* nos diferentes técnicos (profissionais de saúde) que se confrontam privilegiadamente com o objecto em causa;
2. Identificar a variabilidade das representações sociais em função dos grupos observados (médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos psicossociais);
3. Dissecar a relação entre dimensões das representações sociais, comparando eventuais correlações entre os modos de pensar as *drogas* e as atitudes sociais e as evoluções políticas e institucionais que foram emergindo ao longo das várias épocas.

7.2 - METODOLOGIA

Segundo Fortin (2003, p. 131) a fase metodológica “*consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação*”. Neste capítulo pretende-se descrever o conjunto de métodos e técnicas que nos guiaram no processo de pesquisa, de forma a dar resposta à questão de investigação.

Método é uma palavra de origem grega - *Methodos* que significa: caminho para (...) Levando-nos a pensar nas diferentes opções de estudo que o investigador pode fazer, perante o seu objecto de estudo.

Em qualquer investigação sistemática ou pesquisa científica, a definição do objecto a ser investigado, das vias metodológicas ou dos caminhos e estratégias de abordagem que se fazem necessárias e dos sujeitos ou dos elementos com os quais se processará a investigação, exige a explicitação dos pressupostos teóricos que a norteiam. São estas referências que balizam a delimitação do objecto a ser investigado, definem os caminhos mais pertinentes para a sua apreensão, estabelecem o universo e os sujeitos da pesquisa nos seus espaços, tempos e relações.

Esta pequena introdução revela-nos os caminhos percorridos ao longo desta investigação. Este percurso e as estratégias adoptadas não foram aleatórios ou neutros, nem tão pouco opções apriorísticas. Assim, existiu sempre um esforço de coerência entre a teoria e os pressupostos da mesma, tal como foram delimitados, como garantia de consistência à própria investigação.

Nesta investigação não fomos alheios a alguns dados quantitativos, já que pensamos que poderão contribuir para um aprofundamento da nossa análise. Assim, poder-se-ão encontrar os dados relativos aos utentes em *Tratamento*, ao longo dos diferentes anos nas estruturas que pertencem ao Ministério da Saúde. Com efeito, alguns objectos de investigação sugerem a utilização de métodos e técnicas de carácter mais quantitativo

(quando o universo em estudo é muito vasto). A lógica extensiva é caracterizada pelo uso dominante de técnicas quantitativas. A sua principal vantagem é o facto de permitir o conhecimento em extensão de fenómenos e, é com base neste propósito que vamos apresentar alguns resultados que foram recolhidos a partir dos diferentes relatórios de Actividades do *ex-Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência e do Instituto da Droga e da Toxicodependência*.

Esta informação só foi possível ser obtida, pelo privilégio que a própria investigadora teve, uma vez que na sua prática profissional quotidiana é responsável pelo *Tratamento* destes dados, já que desde 2000 trabalha no Núcleo de Apoio Técnico do *Instituto da Droga e da Toxicodependência*.

Podemos, de uma forma reduzida, desenhar os estudos em apenas dois tipos: quantitativo ou qualitativo. A opção tomada para este estudo foi a de um caminho qualitativo, pois estes, “*baseiam-se na presunção de que a realidade é socialmente construída*” (Quartilho, 2001, p. 45). Na perspectiva deste autor, neste tipo de metodologia, as pessoas não serão um número ou uma variável, mas sim, uma história, pessoas num determinado contexto social e cultural. Não é uma escolha de o mais certo ou o mais indicado, mas sim e, com certeza, que poderá ter a ver com as escolhas da própria investigadora em termos teóricos. Escolher a metodologia qualitativa significa seguir alguns passos, ou seja, utilizar um tipo de ferramenta para recolha de informação que será diferente da metodologia quantitativa. Esta recorre a uma ferramenta que é a análise de conteúdo das próprias entrevistas. A investigação qualitativa aceita as sensibilidades pós-modernas, reconhecendo que o mundo é povoado por múltiplas histórias, convivendo entre si, apesar das diferenças. Talvez por esta razão, a investigação qualitativa é também um reino de diversidade, onde se escondem múltiplos paradigmas, ainda em desenvolvimento, num espectro multidimensional e pluralista. Assim, optou-se pela realização de entrevistas junto dos técnicos que trabalham no *Instituto da Droga e da Toxicodependência*, como método de recolha da informação.

A opção pelas entrevistas semi-estruturadas partiu do princípio de que a conversação é um dos espaços privilegiados do surgimento da representação social e que este tipo de instrumento, apesar das suas limitações, é o que se aproxima de estabelecer algo

semelhante a uma conversa. Ao longo desta investigação não houve necessidade de realizar um pré-teste, já que o que se pretendia era perceber o discurso dos diferentes técnicos sobre o objecto em estudo. Por outro lado, a revisão bibliográfica e conceptual permitiu-nos ultrapassar esta fase e passarmos automaticamente para a aplicação das entrevistas. Assim, realizámos algumas questões/tópicos que eram importantes serem abordados ao longo das entrevistas (anexo n.º 1).

Neste caso, as entrevistas foram gravadas para posterior transcrição integral, ou seja, não foram apenas as palavras proferidas que tivemos em conta, mas as hesitações, gaguejos, correcções, repetições, risos, pausas e sua duração. Assim, a análise dos processos discursivos teve como pressuposto apreender e relacionar as transformações que foram dando forma ao objecto, nas articulações dos temas e das formas.

O tratamento das transcrições pressupôs a leitura exhaustiva e atenta de cada entrevista. Esta leitura veio permitir a progressiva emersão do investigador no material, facilitando a demarcação de temas e a captação das suas transformações ao longo do processo discursivo.

Não estive em questão separar temas em compartimentos estanques mas captar, na entrevista, o encadeamento do que ia sendo abordado, as formas pelas quais se dava a abordagem e as transformações que se iam operando. Depois, partiu-se para a realização do *Tratamento* comparativo dos discursos, procurando captar não só as variâncias e invariâncias, mas, sobretudo, indícios da reconstrução selectiva do objecto e da sua inserção em contextos próprios aos valores, modelos e símbolos característicos às pertenças e referências dos sujeitos, dos núcleos figurativos ou imaginéticos de diferentes ordens, presentes no conjunto do material, dando contorno ao objecto de estudo.

O tratamento comparativo do processo discursivo de entrevistas veio permitir que se chegasse à captação dos momentos da objectivação e da ancoragem das representações do objecto *droga* e do *toxicodependente*, considerando-os nos indícios presentes nos discursos.

A interpretação não foi automática nem fácil. Ela não aconteceu automaticamente ao fim da análise de dados. Ela teve que ser preparada com detalhe e antecedência, caso contrário não tínhamos material para interpretar.

Assim, a consistência teórica não podia faltar, uma vez que se trabalha sempre a partir de uma referência conceitual e foi preciso apoiarmo-nos nela para a interpretação. Por outras palavras, os conceitos da teoria vieram clarificar as respostas que fomos obtendo junto dos técnicos entrevistados. É preciso dominar os conceitos e conhecer as aplicações prévias dos mesmos, de modo a ser possível chegar a conclusões relevantes e pertinentes sobre o objecto em estudo.

As sínteses a que se pôde chegar pela consideração do processo discursivo pretende dar conta das marcas do sujeito no social, no mesmo movimento pelo qual o social marca aqueles que o fazem e constituem. Por fim, é importante salientar que a interpretação também ela sofre os condicionalismos de quem a faz.

7.3. – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

O estudo das representações sociais de um objecto se, numa primeira abordagem, exige uma caracterização dos sujeitos, pois é destes a linguagem a ser estudada, numa segunda instância é necessário a articulação com as condições sociais, históricas e culturais.

Quadro n.º 1 - Perfil dos técnicos por nós entrevistados

<i>Categoria Profissional</i>	<i>Idade/ Anos</i>	<i>Sexo</i>	<i>Local de Trabalho</i>	<i>N.º de anos a trabalhar na problemática da toxicodependência</i>
Médico	58	Masculino	Leiria	20 anos
Médico	43	Feminino	Lisboa	12 anos
Psicólogo	34	Masculino	Braga	8 anos
Psicólogo	40	Feminino	Porto	15 anos
Assistente Social	45	Feminino	Braga	15 anos
Assistente Social	35	Masculino	Porto	9 anos
Enfermeiro	31	Feminino	Braga	6 anos
Enfermeiro	40	Masculino	Viana do Castelo	15 anos
Psicossocial	30	Feminino	Guimarães	8 anos
Psicossocial	39	Feminino	Lisboa	16 anos

A determinação dos sujeitos a serem entrevistados, neste caso, dois médicos, dois psicólogos, dois técnicos de serviço social, dois enfermeiros e dois técnicos psicossociais, não foi aleatória. Esta definição foi realizada de forma a encontrarmos um grupo metodologicamente representativo do universo considerado – os técnicos e as diferentes categorias profissionais que desenvolvem a sua actividade na área do *Tratamento*, no *Instituto da Droga e da Toxicodependência (I.D.T.)* -, contrastado por critérios apontados na literatura pertinentes como mobilizadores de eventuais

diferenças: sexo, idade, tempo de trabalho na área da *toxicodependência*, a trabalhar em diferentes *Centros de Tratamento do IDT* (de modo a podermos encontrar as diferenças entre o «centro e a periferia»).

Na evolução da investigação não foi casual a opção pela constituição de grupos metodologicamente representativos homogêneos. Estas opções decorreram de como se definiu tanto o objecto quanto os sujeitos. A determinação do número destes últimos esteve relacionada com a caracterização coerente do universo e de como se articula o objecto teoricamente. Foi desnecessário, como tal, questionarmo-nos se o número de sujeitos era o suficiente para uma investigação científica... tivemos, portanto, foi que reflectir sobre o que é que dava consistência científica à investigação. Isto é, de que forma se circunscreve o objecto, que exigências teóricas traz esta circuncisão, de que modo se caracterizam os sujeitos, que caminhos e que estratégias são pertinentes e coerentes ao objecto, aos sujeitos e têm condições de viabilidade para o pesquisador. Neste sentido, o número de sujeitos, a duração das entrevistas, a forma que estas assumiram foram consequência dos posicionamentos teóricos preliminares que sustentam estas opções, justificando-as.

8 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Antes de iniciarmos esta pesquisa, verificámos que, por exemplo, a legislação foi evoluindo em torno do consumidor de *drogas* e, actualmente, declara-o de “doente” e encaminha-o para *Tratamento*. Analisámos o que as artes (desde o teatro, à música, à literatura) nos foram transmitindo, ao longo dos tempos, através das heranças deixadas pelos vários artistas, ou peças de arte... Também nos confrontámos com o que os especialistas têm escrito e pensado, acima de tudo, sobre o objecto *droga* e o indivíduo *toxicodependente*. Assim, com o presente capítulo visamos realizar uma análise e discussão dos resultados obtidos.

Neste sentido, José Manuel Almeida e Costa (1996, p. 63) diz: “*O que se tem feito até agora, a partir do momento em que se decidiu ser o drogado, um doente, logo irresponsável, foi fazer mais de mais, ou seja, se a doença progride, há que aumentar os cuidados curativos, e aumentar a Prevenção, não uma Prevenção da doença (cuja etiologia se desconhece, ou conhece apenas superficialmente), mas da diminuição dos medos que os não-doentes têm do Fenómeno*”.

A legislação e a própria estrutura de *Tratamento* diz que o *toxicodependente* é um doente que precisa de ser tratado... A sociedade, no seu discurso histórico/cultural, vai afirmando alguma dupla mensagem em relação ao *toxicodependente*. Os peritos vão-se questionando e pensando o sofrimento dos *toxicodependentes* e suas famílias e dando orientações à sociedade em geral sobre esta problemática.

Ao nível da *droga* e da *toxicodependência* as instituições que dão resposta a esta problemática têm um duplo papel. Por um lado, são os mecanismos reguladores do fenómeno e, por outro lado, devem dar resposta ao próprio sujeito que as procura (quer seja o doente que procura *Tratamento*, quer seja a sua família, quer seja a sociedade em geral).

As instituições são apresentadas por Giddens (2003) como sistemas de práticas com maior extensão espacio-temporal e que, por poderem ter um maior domínio sobre as regras e os recursos, apresentam uma maior capacidade para produzir mudanças. Aqui o poder aparece não como um recurso em si mesmo ou como tipos de conduta específicos, mas como a acção que dispõe de recursos e meios, através dos quais as relações transformadoras são incorporadas nas práticas sociais. As regras e os recursos estão na base da produção e reprodução social e são, simultaneamente, os meios de produção e de reprodução dos sistemas sociais. A regularidade dos sistemas sociais decorre da incorporação ao nível simbólico e normativo das rotinas quotidianas, que conduz, por um lado, à reprodução dessas práticas e, por outro, à expectativa que os outros também o façam.

Neste sentido, Pena Pires (1999, p. 35) define integração social como *“os modos de incorporação dos actores individuais em novos quadros de interacção, em consequência de episódios de mudança social e de deslocamentos intra-sistema de ordem, ciclos geracionais ou mobilidade social, ou inter-sistemas de ordem (migrações)”*. Entende estes modos como processos em que *“os actores participam activa e motivadamente, com histórias diferenciadas e poderes desiguais, accionando, reproduzindo ou transformando os sistemas de regras sociais estruturadores da interacção, de forma a reparametrizarem a sua inclusão na ordem interactiva”*. Esta reparametrização acontece em momentos e situações críticas, onde a regularidade e a rotinização das práticas sociais são total ou parcialmente abaladas. Uma fase de adaptação, negociação e aceitação na nova ordem social, surge como elemento que acompanha o processo de socialização, com repercussões ao nível da personalidade dos actores, como resultado de quadros e estruturas normativas diferentes.

As instituições que trabalham na área das *drogas* e da *toxicodependência* (quer sejam as ligadas à saúde, ou à justiça), assumem uma responsabilidades social que surge no âmbito do papel fulcral que as próprias instituições têm vindo a assumir, nas sociedades de hoje, na procura de soluções para os problemas sociais emergentes e para o bem-estar geral das populações. Parece assumir cada vez mais relevo a ideia de que, dependem em grande parte da acção das instituições, os níveis de desenvolvimento dos

países. Esta acção e este papel das instituições incorpora a dimensão de responsabilidade social relativamente aos saberes que se conhecem e (re) produzem em torno dos diferentes objectos ou problemáticas em estudo.

Não é fácil, para uma só área disciplinar de análise, perceber a existência, num mesmo sujeito, do delinquente, da vítima e do doente, numa tripla conexão, que só pode ser entendida se observada à luz da interdisciplinaridade e da pluridisciplinaridade.

Hoje em dia pode dizer-se, igualmente, que existe uma *politoxicodependência*, isto é, o consumo de várias substâncias em simultâneo, com os medicamentos (psicotrópicos) a terem também um grande peso. No entanto, o *haxixe* é, sem dúvida, o mais consumido, seguindo-se os tranquilizantes, barbitúricos, anfetaminas, *heroína* e *cocaína*, estando o consumo desta última a aumentar bastante.

A passagem do consumo ocasional ao abuso e até à dependência, não é devida a uma causa única, mas sempre uma combinação da personalidade do consumidor, do meio social em que está inserido e da substância consumida (acesso). Uma circunstância só por si não é suficiente para explicar o desenvolvimento de uma dependência, mas antes a combinação de factores de risco individual e social combinados.

8.1 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE DADOS QUANTITATIVOS QUE CARACTERIZAM A EVOLUÇÃO DAS RESPOSTAS INSTITUCIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE –

O carácter ilícito do consumo destas *drogas* aliado à sua forte estigmatização (social, política, etc.), torna o acesso a esta população de consumidores, com a finalidade de realização de estudos epidemiológicos, bastante difícil e limitado. O recurso a múltiplas fontes de informação, correspondendo a pontos de contacto ocasionais desta população com os sistemas sociais formais existentes (Serviços de Saúde, Serviços Sociais, Serviços de Justiça/Prisionais, ONG's, etc.), tem sido uma das formas utilizadas para minimizar alguns dos problemas (nomeadamente, o da representatividade) associados a estas dificuldades. Existirá sempre, contudo, uma *população oculta de consumidores de drogas ilícitas*, implicando a necessidade de se fazerem *estimativas* de consumo de *drogas* recorrendo a métodos e modelos estatísticos diversos.

Assim, delimitámos a nossa investigação aos serviços prestados pelo *Instituto da Droga e da Toxicodependência*, uma vez que pensamos ser este o que poderá garantir uma maior representatividade da nossa análise. Por outro lado, tornou-se extremamente relevante realizar um diagnóstico relativamente aos serviços/actividade prestada pelo próprio *Instituto da Droga e da Toxicodependência*, porque pensamos que esta leitura poderá dar suporte e consistência aos discursos produzidos pelos próprios técnicos que trabalham nesta instituição.

O *Instituto da Droga e da Toxicodependência* tem por missão promover a redução do consumo de *drogas* lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das *toxicodependências*. As principais atribuições assentam nos seguintes pressupostos: - Apoiar o membro do Governo responsável pela área da saúde na definição da estratégia nacional e das políticas de luta contra a *droga*, álcool e *toxicodependências* e sua avaliação; - Planear, coordenar, executar e promover a avaliação de programas de *Prevenção*, de *Tratamento*, de *Redução de Riscos e Minimização de Danos* e de *Reinserção Social*; - Apoiar acções para potenciar a dissuasão dos consumos de substâncias psicoactivas; - Definir os requisitos para licenciamento de unidades de prestação de cuidados de saúde na área das

toxicodependências, nos sectores social e privado e fiscalizar o cumprimento desses requisitos; - Desenvolver, promover e estimular a investigação e manter um sistema de informação sobre o fenómeno das *drogas* e das *toxicodependências*, que lhe permita cumprir as actividades e objectivos enquanto membro do Observatório Europeu da *Droga* e da *Toxicodependência* (OEDT); - Assegurar a cooperação com entidades nacionais e internacionais nos domínios da *droga*, do álcool e das *toxicodependências*. As suas principais áreas de intervenção são a *Prevenção, Tratamento, Redução de Riscos e Minimização de Danos, Reabilitação, Dissuasão, Investigação e monitorização, Formação e Relações Internacionais*.

Passamos agora a apresentar a evolução das respostas que existem na área da *toxicodependência*. Importa, antes de mais, salientar que existem quatro modalidades de resposta, designadamente: A) *Unidades Públicas* que são Unidades que integram a Rede Nacional de *Unidades de Tratamento* do IDT; B) *Unidades Privadas* que são todas as Unidades de prestação de cuidados de Saúde na área da *toxicodependência*, às quais foram atribuídas pelo IDT licenças de funcionamento. Só estas unidades podem aceitar *toxicodependentes* em *Tratamento* (Decreto Lei n.º 16/99 de 25 Janeiro e Decreto Lei n.º 13/93 de 15 Janeiro); C) *Unidades Privadas Convencionadas* tendo em vista a criação de uma Rede Nacional de Unidades de *Tratamento - Unidades Terapêuticas, Clínicas de Desabituação e Centros de Dia* - estabelece-se que o Estado, através do IDT, deverá estabelecer convenções com unidades privadas de saúde, com ou sem fins lucrativos, visando proporcionar *Tratamento* a todos os que o queiram e que, para tal, tenham indicação clínica (Despacho Conjunto n.º 261-A/99 - D.R. - II série, n.º 70 de 24/03/99); D) *Unidades Privadas não Convencionadas* que são Unidades Licenciadas pelo IDT, mas que não beneficiam de convenção.

O enfoque desta análise assenta na alínea A), já que foi necessário delimitar o nosso objecto.

Quadro n.º 2 – Abertura por anos (1986 a 2005) das estruturas do IDT que dão resposta ao fenómeno da toxicodependência

Ano	CAT	Extensões	Consultas	TOTAL	U.Desab.	C.Terap.	C.Dia
1986	3	-	-	3	-	-	-
1987	4	-	-	4	1	2	1
1988	5	1	-	6	1	2	1
1989	6	7	-	13	1	2	1
1990	7	9	-	16	1	2	1
1991	10	9	-	19	2	2	1
1992	11	11	-	22	2	2	2
1993	12	11	-	23	2	2	2
1994	13	13	-	26	3	2	2
1995	23	9	-	32	3	2	3
1996	25	10	-	35	4	2	3
1997	29	10	-	39	4	2	3
1998	31	12	-	43	5	2	3
1999	40	10	6	56	5	2	4
2000	43	7	13	63	5	2	4
2001	45	8	16	69	5	2	4
2002	45	9	17	71	5	2	4
2003	45	9	16+3*	73	5	2	4
2004	45	11	19+3*	78	5	2	4
2005	45	11	21+3*	80	5	2	3

* 3 NAT – Núcleo de Atendimento a Toxicodependentes.

Fonte: Informação elaborada pela autora a partir de dados recolhidos em relatórios de actividades do ex-SPTT e IDT.

- Ainda não se encontravam em funcionamento.

Pela leitura do quadro n.º 2 é possível observar as Unidades prestadoras de cuidados de saúde que o *toxicodependente* tem ao seu dispor. Facilmente se constata que o número de *Centros de Atendimento a Toxicodependentes* aumentou significativamente, desde 1996. Já no Projecto de Lei Orgânica do SPTT – Decreto Lei n.º 43/94, de 17 de Fevereiro, e consequente revisão pelo Decreto Lei n.º 67/95, de 8 de Abril se apontava para a necessidade de uma unidade especializada de atendimento por distrito.

Os *Centros de Atendimento de Toxicodependentes (CAT's)* são unidades de *Tratamento* em regime ambulatorio, em que se presta cuidados globais a *toxicodependentes*, individualmente ou em grupo. Estas unidades especializadas existem em todos os distritos, num total de 45 Unidades (no ano 2005). As equipas que integram os *CAT's* são constituídas por médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social e técnicos psicossociais que, em regime ambulatorio, apoiam *toxicodependentes* nas várias modalidades de *Tratamento e Reinserção Social*.

A Portaria n.º 484/2003, refere que as *Comunidades Terapêuticas (CT)* são Unidades Especializadas às quais compete “(...) *prestar cuidados a toxicodependentes que necessitem de internamento prolongado, com apoio psicoterapêutico e socioterapêutico, sob supervisão psiquiátrica*”. Pode-se dizer que, historicamente, as *CT* têm sido Unidades com programas livres de *drogas*, embora prevendo uma intervenção médica sempre que pertinente e necessário. O *IDT* dispõe de 3 unidades públicas deste tipo, uma em Matosinhos (em Instalação – no ano de 2005), uma em Coimbra e outra em Lisboa. O *IDT* dispõe também, através de convenções com *Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS)* e outras Organizações Privadas, mais de 56 unidades (2005) distribuídas pelo Território Nacional, devidamente Licenciadas e Convencionadas. Existem ainda *Comunidades Terapêuticas* licenciadas pelo *IDT*, mas que não beneficiam de convenção.

De acordo com a Portaria n.º 484/2003, as *Unidades de Desabilitação (UD)* são Unidades Especializadas às quais compete “(...) *realizar o Tratamento de síndromes de privação em toxicodependentes (enviados pelos CAT), sob responsabilidade médica, em regime de internamento*”. Este *Tratamento* é de curta duração (cerca de 6-7 dias).

Quando existe uma falta de capacidade de resposta atempada das Unidades Públicas, ou por conveniência do utente, é proposto o internamento em *UD* convencionadas. Estas estruturas estão orientadas para internamentos de curta duração para *Tratamento* de síndrome de privação, em *toxicodependentes* que não o conseguem fazer em ambulatorio. Em 2005 o *IDT* dispunha de 5 unidades deste tipo, uma no Porto, uma em Coimbra, uma em Olhão e duas em Lisboa. Tem também convenções com clínicas de Desabilitação privadas.

No Relatório de Actividades – 2001 do ex-SPTT referia-se que os *Centros de Dia (CD)* “(...) são estruturas que constituem uma interface entre o Tratamento e a Reinserção. Promovem, através do recurso a actividades ocupacionais lúdicas, pedagógicas e terapêuticas, o processo de ressocialização e de treino de competências sociais a par do processo de Tratamento”. A Portaria n.º 484/2003 não lhes faz qualquer referência. Estas unidades especializadas constituem um ponto de ligação entre o *Tratamento* e a *Reinserção*, envolvendo a aprendizagem de um modo de vida diferente das anteriores vivências pondo ao dispor do *toxicodependente* actividades terapêuticas, educativas, formativas e ocupacionais. O *IDT* dispunha em 2005 de 3 unidades deste tipo, uma no Porto e duas em Lisboa. Existem ainda outros *Centros de Dia em Unidades Privadas*.

Quadro n.º 3 – Evolução do número de Primeiras Consultas, Consultas de Seguimento e Doentes Activos

<i>Ano</i>	<i>Novos Doentes</i>	<i>Doentes Activos</i>	<i>Consultas de Seguimento</i>	<i>Total</i>
1986	981	*	11.565	12.546
1987	2.657	*	25.372	28.029
1988	3.700	*	38.846	42.546
1989	4.524	*	49.697	54.221
1990	4.236	*	52.202	56.438
1991	4.644	*	61.184	65.828
1992	5.065	*	63.420	68.485
1993	4.895	*	67.607	72.502
1994	5.750	*	88.100	93.850
1995	7.460	*	125.549	133.009
1996	9.889	*	162.063	171.952
1997	9.183	*	198.222	207.405
1998	8.935	23.654	229.102	238.037
1999	9.991	27.750	278.047	288.038
2000	9.559	29.204	300.485	310.044
2001	8.743	32.064	343.538	352.281
2002	6.241	31.835	361.126	367.367
2003	5.216	29.596	361.067	366.283
2004	5.023	30.266	374.149	379.172
2005	4.844	31.822	406.410	411.254
<i>TOTAL</i>	<i>121.536</i>	<i>236.191</i>	<i>3.597.751</i>	<i>3.719.287</i>

Fonte: Informação elaborada pela autora a partir de dados recolhidos em relatórios de actividades do ex-SPTT e IDT.

* Não há dados.

A evolução dos *novos doentes* nas estruturas da rede pública de *Tratamento* da *toxicodependência* permite-nos, sobretudo, ter uma noção da evolução da *procura de Tratamento* nestas estruturas (os CAT's), por parte desta população. Considera-se *novo doente* em cada ano, todo aquele que procura os serviços de um determinado CAT pela primeira vez na vida.

Assim, pela análise do quadro n.º 3, facilmente constatamos que, nos períodos em estudo, se observa um aumento significativo de *novos doentes*. Este facto, também está relacionado com a abertura de diferentes CAT's.

Considera-se *doente activo* em cada ano, todo aquele que teve pelo menos uma consulta nesse ano. O número de *doentes activos* tem vindo a aumentar, o que implica uma maior retenção dos doentes nos serviços e, como tal, nas consultas.

Já no que se refere às *consultas de seguimento*, antes de mais torna-se relevante salientar que, estas correspondem a consultas realizadas por médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos psicossociais.

A análise da evolução do número de *consultas de seguimento*, durante o período em análise, evidencia que o número destas consultas assume tendências semelhantes que a procura de *novos doentes*.

Quadro n.º 4 – Evolução do número de doentes por Programa de Substituição Opiácea

<i>Ano</i>	<i>METADONA</i>	<i>LAAM</i>	<i>BUPRENORFINA</i>	<i>TOTAL</i>
1997	1.830	285	□	2.115
1998	4.088	412	□	4.500
1999	5.343	697	□	6.040
2000	7.598	719	7	8.324
2001	9.664	42	527	10.233
2002	10.157	▼	1.987	12.144
2003	9.765	▼	2.743	12.508
2004	10.438	▼	4.143	14.581
2005	11.315	▼	4.517	15.832

Fonte: Informação elaborada pela autora a partir de dados recolhidos em relatórios de actividades do ex-SPTT e IDT.

▼ O LAAM deixa de ser ministrado

□ A Buprenorfina ainda não era ministrada

O *Tratamento* com administração de medicamentos está banalizado em Portugal, podendo distinguir-se o *Tratamento de Substituição* e o *Tratamento com Antagonistas*. Até 1997 desconhece-se o número de utentes segundo os *Programas de Substituição*.

De acordo com a OEDT (2004), actualmente são mais de 25% os consumidores de opiáceos na União Europeia que integram *Programas de Substituição* de opiáceos. De 1999 a 2003 o número de indivíduos que recebem este tipo de *Tratamento* cresceu de 320.000 para 410.000.

Portugal apresenta dados que revelam uma expressiva evolução do número de indivíduos em *Tratamento com Substituição*: em 1997, 2.115 *toxicodependentes* e em 2005, 15.832 indivíduos.

As estimativas apontam também para o facto de que um terço dos *toxicodependentes* com consumos problemáticos de opiáceos, na União Europeia, está integrado em *Tratamentos de Substituição*, sendo a *Metadona* o medicamento mais prescrito. Os estudos desenvolvidos no âmbito dos consumidores problemáticos de *drogas* têm demonstrado que o *Tratamento de Substituição* de opiáceos, viabiliza a manutenção do contacto do indivíduo com a unidade prestadora de cuidados, “(...) *diminui o risco de infecções (por exemplo SIDA e a Hepatite) e melhora o seu estado geral de saúde; reduz a criminalidade relacionada com as drogas; e ajuda-os a reinserirem-se na sociedade*” (OEDT, 2004).

Os opiáceos são substâncias depressoras ou sedativas do sistema nervoso central. São conhecidos, o ópio e os seus derivados: a morfina, a *heroína* e os opiáceos sintéticos, que são usados com indicação terapêutica, como a *Petidina*, o *LAAM (Levoalfa-acetil-metadol*, actualmente já não é utilizada em Portugal), a *Buprenorfina* e a *Metadona*.

A *Metadona* foi desenvolvida por farmacêuticos alemães durante a Segunda Guerra Mundial para ser utilizada como analgésico. Foi utilizada, pela primeira vez, com dependentes de opiáceos, no Hospital/Prisão de Saúde Pública norte-americano em Lexington, Kentucky, como agente de desintoxicação. Constatou-se que a *Metadona* era melhor do que a morfina, para uso clínico, por ser mais barata, ser administrada por via oral e de efeito mais duradouro do que a morfina (Marlatt, 1999).

No *Tratamento* da dependência de *heroína* pode ser adequada a utilização de opiáceos sintéticos – os opióides. Quando se utiliza um medicamento opióide para *Substituição* pretende-se reduzir, ou anular, quer a ânsia para o consumo conhecida por *craving*, quer

o aparecimento de algum sintoma de privação, factores que são responsáveis pela eventual recaída opiácea com *heroína*.

O *Programa de Substituição* com *Metadona* proporciona um melhor acesso aos cuidados, um acompanhamento médico mais regular, uma diminuição do número de injeções endovenosas de risco e uma melhor *Reinserção Social* com diminuição das actividades delinquentes. O conjunto destas consequências permite a *Redução dos Riscos* associados ao consumo de *drogas* e consequentemente a *Minimização de Danos* associados à infecção pelo *HIV*.

Nem todas as pessoas que aderem ao *Tratamento* têm os mesmos objectivos. Algumas querem parar definitivamente os consumos, outras procuram reduzir ou tentar controlar o seu uso. Algumas iniciam a *Metadona* pensando que irão necessitar desta indefinidamente, outras sentem que só a irão utilizar por um curto período de tempo. A duração do período de *Tratamento* deve respeitar o espaço de tempo necessário à efectivação de mudanças significativas na vida da pessoa.

Actualmente em Portugal e na Europa co-existem dois tipos de programas, os que se desenvolvem em locais fixos tais como, *Comunidades Terapêuticas*, *CAT's*, *Farmácias*, *Centros de Saúde*, *Estabelecimentos Prisionais* e outras instituições e os que decorrem da actividade de equipas de saúde que se deslocam em carrinhas devidamente apetrechadas (*Unidades Móveis*).

Em função do tipo e manutenção do consumo abusivo de *drogas*, os *Programas de Substituição Opiácea (PSO)* com *Metadona* podem ainda classificar-se em *alto*, *médio* e *baixo limiar de exigência*, em função dos objectivos do *Tratamento*, ajustados a cada pessoa:

- ✓ *Programas de Alto Limiar de exigência*: nos programas de alto limiar, o objectivo fundamental é a abstinência, a ausência total de consumo de substâncias psicoactivas. Este tipo de programa implica uma aceitação de regras e critérios claros, que incluem a frequência obrigatória periódica a consultas médicas e/ou psicoterapêuticas, controlo periódico de pesquisa de metabolitos na urina, outras análises laboratoriais e a abstinência de outras *drogas* para além

da *heroína*. O incumprimento do compromisso assumido pode resultar na exclusão do programa. Estes programas podem decorrer durante anos, dependendo este factor do tempo que o utente necessita para “(...) *estabilizar a gestão da sua vida* (...)” (Patrício, 1997, p. 320).

- ✓ *Programas de Médio Limiar de exigência*: têm como um dos objectivos viabilizar e garantir a “*ligação*” do doente com as unidades de saúde, manter o seu contacto com os profissionais de saúde e reduzir os seus comportamentos de risco. Pretende-se também “*trabalhar*” a motivação do utente para evoluir para um programa terapêutico de alto limiar. Existe uma maior tolerância em relação a algum incumprimento de regras pré-estabelecidas, incluindo consumos raros e esporádicos de *heroína* e/ou outras *drogas* (Patrício, 1997).
- ✓ *Programas de Baixo Limiar de exigência*: constituem programas com uma marcada vertente de carácter bio-psico-social, que se desenvolvem com o objectivo de diminuir os efeitos negativos associados ao consumo de substâncias psico-activas, quer a nível individual, quer a nível colectivo. São programas que têm objectivos marcadamente sociais e de saúde pública. Os utentes integrados neste tipo de programas, na maioria dos casos, mantêm o consumo de *drogas*, embora as práticas associadas ao consumo e outros comportamentos se alterem. Constitui objectivo imediato e fundamental a *Redução de Riscos e Minimização de Danos* para o próprio e para a sociedade. Os utentes inseridos em *programa de Substituição opiácea de baixo limiar*, recorrem frequentemente às unidades móveis (carrinhas), embora seja frequente a sua inclusão em *Programas de Substituição opiácea* (PSO) que decorrem nos CAT's. Na opinião de Luís Patrício (1997), são um recurso para a defesa social, para o *Tratamento* da pessoa e para a promoção da dignidade do utente.

O programa de *Metadona* é o mais desejado por todos os utentes pelas características que este fármaco apresenta e pela sua gratuitidade. O *Cloridato de Metadona* produz dependência e, como tal, está sujeito a medidas de controlo e verificação: existem normas e regras definidoras do “*setting*” terapêutico à chegada do utente às unidades de *Tratamento*.

Este tipo de *Tratamento* é alvo de muitas críticas. A maioria das pessoas fica reticente a este tipo de *Tratamento*, por se tratar de uma dependência com um agonista que, igualmente, produz dependência. Para muitos a *Metadona* trata-se de mais uma *droga*. No entanto, o *SPTT* actual *IDT*, considerava que a universalidade dos *Tratamentos*, por este narcótico, ficava a dever-se ao seu comportamento farmacocinético, caracterizado por óptima capacidade de absorção e eficácia por via oral, baixa toxicidade, lenta metabolização, longa durabilidade, progressiva capacidade bloqueadora da euforia provocada pela *heroína* e fraco poder sedativo. É o *Tratamento* de eleição que evita a dezenas de milhar de dependentes permanecer no consumo de tóxicos, ao mesmo tempo que consegue manter os consumidores em condições sociais confortáveis, sem urgência de terem de procurar *droga*.

O *Naltrexone* era um *Antagonista* sem efeitos *Agonistas* e tinha um tempo de semi-vida longo. Habitualmente era induzido após estar resolvido o síndrome de abstinência. A estabilização decorria pela segunda semana e o período de manutenção médio era de seis meses a um ano. Para consolidar o sucesso, a psicoterapia e a socioterapia deviam acompanhar o *Tratamento*, ajudando o doente a inverter a desorganização da sua vida provocada pela *toxicodependência*.

Este tipo de *Tratamento* alternativo, cujo encargo era bastante elevado, era suportado pelo utente ou família, embora passado algum tempo, por vezes meses, fosse reembolsado, pelo Ministério da Saúde em 40%.

No entanto, nos finais de 2001 inícios de 2002, face a alguns estudos realizados a este fármaco e após a morte de alguns indivíduos (sem se ter a garantia de que a administração deste fármaco possa ter contribuído para a sua morte), a *Naltrexone* começa a ser retirada dos programas terapêuticos e gradualmente começa a ser utilizada a *Buprenorfina*.

Todos os outros utentes, cujo quadro clínico, psicológico, social e até mesmo a dependência e experiência de *Tratamentos* passados não tivessem indicação para esta modalidade de *Tratamento*, eram encaminhados para o programa do narcótico substituto – *Cloridato de Metadona*.

A *Buprenorfina* (vulgarmente conhecida por *Subutex*) é um narcótico usado para o *Tratamento* de dependência opiácea. É usado como substituto dos efeitos da *heroína* e outros opiáceos.

Esta substância pode ser receitada depois de se terem efectuado testes, ter sido feita uma avaliação completa e de se ter identificado a dependência de opiáceos. A *Buprenorfina* é prescrita na forma de um comprimido que se dissolve debaixo da língua. É tomada uma vez por dia e, normalmente, no início é dada sob supervisão.

A *Buprenorfina* funciona substituindo o efeito da *heroína* e de outros opiáceos numa pessoa dependente. Este medicamento também tem um efeito *Antagonista* sobre outros narcóticos opiáceos. Em doses mais elevadas, este efeito *antagonista* pode reduzir o risco de consumo compulsivo de outros opiáceos.

O *Tratamento* inicia-se por um processo de titulação, o que permite que se consiga uma dose suficiente sem que o utente fique “*anestesiado*” e sem que sinta sintomas opiáceos de ressaca. A *Buprenorfina* pode tomar-se por períodos curtos ou mais longos. Pode fazer parte de um programa de redução ou pode ser mantida por períodos longos de tempo.

O programa de *Tratamento* é negociado individualmente com o utente e o terapeuta para se assegurar que se está a verificar a redução do uso de *drogas* ilícitas e uma melhoria no estado de saúde.

Os *Programas de Substituição* obedecem a um conjunto de procedimentos onde são especificados o medicamento a utilizar, a população a que se destina, o tipo de *Tratamento* e administração do fármaco, a duração do programa, os critérios de admissão e de exclusão, o modelo psicoterapêutico escolhido e as pessoas responsáveis pelo programa, familiares do indivíduo e elementos da equipa de saúde. Não existe um critério rigoroso para a admissão nos *Programas de Substituição*, no entanto, podemos dizer que os critérios mais “*imperiosos*” são: ter mais de 18 anos de idade, ter análises positivas para o *HIV*, gravidez, vários anos de *toxicodependência* com várias tentativas de outros *Tratamentos* falhadas, doença mental, evidência de doença grave e ausência ou inconstância de apoio familiar.

Estes *Tratamentos* têm como base a perspectiva que nega definitivamente a dicotomia “*tudo*” ou “*nada*”. Apesar de a abstinência continuar a constituir um objectivo em todas as abordagens, o “*timing*” e percurso do *Tratamento* é subjectivo e estreitamente personalizado, não existindo “*fórmulas mágicas*” e generalistas.

No domínio da recuperação do *toxicodependente* é fundamental investir em estratégias de *Prevenção* de recaídas. Nesse contexto, a abstinência deve ser considerada com prudência e como um equilíbrio instável sempre em risco de se perder em determinadas situações (Costa, 1995).

Neste tipo de *Tratamentos* a vontade demonstrada pelo indivíduo em reduzir os riscos para a sua saúde, modifica a sua relação com a *droga*, conseguindo deste modo reconstituir o contexto socioafectivo e laboral, viabilizando assim a mudança desejada. No início, esta pode constituir apenas uma redução na quantidade e frequência dos consumos ou uma alternativa à via de administração de *droga* injectada; não é fundamental nem emergente a abstinência imediata, rápida e definitiva. O próprio indivíduo com o apoio da equipa multidisciplinar encontrará o momento para viver sem *drogas*.

Quadro n.º 5 – Evolução do número de Doentes em Tratamento em Unidades de Desabilitação, Comunidades Terapêuticas, Centros de Dia e Serviço de Atendimento Permanente

<i>Ano</i>	<i>Unidades de Desabilitação</i>	<i>Comunidades Terapêuticas</i>	<i>Centros de Dia</i>	<i>Serviço Atend. Permanente</i>
1987	116	–	–	534
1988	311	–	–	3.197
1989	342	–	–	6.071
1990	325	54	–	13.260
1991	509	66	–	10.500
1992	558	58	–	9.408
1993	621	71	–	7.730
1994	721	65	–	9.594
1995	1.086	65	–	13.694
1996	1.220	76	–	13.649
1997	1.370	69	68	11.468
1998	1.405	62	76	Encerrou em 1997
1999	1.885	63	106	Δ
2000	1.939	67	83	Δ
2001	1.852	72	80	Δ
2002	1.840	66	89	Δ
2003	1.873	57	73	Δ
2004	1.792	75	83	Δ
2005	1.766	68	74	Δ
<i>TOTAL</i>	<i>21.531</i>	<i>1.054</i>	<i>732</i>	<i>99.105</i>

Fonte: Informação elaborada pela autora a partir de dados recolhidos em relatórios de actividades do ex-SPTT e IDT.

- Ainda não se encontravam em funcionamento.

Δ – Encerrou em 1997.

Pela leitura do quadro n.º 5 facilmente se consta que, à semelhança da evolução do número de consultas e do número de doentes admitidos nos CAT's (quadro n.º 3), também nas *Unidades de Desabilitação, Comunidades Terapêuticas e Centros de Dia* se observa um crescimento dos doentes em tratamento. No entanto, destaca-se que o incremento do número de utentes em tratamento nestas estruturas evolui à medida que a capacidade de resposta aumenta, ou seja, de acordo com a abertura de novas Unidades.

Importa, ainda, salientar que os dados referentes ao número de utentes em tratamento em *Unidades de Desabilitação*, *Comunidades Terapêutica* e *Centro de Dia* são regulados pela capacidade de lotação destas estruturas. Por outro lado, nas *Comunidades Terapêuticas*, sendo os projectos terapêuticos de longa duração (cerca de um ano) a capacidade de resposta fica condicionada por períodos de tempo longos, ficando por isso as unidades sem camas disponíveis.

Câmara (citado por Lowenstein *et al.*, 1998), diz-nos que independentemente do tipo de *toxicodependência*, o *Tratamento* dos *toxicodependentes* deve ser encarado como um processo complexo de (re)arranjos por etapas, nos quais os diversos recursos disponíveis se complementam e se articulam, indo ao encontro das verdadeiras necessidades destes doentes. Desta forma, este autor defende que não há uma resposta universal para a problemática da *toxicodependência*, nem um modelo comum de *Tratamento* que se ajuste a todos os *toxicodependentes*. Neste sentido, existe uma multidisciplinaridade de respostas que vão desde as *Comunidades Terapêuticas (CT)*, *Unidades de Desabilitação (UD)* e *Centros de Dia (CD)*.

Os pressupostos desta investigação traçaram à partida objectivos limitados. Não é pois, nem era a sua intenção, uma avaliação global de todos os problemas respeitantes à *toxicodependência*, e muito menos daqueles que se prendem à prática, a saber, a intervenção pluri-preventiva. O projecto de cuidar a *toxicodependência* levanta infalivelmente a questão das *representações sociais* que fazem mutuamente o terapeuta e o seu doente.

A legislação e a própria estrutura de *Tratamento* referem que o *toxicodependente* é um doente que precisa de ser tratado. A sociedade, no seu discurso histórico/cultural, vai afirmando alguma dupla mensagem em relação ao *toxicodependente*. Os peritos vão-se questionando e pensando o sofrimento dos *toxicodependentes* e, dando orientações a quem trabalha lado a lado, num processo de escuta, no terreno.

Promover a saúde e o bem estar, na sua dimensão física, psicológica, familiar e social, é uma atitude de *Prevenção* do abuso de *drogas* e da *toxicodependência*. Médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais, devem e podem intervir na promoção da saúde.

8.2 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS A PARTIR DAS ENTREVISTAS

É fundamental compreender que o *Tratamento* consiste na aplicação de medidas, médicas, psicológicas, pedagógicas, familiares e sociais. Foi com base neste pressuposto que decidimos entrevistar os técnicos que trabalham, directamente, no *Tratamento do toxicodependente*. Desta forma, é fundamental perceber quais as suas representações sociais sobre o sujeito *toxicodependente* e sobre o objecto da *droga*.

A utilização da entrevista como instrumento de recolha de informação, serviu para obter uma maior riqueza e diversidade, pois vinha, directamente, do discurso do próprio técnico. Ausloos (1996, p. 36) afirma que o “(...) *comportamento do terapeuta pós-moderno não deve continuar a proceder de um ponto de vista pessoal. Em vez de se afirmar no seu orgulho, deve alimentar-se de humildade (...)*” Foi nesta postura que a investigadora se colocou, durante as entrevistas. Como se nada soubesse sobre o assunto, sempre com curiosidade, dando assim espaço para que, de facto, a ajudassem a perceber o fenómeno e a forma como ele é perspectivado pelos técnicos.

Segundo Rogiers (1993, p. 22) a entrevista é um método de recolha de informações que consiste em conversas orais, individuais ou de grupos, com várias pessoas seleccionadas cuidadosamente, a fim de obter informações sobre factos ou representações, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspectiva dos objectivos da recolha de informações. Depois das entrevistas realizadas, fez-se a transcrição na íntegra de cada uma delas previamente gravadas.

A análise de conteúdo é mais uma das ferramentas da metodologia qualitativa. Segundo Bardin (1977, p.104) “(...) *análise de conteúdo é sempre de ordem semântica (...)*. Estes passos que se têm vindo a dar tiveram sempre presentes, algumas questões: *Qual é representação social que os técnicos que trabalham na área da toxicodependência têm do indivíduo e da própria substância? Qual a relação entre as respostas institucionais e*

as representações sociais do fenómeno? Estas questões guiaram toda a recolha de informação e respectiva análise das entrevistas.

A análise de conteúdo pode considerar-se como um conjunto de procedimentos que têm como objectivo a produção de um texto analítico, no qual se apresenta o corpo textual dos documentos recolhidos de um modo transformado.

É, assim, possível estabelecer um conjunto de tarefas que constituíram o processo analítico básico, isto é, a análise pressupõe um processo de redução de dados – partiu-se de um conjunto amplo e complexo de dados, para chegar a elementos manipuláveis que permitissem estabelecer relações e obter conclusões. Assim, uma das primeiras tarefas foi efectuar a separação dos dados em unidades relevantes e significativas – *Dimensões*, esta divisão da informação em dimensões realizou-se em função do tema abordado. A identificação e classificação das *dimensões* consistiu em examinar as entrevistas, de modo a encontrar nelas determinadas componentes temáticas, que permitissem classificá-las numa determinada categoria de conteúdo. Depois de encontradas as dimensões passou-se à identificação dos *indicadores*. Este processo de redução dos dados teve como objectivo simplificar a informação.

Cobb e Rixford (1998) apontam um *indicador* como referente a um conjunto de estatísticas que pode servir enquanto “*metáfora*” de um fenómeno que não é, directamente, mensurável, reconhecendo que, no entanto, o termo é usado muitas vezes, com menor precisão, para significar qualquer dado que se relaciona com condições sociais. No entanto, Quivy e Campenhoudt (1997) afirmam que “*o indicador é, em princípio, uma manifestação observável e mensurável das componentes do conceito*”.

Todo e qualquer cidadão tem as suas opiniões sobre muitos assuntos e, naturalmente, também sobre as questões da *toxicodependência* e da *droga*. Sobre esta problemática, as pessoas têm as suas opiniões, por vezes bem diversas ou díspares, desde as chamadas “*bocas*” até às opiniões mais elaboradas. Face ao fenómeno da *droga* todo e qualquer cidadão tem que estar informado, todos os actores sociais, assim como todos os profissionais. Necessariamente, os profissionais de saúde têm que estar bem informados, já que têm uma missão a cumprir que assenta em promover a saúde dos cidadãos.

A primeira questão colocada tinha como objectivo perceber se *existe uma relação entre as representações sociais que os diferentes técnicos têm sobre a intervenção no Tratamento da toxicodependência e se estas influenciam as modalidades de intervenção que utilizam.*

Quadro n.º 6

<i>Dimensões</i>	<i>Indicadores</i>
Crenças, valores e atitudes	- Semântica associada às drogas - Na atribuição prototípica do consumidor de droga - Nas crenças sobre o uso de drogas - Nas atribuições explicativas da toxicodependência - Em intenções comportamentais através das atitudes face à regulação social da droga - Pânico moral - Alarme social
Modalidades de Intervenção	- Centrada no indivíduo toxicodependente - Orientada pelas políticas institucionais - Condicionada por factores externos

A partir da análise cuidada do discurso de cada um dos técnicos podemos concluir que todos os técnicos referem que as representações sociais sobre o fenómeno influenciam a sua intervenção.

No discurso dos médicos encontra-se uma preocupação centrada num modelo médico de leitura do fenómeno. Estes técnicos consideram que, efectivamente, se passou de um modelo jurídico/moral, para um modelo médico/sanitário. Por outro lado, salientam que a medicina tem progressivamente reivindicado a obrigatoriedade do acompanhamento médico e farmacológico dos indivíduos *toxicodependentes*. Estes técnicos referem que “*passou-se de um paradigma de ausência total de Tratamento farmacológico (...), para se passar a um quadro de uma multiplicidade de respostas farmacológicas que passam pelos diferentes Programas de Substituição*” (58 e 43 anos, a trabalhar respectivamente há 20 e 12 anos no IDT).

Um dos psicólogos (34 anos, a trabalhar há 8 anos no IDT) refere que, *“o investimento público na rede de prestação de serviços de Tratamento de consumidores de drogas (incluindo os centros de Tratamento protocolados) está directamente associado ao alarme social deste tipo de patologias”*. Assim, podemos perceber que, mesmo para quem trabalha directamente nesta problemática, este fenómeno continua, ainda, muito veiculado ao pânico moral e ao alarme social gerado em torno desta problemática e, desta forma, as respostas institucionais são o resultado do pânico que se foi criando.

Já na perspectiva de outro psicólogo (40 anos, a trabalhar há 15 anos no IDT) o discurso centra-se no papel técnico, isto é, a intervenção passa pelo *“o que deve nortear a escolha das modalidades de intervenção a utilizar são os critérios de inclusão e as guide-lines existentes para cada Tratamento, e devemos (e penso que tentamos) ser o mais criteriosos possível, mas as representações sociais também influenciam (de um modo mais ou menos consciente) o processo de escolha (...)”*.

Contudo, entre os diferentes técnicos, destaca-se o facto de que as representações que estes têm sobre as intervenções parecem variar de acordo com a formação de base e com o nível de intervenção no fenómeno, parecendo evidenciarem-se diferenças significativas entre os discursos dos médicos, psicólogos e assistentes sociais e, até, entre os técnicos que trabalham no *Tratamento* ou na *Redução de Risco e Minimização de Danos*, assim como pelas políticas de intervenção no fenómeno. Assim, certamente que o tipo de intervenção em que cada técnico investe mais estará, certamente, influenciada pelas representações *“individuais”*, assim como pelas representações *“colectivas”* dos técnicos com a mesma formação de base e/ou do mesmo serviço.

Nesta perspectiva, acrescenta-se, ainda, que na opinião de um dos entrevistados da área da psicologia *“as alterações, ao longo do tempo, das representações sobre o fenómeno e sobre as intervenções, têm certamente influenciado a escolha e o investimento em diferentes modalidades de intervenção, que têm ganho mais relevo devido à mudança ao nível das representações sociais dos técnicos e dos dirigentes que trabalham no fenómeno, como por exemplo, a mudança nas representações sociais dos técnicos em relação às práticas de Redução de Danos no sentido de uma maior valorização desta intervenção”* (40 anos, a trabalhar há 15 anos no IDT).

Já para quem é assistente social, o seu papel também é fortemente influenciado pelas representações sociais sobre o fenómeno. Contudo, no seu discurso, parece evidenciar-se uma falta de reconhecimento do seu trabalho nesta problemática, já que são os próprios a referirem que o seu papel é encarado como uma “fragmentação da intervenção”. *“Há técnicos que consideram que o Tratamento implica uma dimensão biológica e psicológica. A intervenção social é considerada como complemento e nunca numa perspectiva socioterapêutica”* (45 anos, a trabalhar há 15 anos no IDT)

Para além de se tratar de equipas multidisciplinares com currículos diferentes, o técnico é um ser social com vivências, conceitos, preconceitos, valores, papéis sociais que, inconscientemente, influenciam as modalidades de intervenção que utilizam. Os problemas dos *toxicodependentes* são multidimensionais e complexos, tendo necessariamente que merecer uma abordagem biopsicosocial e o social não pode ser dissociado, mas inserido no âmbito de uma estrutura de *Tratamento*.

Os enfermeiros referem que as representações sociais influenciam as modalidades de intervenção. *“Não é por acaso que diferentes técnicos têm posições diferentes em situações que apresentem os mesmos critérios de intervenção. E, esta observação é realizada pelos próprios utentes em Tratamento, quando pedem para mudar de terapeuta, por saberem que estes tomam decisões diferentes em problemáticas idênticas”* (40 e 31 anos, a trabalhar respectivamente há 15 e 6 anos no IDT).

Importa destacar um discurso bastante reflexivo de um dos enfermeiros. Na sua perspectiva, a intervenção está condicionada por factores externos como as orientações e opções políticas, o trabalho multidisciplinar e a partilha de saberes, assim como a experiência profissional que foi adquirindo ao longo dos anos. Este técnico refere que *“a minha representação social sobre a toxicodependência foi-se modificando com o tempo, devido a factores como a formação recebida, a experiência profissional, a partilha com outros técnicos, a mudança de directrizes e políticas, assim como factores pessoais e sociais (amadurecimento como pessoa, comunicação social, convivência com outras perspectivas). Esta modificação na representação social sobre a toxicodependência, modificou, naturalmente, a minha perspectiva sobre a intervenção no Tratamento e a intervenção como profissional. Penso, assim, que a representação social que tenho sobre o Tratamento influenciou, em cada momento, a minha escolha*

no modelo de intervenção mais apropriado, tendo criado e amadurecido uma representação que, embora se possa enquadrar na representação de outros técnicos, considero ser pessoal” (31 anos, a trabalhar há 6 anos no IDT).

E, também, os técnicos psicossociais reproduzem um discurso em que se evidencia o papel do técnico nesta problemática. Neste sentido, a par de considerarem que a sua intervenção é sujeita às representações sociais que têm sobre o fenómeno, estes referem: *“O técnico deverá pensar imparcialmente e, como tal, intervir do mesmo modo. Claro que as representações sociais e os estudos sociológicos sobre a problemática orientam a sua intervenção, mas o técnico não poderá generalizar e deverá orientar a sua intervenção centrando o indivíduo na mesma. Afinal, o que se pretende é o bem-estar e a recuperação da qualidade de vida do indivíduo”* (39 e 30 anos, a trabalhar respectivamente há 16 e 8 anos no IDT).

Na perspectiva dos diferentes técnicos as modalidades de intervenção nesta área foram evoluindo: *“o modelo de intervenção evoluiu do modelo jurídico para o modelo médico; sendo que o consumo de substâncias passou a ser considerado como uma desordem mental (doença), abandonando a ideia de crime e/ou acto ilícito; actualmente a toxicodependência é essencialmente uma doença da vontade”*. Desta forma, o próprio discurso dos técnicos transformou-se no mesmo sentido das políticas sociais que foram emergindo, ou seja, as abordagens de intervenção e a filosofia adjacente têm variado e evoluído consoante a política, ora numa perspectiva criminalizadora, ora numa perspectiva clínica e ressocializadora.

Destaca-se, ainda, que na perspectiva dos técnicos, sobretudo, os psicólogos, consideram que, hoje em dia, continua a existir uma sobrevalorização do Tratamento do toxicodependente numa perspectiva médica: *“a valorização dos aspectos médicos e, em alguns sectores, a sua exclusividade na leitura do fenómeno, retirou ao toxicodependente a possibilidade de se achar actor do acto de consumo (alguns utentes incorporam o discurso de doente, como se tratasse de um comportamento involuntário); assim sendo, o sucesso do Tratamento depende da competência dos*

técnicos em manipular os psicofármacos e as psicoterapias de suporte e não tanto do interesse/motivação intrínseca do consumidor” (34 anos, a trabalhar há 8 anos no IDT).

Na opinião de outro dos entrevistados *“a excessiva concentração do poder médico na compreensão do fenómeno, favoreceu o florescimento de uma “indústria” de Tratamento (multiplicação de centros de ajuda)”* (Assistente Social, 35 anos, a trabalhar há 9 anos no IDT).

Desta forma, hoje em dia, no discurso dos próprios técnicos, ainda somos confrontados com o facto do Tratamento do toxicodependente ainda estar muito veiculado ao modelo médico. E, dentro desta perspectiva, há técnicos que consideram que *“falta reconhecer o direito ao consumo e favorecer a emergência de associações de consumidores (...) o indivíduo é responsável pela decisão de consumo (a cultura judaico-cristã favorece a emergência de um discurso de culpa, que não ajuda a construção de autonomia)”* (Psicólogo, 34 anos a trabalhar há 8 anos no IDT).

De acordo com esta perspectiva o indivíduo toxicodependente deverá ter a liberdade de decidir entre tratar-se ou não. Na óptica de um dos psicólogos entrevistados *“(...) o Tratamento e as estruturas de Tratamento estão demasiado orientadas para programas que exigem a suspensão de consumos (isto tem que ver com o modelo médico da cura e da doença); cria-se muitas vezes uma autoridade clínica sobre o desejo individual (tem que suspender os consumos!), não reconhecendo o direito individual a desejar trajectórias alternativas (...)”* (34 anos, a trabalhar há 8 anos no IDT).

Na óptica da maioria dos entrevistados *“a própria lei orgânica e o regulamento interno do próprio Instituto da Droga e da Toxicodependência mantém a separação entre Tratamento, Reinserção Social e Redução de Danos, reificando um preconceito antigo (...)”*.

A segunda questão tinha como objectivo perceber *se os técnicos conhecem, utilizam e identificam as diferentes estratégias de Tratamento*.

Quadro n.º 7

<i>Dimensões</i>	<i>Indicadores</i>
Modalidades de Tratamento	- Programas de Substituição
	- Intervenções Psicoterapêuticas
	- Socioterapia
	- Programas Livres de Drogas
	- Tratamento em Ambulatório, Unidades de Desabilitação, Comunidades Terapêuticas, Centro de Dia, Apartamentos de Reinserção Social
	- Programas de Redução de Riscos e Minimização de Danos
Práticas de Intervenção que utilizam	- Modelo Médico - Modelo centrado no indivíduo/sujeito toxicodependente - Modelo Biopsicossocial - Modelo Psicossocial - Modelo assente na Saúde Pública

A partir da análise de todas as entrevistas foi possível concluir que, todos os técnicos têm uma visão de que a sua intervenção deverá ser numa perspectiva integradora da intervenção e, conseguiram identificar as diferentes modalidades de Tratamento que actualmente existem, designadamente psicoterapias de apoio (individual, grupo e familiar); socioterapia; *Tratamento livre de drogas*; *Tratamento de Substituição (Antagonista, Metadona e Buprenorfina)*; *Centro de Dia, internamento em Comunidades Terapêuticas, Apartamentos de Reinserção Social e Programas de Redução de Riscos e Minimização de Danos*.

A partir da leitura das entrevistas realizadas junto dos médicos, constata-se que estes técnicos não consideram saber mais sobre “*drogas*” que os profissionais de outras áreas, mas não aceitam colocar em questão a motivação ontológica da sua disciplina: melhorar a vida, prevenir o sofrimento, adiar a morte. Na maior parte das vezes em que

foram questionados sobre os mais diversos aspectos do *Tratamento* dos “*toxicodependentes*”, os médicos preambulavam as suas respostas com sentenças do tipo: “*Como médico*”, “*Na medicina*”, “*Os estudos médicos*”, “*Para a medicina*”. Neste sentido, estes técnicos referem que “*o aumento do número de toxicodependentes e a infecção pelo vírus da SIDA obrigaram a redefinir os programas de Prevenção e Tratamento da toxicodependência (...)*. Na sua opinião, “*o médico preocupa-se em perceber a linguagem do doente, discriminar as verdadeiras etiologias e compreender as vivências da pessoa que procura ajuda.*” Contudo, salientam que a capacidade de intervenção dos médicos, pode ser bastante limitada, se não forem enquadrados em equipas pluridisciplinares que incluam um suporte técnico diferenciado, já que o seu papel no Tratamento dos toxicodependentes passa muito por um paradigma dominado por modelos puramente organicistas e as possibilidades de realizar outro tipo de intervenções são muito limitadas, uma vez que existe uma enorme falta destes técnicos no serviço “*A maioria dos utentes dos CAT’s está abrangida pelos chamados Programas de Substituição, tomando Metadona ou Buprenorfina, quase parecendo que não há mais alternativas, o que não é verdade: existem programas de desabitação (domiciliário ou em internamento) e paragens de consumo à base de substâncias Antagonistas. Mas, estas abordagens exigem um acompanhamento mais caro, multidisciplinar e com uma componente de psicoterapia*”.

Um dos enfermeiros, no discurso sobre a sua prática de intervenção, refere que a estratégia que utiliza é, principalmente, a relação de ajuda. “*(...) Pretendo identificar as necessidades específicas do toxicodependente, quer para a mudança que promova a recuperação da dependência, quer para a preservação da integridade física, psicológica e social. A relação de ajuda permite-me adaptar a intervenção à fase do Tratamento em que o utente se encontra e dar resposta às necessidades específicas*” (31 anos, a trabalhar há 6 anos no IDT).

Porém, outro dos enfermeiros pondera que as estratégias utilizadas são as mais adequadas às finalidades a que se destinam, no entanto considera que ainda não respondem às especificidades das novas problemáticas de consumos. “*(...) Penso que existem respostas adequadas para os heroinómanos, mas temos urgentemente que investigar os novos contextos com que nos deparamos e existe ainda uma escassez de*

respostas integradas e adaptadas às novas realidades de consumos” (40 anos, a trabalhar há 15 anos no IDT).

Já para o assistente social a sua intervenção passa por questões biopsicossociais: “(...)estimular a autonomização e emancipação do indivíduo através da mudança das condições de vida, promovendo o desenvolvimento de capacidades sociais, colectivas ou individuais, a três níveis: cognitivo (do conhecimento, fornecendo informação), relacional (facilitando o desenvolvimento das relações interpessoais e grupais), organizativo (promovendo a interacção entre cidadãos e organizações (...))” (45 anos, a trabalhar há 15 anos no IDT).

Os psicólogos caracterizam a sua intervenção centrada no sujeito, no indivíduo que pede ajuda e que decide entrar num processo de *Tratamento*. Contudo, estes técnicos consideram que, muitas vezes, são confrontados com diferentes dificuldades na sua intervenção vivenciadas quer pelas diferentes modalidades de respostas que existem, quer pelas diferentes substâncias que se consomem, quer pelas características individuais dos próprios *toxicodependentes*. Neste sentido, referem que “(...) é pertinente referir a dificuldade que existe em definir os limites das “intervenções terapêuticas” na toxicodependência: o termo “Tratamento” engloba várias acções e intervenções dos técnicos em situações de abuso e dependência, de diferentes drogas e de diferentes indivíduos, em fases diversas do percurso na sua dependência e na sua vida. Daí, que as estratégias utilizadas podem ser muito diversas, dependendo da situação e do indivíduo em questão. Muitas vezes deparamo-nos com uma dificuldade em definir os limites entre as intervenções no fenómeno: Tratamento, Prevenção, redução de riscos e de danos, reinserção (...) Por outro lado, as estratégias utilizadas, na sua maioria, não são exclusivas do Tratamento da problemática da toxicodependência” (40 e 34 anos, a trabalhar respectivamente há 15 e 8 anos no IDT).

De qualquer forma, na área da psicologia as intervenções parecem estar claramente definidas e são identificadas e reconhecidas no discurso dos próprios técnicos. São os próprios a referirem que existem “Estratégias de intervenção psicoterapêutica dirigidas à fase de motivação para o Tratamento (ex. entrevista motivacional); estratégias de intervenção psicoterapêutica na fase de Prevenção da recaída (ex. modelo cognitivo-

comportamental de Prevenção da recaída). Em qualquer fase do processo terapêutico podem ser utilizadas intervenções psicoterapêuticas de orientação comportamental, cognitiva, construtivista, construcionista, e/ou de inspiração psicanalítica (...) assim como a terapia familiar. Estas intervenções terapêuticas podem ser efectuadas em consulta individual ou em grupo” (40 anos, a trabalhar há 15 anos no IDT).

Outro dos psicólogos refere que assenta a sua intervenção essencialmente no “(...) *modelo sistémico (devolver a decisão ao utente, responsabilizar pelo comportamento, evitar moralizar, mas pontuando as regras estabelecidas e mutuamente acordadas)*” (34 anos, a trabalhar há 8 anos no IDT).

Importa realçar que, apesar dos técnicos psicossociais conseguirem identificar as diferentes estratégias de Tratamento que existem, não conseguem explicar o seu papel nesta problemática, assim como não apresentam as modalidades de *Tratamento* que utilizam. Esta é uma questão que merece particular atenção, já que poderá traduzir os constrangimentos que estes técnicos sentem na sua intervenção ao nível da problemática da *toxicodependência*. Por outro lado, importa salientar que o perfil e as funções dos técnicos psicossociais ainda são relativamente recentes, o que poderá estar relacionado com as dificuldades em perceberem efectivamente as suas funções (30 e 30 anos, a trabalhar respectivamente há 16 e 8 anos no IDT).

A terceira questão tinha por objectivo *caracterizar as crenças de auto-eficácia da intervenção dos diferentes técnicos*.

Quadro n.º 8

<i>Dimensões</i>	<i>Indicadores</i>
Centradas no papel do Técnico	- Conduzidas por ideologias e paradigmas políticos e institucionais - Orientadas na relação terapêutica - Objectivos terapêuticos - Intervenções redutoras e padronizadas - Expectativas face ao fenómeno da toxicodependência - Centrada na Redução de Riscos e Minimização de Danos
Centradas no indivíduo toxicodependente	- Motivação para o Tratamento - Trajectórias de consumos - O tipo de pedido efectuado pelo utente

Mais uma vez, a partir da análise das diferentes entrevistas, foi possível perceber que os técnicos têm perspectivas diferentes, ora contextualizadas no pedido do utente e em toxicodependentes com trajectórias de consumo prolongado, ora na dimensão da experiência que o próprio técnico foi adquirindo e, por outro lado, influenciadas pelos caminhos/orientações políticas seguidas pelos próprios serviços.

No discurso dos médicos, de um dos psicólogos e de um dos assistentes sociais encontramos afirmações como: “*sinto-me mais capaz de ajudar indivíduos com uma longa carreira de consumos e de baixo limiar de exigência; é mais fácil e eficaz intervir com utentes cujo pedido é mutuamente acordado (terapeuta e utente), sem armadilhas (...)*” (Psicólogo, 34 anos, a trabalhar há 8 anos no IDT); “*(...) é mais útil intervir em contextos declarados (em que o terapeuta assume a responsabilidade das decisões clínicas e comunica ao utente)*” (Médico, 58 anos, a trabalhar há 20 anos no IDT); *é importante criar espaços em que os utentes expressem as críticas à intervenção* (Assistente Social, 35 anos, a trabalhar há 9 anos no IDT); *a adesão ao Tratamento depende da capacidade/vontade do serviço oferecer as respostas clínicas que os utentes reclamam (...)*” (Médico, 43 anos, a trabalhar há 12 anos no IDT).

Já para outro dos psicólogos a sua eficácia passou por diferentes fases que estiveram directamente relacionadas com a sua *maneira de perspectivar o Tratamento dos toxicodependentes* e, por outro lado, nas suas próprias expectativas face à recuperação dos toxicodependentes: “(...) acredito na eficácia de qualquer uma das intervenções que utilizo; (...) embora por vezes acredite pouco na organização dos serviços que proporcionam estas intervenções, (...). As crenças, relativamente à eficácia da minha intervenção, foram-se alterando ao longo do meu percurso de trabalho na área da toxicodependência. Numa fase inicial, apresentava grandes expectativas relativamente à minha intervenção na problemática, sem grande capacidade de fazer o balanceamento do impacto da intervenção psicológica nas variadas situações. Depois, passei por uma fase de maior desmotivação e, talvez, uma “quase descrença” na intervenção psicológica no fenómeno. Mais recentemente, penso que fui conseguindo (...) adequar as minhas expectativas às expectativas, motivações e competências dos indivíduos, tendo uma visão diferente da eficácia da intervenção (por, ex., menos centrada na abstinência e mais dirigida à melhoria da qualidade de vida). Também fui tentando perceber em que tipo de intervenção (Prevenção, Tratamento, e/ou redução de danos) me sentia mais motivada, e obviamente, fui investindo mais em determinadas áreas, nas quais tenho maiores expectativas de eficácia. Penso também que o trabalho na toxicodependência (principalmente na área do Tratamento) é muito desgastante, o que pode ir alterando, de um modo negativo, as crenças de auto-eficácia dos técnicos” (40 anos, a trabalhar há 15 anos no IDT).

Segundo a perspectiva de um dos enfermeiros que trabalham com esta problemática a sua intervenção é perspectivada como redutora o que condicionará forçosamente a eficácia da sua intervenção. Neste sentido, encontramos afirmações como: “(...) considero-as redutoras e padronizadas, o que poderá por em causa a sua eficácia. Penso que é fundamental quebrar com modos de fazer padronizados, que não têm em conta a individualidade de cada um. Os cuidados de enfermagem são caracterizados por: Os enfermeiros não têm um instrumento de colheita de dados padronizado pelas unidades do IDT. Também não existem os Planos de Cuidados de Enfermagem, fundamentais para garantir a sua execução e continuidade dos mesmos pelos restantes enfermeiros e permitir a sua avaliação” (40 anos, a trabalhar há 15 anos no IDT).

Por outro lado, outro dos enfermeiros centra a sua eficácia no estabelecimento de objectivos claramente definidos, afirmando que “(...) a eficácia da intervenção depende principalmente do objectivo estabelecido. O estabelecimento de objectivos específicos e realistas, que são definidos conjuntamente com o utente, facilita a sua concretização. Quando a intervenção fracassa, identifico como causas possíveis a discordância entre o objectivo estabelecido pelo técnico e o objectivo do próprio utente, e a dificuldade no estabelecimento de uma relação de ajuda terapêutica (falta de empatia por alguma das partes, de respeito ou de disponibilidade para a relação)” (31 anos, a trabalhar há 6 anos no IDT).

De acordo com a perspectiva de um dos assistentes sociais a avaliação da sua eficácia recai, sobretudo, no sucesso que se atinge ao nível da redução de risco e minimização de danos. “Penso que se controla o fenómeno, trata-se o problema em alguns sujeitos, mas sobretudo, reduz-se riscos e danos” (35 anos, a trabalhar há 9anos no IDT).

Mais uma vez, na opinião dos técnicos psicossociais, as crenças de auto-eficácia recaem nas necessidades do indivíduo que procura e decide tratar-se. “Uma grande parte dos técnicos considera que a eficácia da sua intervenção assenta essencialmente no sucesso do Tratamento dos doentes. No entanto, a eficácia da sua intervenção deve centrar-se, essencialmente, sobre o acompanhamento adequado a cada indivíduo particularmente, tendo em conta a especificidade de cada profissão, cada técnico deve tentar abstrair-se de estereótipos e intervir, não segundo as suas crenças, mas segundo cada individuo e as suas necessidades”.

Quadro n.º 9

<i>Dimensões</i>	<i>Indicadores</i>
Avaliação	- Permite adequar práticas - Estabelecer/adequar/reformular e redefinir objectivos terapêuticos - Avaliar resultados - Reflectir práticas

Relativamente à quarta questão - tinha como objectivo *perceber em que medida a avaliação permite adequar a intervenção* -, podemos concluir que, todos os técnicos consideram a avaliação necessária, de modo a poder adequar e a reformular as suas próprias praticas de intervenção. Porém, importa salientar que, na perspectiva destes técnicos, a questão da avaliação tem sido colocada para segundo plano.

Destaca-se que os médicos referem que, hoje em dia, somos obrigados a realizar formas de intervenção mais profundas e alargadas, até pelas mudanças registadas no tipo de consumos. Do abuso de substâncias como barbitúricos, hipno-indutores, psico-estimulantes, registado na década de 80, passámos para padrões de consumo que envolvem um sem número de medicamentos, facilmente acessíveis à população. Neste sentido, consideram que é necessário realizar sistematicamente uma avaliação do pedido e das respostas que se apresentam.

Entre todos os técnicos encontramos afirmações como: “(...) *permite adequar o programa de Tratamento às necessidades dos utentes (médicas, sociais, ...)* (Médico, 43 anos, a trabalhar há 12 anos no IDT); *permite corrigir as opções terapêuticas; permite generalizar as boas práticas.*”; (Médico, 58 anos, a trabalhar há 20 anos no IDT); “(...) *a avaliação da intervenção é sempre necessária e pertinente, para percebermos a adequação das estratégias utilizadas e conhecermos os resultados da nossa intervenção, e para aperfeiçoarmos a prática. Relativamente à intervenção na área das toxicodependências, parece-me que esta tem sido uma questão esquecida, não existindo uma avaliação séria, consistente, e com continuidade, do trabalho efectuado (...)*” (Psicólogo, 40 anos, a trabalhar há 15 anos no IDT); “(...) *é fundamental reflectir as*

práticas (...) dada a complexidade do fenómeno, torna-se fundamental avaliar permanentemente as nossas práticas (...) Avaliar para compreender, para reflectir as práticas e reformular os procedimentos” (Enfermeiro, 31 anos, a trabalhar há 6 anos no IDT); *“(…) considero a avaliação como uma fase fundamental para adequar a intervenção (...) A avaliação contínua da intervenção permite reflectir sobre o que pode ser melhorado e o que não está a ser eficaz”* (31 anos, a trabalhar há 6 anos no IDT); *“(…) a análise, o confronto de ideias e de saberes, a reflexão, permite-nos elaborar quadros de referência, rectificar lacunas, planejar e adequar novas intervenções (...)”* (Psicólogo, 34 anos, a trabalhar há 8 anos no IDT).

Relativamente à última pergunta, esta tinha como objectivo *perceber em que medida as representações sociais sobre o fenómeno da toxicodependência condicionam os discursos dos próprios técnicos.*

Quadro n.º 10

<i>Dimensões</i>	<i>Indicadores</i>
Discursos dos técnicos	- O “olhar” sobre o fenómeno - A evolução dos conceitos em torno do fenómeno - A evolução das respostas e dos discursos institucionais - Enquadramento social do “olhar” sobre o fenómeno

A partir da análise das diferentes entrevistas podemos chegar à conclusão de que o discurso dos técnicos é fortemente influenciado pelas representações sociais que têm sobre o fenómeno.

Por outro lado, destaca-se que, a maior parte dos técnicos, independentemente da categoria profissional, considera que as próprias estratégias de Tratamento utilizadas estão fortemente condicionadas pela forma como encaram o fenómeno. Por outro lado, torna-se relevante salientar que, na opinião dos diferentes técnicos, as mudanças que ocorreram em torno da droga e do toxicodependente, quer pela forma como a sociedade em geral foi lidando e gerindo este fenómeno, quer como o próprio governo foi agindo, estão fortemente condicionadas pelas representações sociais do fenómeno. Estes técnicos também reflectem que, muitas vezes, são as próprias modalidades de

Tratamento que existem, que influenciam a forma como a droga e o toxicodependente é encarado.

Assim, encontramos afirmações como: “(...) os técnicos com valores sociais tradicionais têm mais dificuldade em aceitar Programas de Substituição, bem como, consumos durante o período de Tratamento. De uma forma geral, os técnicos com valores mais tradicionais são mais exigentes na mudança dos padrões de consumo e tendem a valorizar menos as pequenas mudanças/ganhos (que não sejam a cessação de consumos); os técnicos com um discurso proteccionista da condição de toxicodependente (aqueles que tendem a compreender o consumo como consequência de relações familiares disfuncionais), tendem a usar estratégias que infantilizam o utente e que o desresponsabilizam dos actos de consumo; os técnicos com um discurso assente na autonomia, tendem a desvalorizar as dificuldades que alguns toxicodependentes sentem na construção de um processo de recuperação (por outro lado, alguns utentes tendem a sentir estes técnicos como pouco disponíveis e envolvidos no processo de Tratamento) (...)” (Psicólogo, 34 anos, a trabalhar há 8 anos no IDT); “(...) mudança de paradigma no entendimento do fenómeno altera os discursos e as próprias práticas (...)” (Assistente Social, 45 anos, a trabalhar há 15 anos no IDT); “(...) a criação de dispositivos de actuação, ao nível da toxicodependência e a utilização de determinadas estratégias de Tratamento, estão intimamente ligadas às representações sociais existentes sobre o fenómeno, por parte do senso comum (da população em geral) – as políticas de intervenção não são só baseadas no conhecimento científico, mas também no impacto que determinadas estratégias terão a nível público (...)” (Médico, 43 anos, a trabalhar há 12 anos no IDT); “(...) relativamente à escolha das estratégias pelos técnicos, penso que estas têm a ver com os critérios definidos (...) mas, é claro que associamos determinado “perfil de indivíduo” ou de situação a cada estratégia de intervenção, o que se poderá traduzir pelas representações que temos de determinados consumidores de drogas, com percursos mais ou menos semelhantes (ex. pensamos mais na utilização de Tratamento de Substituição, em sujeitos com percurso longo nos consumos e nos Tratamentos e com algum nível de degradação (...)” (Psicólogo, 40 anos, a trabalhar há 15 anos no IDT); “(...) penso que o que acontece não é só que as representações sociais

condicionam a escolha das modalidades de Tratamento, mas também que a utilização de determinadas tipologias de Tratamento, segundo critérios específicos, influenciam as representações existentes sobre as estratégias de Tratamento, que nem sempre se baseiam em evidência científica (...)” (Enfermeiro, 40 anos, a trabalhar há 15 anos no IDT) (...) o nosso discurso enquanto técnicos é a forma que temos de comunicar com o utente e com os outros técnicos (...) a nossa representação social sobre o fenómeno influencia o que se transmite e como se transmite. As palavras utilizadas e a mensagem que envolvem reflectem sempre a nossa perspectiva em relação ao que tentamos transmitir” (Psicossocial, 39 anos, a trabalhar há 16 anos no IDT).

9 - CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação percorreu toda uma trajectória sócio-histórica, legal, estrutural e fenomenológica, visando o conhecimento da evolução e tendência das políticas das *drogas* e do “*olhar*” que a sociedade foi assumindo em torno dos *toxicodependentes*. É com base nos objectivos definidos para esta investigação que se evolui para as principais conclusões, organizadas em torno de dois temas: as Políticas das *drogas* e as respostas institucionais e a visão dos técnicos que trabalham directamente em torno desta problemática.

O quadro político-normativo construído à dimensão internacional a partir de 1909 e, progressivamente, transposto para os espaços nacionais, constituiu o factor condicionador da acção levada a cabo pelos diferentes Estados com vista à solução do problema das substâncias *drogas ilegais* e dos seus utilizadores “*toxicodependentes*”.

Em Portugal o fenómeno das *drogas*, pelo período compreendido entre 1970 e 2004, aparece associado a um conjunto de dispositivos legais e estratégias desenhadas. Neste sentido, a evolução das políticas das *drogas* em Portugal e as mudanças da sociedade portuguesa tiveram de ser observadas, simultaneamente, pois, para além de estarem inter-relacionadas, não se podem compreender separadamente.

Foi a partir de 1970 que os problemas associados ao uso/abuso de *drogas* em Portugal se começaram a fazer sentir. A *droga* assumiu, por si, um claro significado social dando suporte às teorias que a entendiam como um factor causador de desordem social.

Esta interpretação veio a ser complementada, em 1976, ao identificar-se uma abordagem epidémica para o fenómeno da *droga*. Localizado neste espaço temporal o fenómeno começou a ser construído como um problema nacional à escala mundial, com enorme gravidade e extensão.

A própria sucessão de acontecimentos político-institucionais, económicos e sócio-culturais, levou Portugal a abordar o fenómeno da *droga*, numa perspectiva criminalizadora, baseada num modelo jurídico-moral, internacionalmente ultrapassado,

pelo período compreendido entre 1970 e 1974. Posteriormente, o período de 1975 a 1982, veio oferecer a Portugal a possibilidade de corrigir a dinâmica político-repressiva que perdurava, até à data, no domínio das *drogas*. Marca, este período, uma ruptura com o modelo anterior a 1974, produzindo novas significações e interações do fenómeno das *drogas*. Este processo de mudança conduziu a remodelações de natureza clínico-policial para o problema da *droga*, consolidando a eficácia de um modelo psicossocial. Historicamente situado em 1975, este modelo coincidiu com as transformações sócio-históricas e legais, que permitiram a criação legal das primeiras estruturas governamentais de combate ao consumo e tráfico de *droga*: *Centro de Investigação Judiciária da Droga (CIJD)* e o *Centro de Estudos da Juventude (CEJ)*.

Em 1976, Portugal adere a um modelo estrutural tripartido para as políticas das *drogas*, conduzindo à criação do *Gabinete Coordenador do Combate à Droga (GCCD)*, do *Centro de Investigação e Controle da Droga (CICD)* e do *Centro de Estudos da Profilaxia da Droga (CEPD)*, reestruturando, deste modo, as primeiras estruturas legalmente criadas em 1975.

Com o pacote legislativo de 1976, abriu-se um novo quadro de oportunidades políticas, anunciadoras de uma perspectiva de continuidade de análise e interpretação do fenómeno da *droga*, discurso este direccionado para a descriminalização do consumo de *drogas*. Contudo, esta vontade apenas se vem a concretizar no ano 2000.

Durante o ano de 1982 Portugal sofreu nova reestruturação político-governativa, que conduziu, inevitavelmente, a uma mudança da trajectória política e das estruturas existentes no campo das *drogas* e das *toxicodependências*, manifestando-se na criação do *Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga (GPCCD)*. Reorganiza-se, assim, o *GCCD* e o *CEPD* e integra-se o *CICD* na Secção Central de Investigação de Estupefacientes da Polícia Judiciária.

O valor da norma jurídica, reguladora do sistema político, conduziu Portugal, no referido período, à necessidade de alinhar o direito português, em matéria de *drogas*, pelas convenções internacionais, instituindo uma perspectiva clínica-ressocializadora relativa ao consumo de *drogas* e uma forte repressão respeitante ao tráfico.

É neste ponto de reflexão que Portugal se permitiu avançar, favorecendo as condições necessárias à criação de uma nova estrutura orgânica: o *Projecto Vida*. Este apresentou-se como uma estrutura inovadora, não só a nível nacional, mas também a nível europeu, criando, pela primeira vez, a figura do *Coordenador Nacional* a quem competia a coordenação de medidas de combate à *droga* em Portugal.

Numa perspectiva de manifestação do fenómeno, os anos 80 inauguram uma época de crescente preocupação social com respeito às *drogas*, especialmente no que se refere à *heroína*. Com a *heroína* surgem novos problemas sociais, nomeadamente o *HIV/SIDA*. Perante estas circunstâncias evolui-se para uma nova tomada de consciência nacional, face à complexidade do fenómeno das *drogas*, passando a considerar-se a necessidade de uma intervenção mais pragmática, numa linha política de *Redução de Riscos e Minimização de Danos*.

É, na verdade, à luz das transformações sociais dos anos 80, que Portugal evolui qualitativamente, no âmbito da *droga*, conferindo à abordagem indivíduo-consumidor uma realidade biopsicossocial, que se manifesta no período entre 1983 e 1999.

A partir desta data, a acção política intensificou-se, resultando no reforço de meios de intervenção no âmbito das *drogas*, o qual conduziu à criação do *Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT)*, representando um salto qualitativo do pensamento político do combate à *droga*.

No final dos anos 90, o evidente aumento do consumo de *drogas* em Portugal veio exigir um esforço da política interna, ao nível da *Prevenção Primária* do consumo de *drogas*. Tal política veio a manifestar-se na criação, em 1999, de uma nova estrutura o *Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT)*, necessária ao restabelecimento da eficácia e operacionalidade dos dispositivos de combate à *droga*. Deste modo, o IPDT veio complementar a intervenção preventiva do *SPTT*, assegurando a estabilidade e eficácia das acções preventivas, que o problema da *droga* exige.

As questões estratégicas portuguesas estiveram sempre em articulação conjunta com as questões estratégicas europeias, revelando uma identidade própria entre dois pólos (nacional e europeu). Neste sentido, no ano 2000, foi aprovado no Conselho Europeu, o *Plano de Acção da União Europeia Contra as Drogas*, que veio complementar as orientações produzidas pela *Estratégia Nacional* e pelo Programa do XIV Governo Constitucional, em matéria de *drogas* e *toxicodependências*. De forma complementar, foi posteriormente aprovado o *Plano de Acção Nacional Contra a Droga e a Toxicodependência – Horizonte 2004*. Estas iniciativas, correspondendo ao ponto mais elevado de estabilidade política, na história das *drogas* em Portugal, conduziram a acção governativa a uma nova intencionalidade política no período de 2000 a 2004.

Foi, de facto, com as alterações do quadro de consumos nos finais dos anos 90, que o sistema político arriscou a possibilidade de, em 2000, alimentar uma nova dinâmica, expressa na descriminalização do consumo de *drogas*. Esta evolução efectiva da abordagem do fenómeno permitiu superar as descontinuidades e retrocessos sofridos no passado. Neste sentido e ainda no período de 2000-2004, procedeu-se ao balanço da *Estratégia Nacional*, com vista à preparação de uma nova Estratégia imposta pelos padrões europeus.

Poder-se-á, deste modo, concluir que a evolução da política das *drogas* em Portugal, entre 1970 e 2004, permitiu gerar intencionalidade política, através de novas possibilidades, novos objectos de análise, produzir mudanças e, sobretudo, reconstituir o real através de uma permanente revisão de conceitos, posições e estratégias políticas. Deste modo, analisar e compreender as políticas das *drogas* em Portugal, pelo período entre 1970 e 2004, foi, sobretudo, descrever uma trajectória que se iniciou com a decadência de um modelo repressivo (1979) e terminou na dominância de um modelo de descriminalização do consumo de *drogas* (2004).

Fez parte do nosso propósito de investigação, perscrutar incisivamente sobre os aspectos relacionados com o fenómeno das *drogas*, na esfera nacional e determinar em que medida as representações sociais da *droga* e da *toxicodependência* têm potenciado a influência da evolução das políticas das *drogas* em Portugal. Baseada na evidência

histórica, o caminho percorrido reflecte o que, na actualidade, é questionável e real num contexto dinâmico, complexo e reformador do axioma político-nacional, procurando contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno das *drogas* em Portugal, nomeadamente, das suas continuidades, interrupções, revisões e previsões ao longo das diferentes épocas.

O debate público multidisciplinar, sobre a compreensão do fenómeno da *toxicodependência* e sobre linhas de orientação da intervenção sobre o mesmo, deu origem ao documento *Estratégia Nacional de Luta contra a Droga* (Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99, DR I Série, de 26 de Maio de 1999). Neste documento, para além da importância que se dá à internacionalização do fenómeno e à conjugação de estratégias e políticas internacionais sobre a *toxicodependência*, que estão consagrados no princípio da cooperação internacional, há a inclusão do princípio da *Prevenção* que preconiza a primazia das intervenções preventivas, junto da comunidade e de determinados grupos alvo.

No âmbito do princípio humanista ainda se continua a reconhecer a *toxicodependência* como doença, responsabilizando o Estado na concretização do direito constitucional à saúde, por parte dos cidadãos e no combate à exclusão social. Em complemento ao princípio humanista, o princípio do paradigma refere a redução de danos, como estratégia de minimização dos riscos associados ao consumo. O que é inovador nesta estratégia, em relação aos documentos anteriores, é que, ainda enquadrado dentro do modelo biopsicossocial, sobressai a importância da *Prevenção Primária*, da *Reinserção Social* e da *Redução de Danos*. Por outro lado, a sua aplicabilidade deu origem à integração do *Projecto Vida* no *Instituto Português da Droga e da Toxicodependência* (Decreto Lei n.º 90/2000, DR I série n.º 115, de 18 de Maio de 2000), ao debate parlamentar sobre a descriminalização do consumo, cujo documento oficial foi publicado em Novembro de 2001.

Parece, então, que teremos que analisar a forma como temos encarado o fenómeno das *drogas* e dos *toxicodependentes*, mais como um significado construído socialmente, do que, propriamente, um “*olhar*” sobre o crime, a vítima ou o doente.

Segundo Quartilho (2001), o construtivismo coloca o homem numa perspectiva relacional e defende que os significados também são construídos culturalmente. A narrativa, neste sentido, constitui uma ponte entre a experiência individual e a cultura. O conhecimento assim, e segundo esta corrente, é socialmente construído e toma forma através do discurso. Em tom de conclusão, diremos, então, que o conceito de *droga* e de *toxicodependente* foi sendo construído, através do tempo, de correntes teóricas, movimentos políticos, de cultura para cultura, enfim, de família para família e de pessoa para pessoa, como se vê nos resultados da nossa investigação.

Através da legislação pode-se observar o percurso dos significados de *toxicodependente* ou *toxicodependência*. Este percurso nunca foi uma relação pacífica, ou até pacificadora, entre *Legislador* e *toxicodependente*. A *toxicodependência* só passou a registar um espaço na legislação, pois, aparentemente, a *droga* quebrou a fronteira daquele pequeno grupo de classe mais alta. Deixou de ser uma pequena extravagância de uma classe que o podia fazer e chegou a todas as famílias, mesmo às mais carenciadas.

Neste sentido, por representação entende-se o produto e o processo duma actividade mental pela qual um indivíduo ou um grupo, reconstroem o real com que se confrontam e lhe atribuem uma significação específica (Abric, 1989). Ela é, então, um conjunto organizado de opiniões, atitudes, crenças e informações que se referem a um objecto ou situação. As representações são determinadas pelo vivido do sujeito, pelo sistema social e ideológico em que este se insere e pelo tipo de laços entre ele e o sistema social. Ou seja, são condicionadas pela combinação de experiências individuais e a totalidade das circunstâncias sociais. É uma aproximação que se prende apenas com factores observáveis, mas que acentua as dimensões simbólicas e as significações (Moscovici, 1984).

O campo da *droga* é dominado, do saber científico ao senso comum, das práticas institucionais às interacções quotidianas, por explicações estruturais e determinísticas, assentes num conhecimento, que invoca a sua validação em factos empíricos objectivos, mas que se firma, antes de mais, na instauração de ordens normativas convencionais

construídas, com maior ou menor consenso, pelos poderes sócio-políticos. O problema da *toxicodependência* é um dos mais complexos para os vários profissionais (médicos, psicólogos, sociólogos, políticos e economistas), dado o seu impacto, não só sobre cada indivíduo, mas também sobre a sociedade e o equilíbrio de cada país.

Mais do que qualquer outra doença social, o abuso de *drogas* interessa a um grande número de disciplinas e de serviços. Tem repercussões sobre todos os aspectos da vida, tem incidências jurídicas, médicas, psiquiátricas, religiosas, pedagógicas, económicas, culturais e políticas. Lesa a saúde e o bem-estar dos indivíduos, das famílias e da sociedade em geral. Para lutar contra este fenómeno é, portanto, indispensável instaurar uma colaboração a todos os níveis entre disciplinas e serviços.

Com esta pesquisa empírica, propusemo-nos analisar as representações sociais dos técnicos que trabalham na área do *Tratamento da toxicodependência*. Sendo este um objecto que participa das primeiras linhas da agenda política e social das sociedades contemporâneas, é particularmente afectado por aquilo que Giddens (1989) designa por dupla hermenêutica, isto é, a circulação, em duplo sentido, entre o saber profissional e o saber profano. Por outras palavras, neste campo, como a história nos revela (Escohotado, 1992, e Berridge, 1994), a produção do saber dos corpos técnicos e científicos combina num solo representacional do objecto, que o molda, com uma maior ou menor intensidade, em função da combinatória em que se apresenta, com os critérios lógico-rationais próprios daquela modalidade de conhecimento.

Contudo, a *droga*, sendo um objecto socialmente dramatizado, provoca diversos tipos de comprometimentos a que nenhum profissional está imune. Tal conduz a que os cientistas e os técnicos possam recorrer a mais do que uma resposta para a dita questão, inclusivamente no exercício deste seu papel. Esta pesquisa testemunha o recurso a estas diferentes “*gavetas*” de conhecimento. Os resultados destas entrevistas evidenciam uma certa oscilação representacional, no papel dos técnicos e nas suas práticas, enquanto profissionais. Porém, podemos afirmar que nos diferentes discursos não parecem evidenciar-se práticas de *Tratamento* opostas e ou antagónicas, mas parece sobressair que na questão do *Tratamento da toxicodependência* factores individuais (como por

exemplo, a formação de base dos próprios técnicos) estão fortemente presentes nas suas práticas e modalidades de intervenção.

Destes discursos sobressai que a *droga* é pensada com uma certa uniformidade, isto é, a substância em si. Assim, face à substância, parece evidenciar-se aquilo que se designa de objectivação e ancoragem. A partir dos discursos produzidos pelos diferentes técnicos, constatou-se um extenso rol de afirmações, que assentam em que para pensar a *droga* significa reflectir sobre os seus efeitos-limite. A objectivação linguística consubstancia-se, desde logo, nas três categorias mais associadas à *droga*-dependência e doença. A análise da semântica associada à *droga* permitiu perceber que esta também é pensada como medicamento, o que não pode deixar de se filiar na herança histórica.

Nestes discursos emerge um pensamento consensual quanto à qualificação da *droga* como agente patológico, derivado das suas propriedades intrínsecas, muito contribuindo para esta absolutização patogénica da *droga*, a partilha da crença dominante da escalada farmacológica. Porém, encontrou-se uma representação em que se entende que se a *droga* é perigosa, mais perigosa se torna pelo regime social que a governa, manifestando deste modo crenças e atitudes que se opõem à normatividade dominante. Deste modo, extraiu-se uma expressiva rota de colisão com os valores dominantes, baseada numa avaliação da *droga* em si, mas numa avaliação crítica dos seus enquadramentos políticos e sociais, facto que transparece nas correlações positivas que se obtiveram, entre as crenças críticas quanto ao regime social da *droga* e a atitude política abolicionista.

No que respeita às crenças de auto-eficácia da intervenção destes técnicos sobre as *drogas*, parece evidenciar-se uma certa assumpção aos fundamentos das convenções sociais, transcritas nomeadamente no regime normativo da *droga*, já que no seu discurso (ainda que inconscientemente) sobressai que o sucesso da sua intervenção parece recair, em grande parte, na abstinência de consumos de *drogas* ilícitas. Em oposição a estas crenças, identificou-se uma outra constelação, que apresenta a *droga* de forma mais ambivalente e da qual fazem parte as crenças que atribuem uma maior nocividade a algumas *drogas* legais, que afirmam a *droga* como estando sujeita à

escolha do homem e que reconhecem, no regime de proibição, a origem de boa parte da delinquência.

Quanto à dimensão explicativa das representações sociais da *toxicodependência*, assiste-se a uma sobreposição de diversos modelos, reveladora da partilha generalizada do paradigma multidimensional na explicação do fenómeno. Nos psicólogos sobressai o modelo psicológico; nos assistentes sociais, enfermeiros e técnicos psicossociais evidenciam-se, sobretudo, os modelos psicossocial, de saúde pública e sociocultural; e, nos médicos, o modelo médico e o sanitário. Deste modo, o modelo de explicação assumido por estes técnicos é pensado ao nível do indivíduo e do modo como este enfrenta as tarefas de ajustamento social, explicando a *toxicodependência* pela conjugação da desadaptação social do indivíduo com o poder hedónico da *droga*.

Por fim, no que respeita às orientações atitudinais, há um consenso quanto à defesa do modelo da abstinência, no campo da *Prevenção Primária*, quanto à inscrição da *toxicodependência* na área da saúde, quanto ao mérito da medicalização da *toxicodependência*, quanto à assumpção de uma responsabilidade colectiva na recuperação da *toxicodependência*, rejeitando, simetricamente, a entrega da gestão desta a uma estrita responsabilidade individual.

Assim, os médicos aderem predominantemente à medicalização dos cuidados da *toxicodependência*, o que não é evidenciado no discurso dos outros técnicos das diferentes categorias profissionais. Contudo, todos os técnicos aceitam a adesão a uma política de *Tratamentos* diversificados, os *Tratamentos de Substituição* e, com consensualidade, os programas de *Redução de Riscos e Minimização de Danos*.

Por outro lado, alguns técnicos manifestam um pensamento que privilegia uma abordagem individual e liberal do problema-*droga*. Desde logo, aderem à crença da soberania do indivíduo sobre o seu corpo, rejeitando a crença “*social*” do contágio e aderindo à crença “*individualista*” da capacidade de escolha do indivíduo em relação à *droga*.

Porém, conforme salienta e exemplifica Moscovici, com os mais insignificantes objectos do nosso quotidiano (Moscovici, 1989), as disposições sócio-cognitivas de interpretação da realidade são decisivas nas nossas orientações de acção. Ora,

constituindo a *droga* uma objectivação linguística dos padrões de comunicação, a representação social da *droga* emerge como um categorial unificador independentemente da singularidade da situação com que nos confrontemos e que acaba por nos orientar na interpretação da realidade, de forma tão mais coerciva quanto mais hegemónica se configurar.

O conhecimento e o *Tratamento* das questões relacionadas com a *droga* e o sujeito *toxicodependente* colocam-se, decisivamente, num plano multidimensional e apelam para uma abordagem interdisciplinar. É provável, mesmo, que uma produção transdisciplinar que se arrisque nos interstícios das tradições de estudo e de intervenção, resulte melhor do que uma simples adição de saberes constituídos numa base disciplinar. Qualquer que seja, no entanto, o nível de articulação de saberes visado, o facto é que, em Portugal, a investigação nesta área temática se apresenta estritamente segmentada, de acordo com critérios disciplinares e institucionais. As razões para esta orientação podem ser elencadas e, talvez, que elas não sejam muito diferentes das situações que se conhecem noutras áreas. Não é por isso que este esforço de inventário deixaria de se justificar.

No entanto, não podemos, evidentemente, ignorar que a especialização dos olhares e das competências a eles associados, tem permitido um aprofundamento progressivo de determinadas zonas do conhecimento e da intervenção. O nosso propósito foi criar uma oportunidade, que permitisse enriquecer os conhecimentos conseguidos ao nível de cada campo disciplinar, com aqueles conseguidos pelos “*outros*”.

Com esta investigação constatou-se que existe uma consciência entre os diferentes técnicos, que actuam na área da *toxicodependência*, que, no momento de definir a identidade profissional e o papel que devem desempenhar na sociedade, é muito mais importante examinar a situação histórica do fenómeno e as necessidades dos indivíduos que pedem ajuda, do que estabelecer o âmbito específico de cada área disciplinar. Assim, em relação à questão do papel destes técnicos no contexto actual do fenómeno da *toxicodependência* e das *drogas*, antes de perguntarmos sobre as suas práticas profissionais, devemos voltar nossa atenção para o contexto, sem presumir que o facto

de fazermos parte dele o torna suficientemente conhecido, ou que nele viver o converte automaticamente no referente de nossa actividade profissional.

Poder-se-á afirmar que, todas as profissões, na nossa sociedade, encontram-se ao serviço da ordem estabelecida e que, nesse sentido, o papel destes técnicos não é uma excepção.

O objectivo desta investigação foi o de, brevemente, lançar algumas questões relativas às representações sociais da *droga* e da *toxicodependência* e o de analisar as políticas e os discursos dos técnicos que intervêm, directamente, nesta problemática. Assim, face aos resultados obtidos pensamos existirem e terem-se aberto espaços reflexivos sobre esta problemática. Termina assim esta investigação, mas não o espaço de reflexão.

10 - BIBLIOGRAFIA

Abric, J. C., (1989), “L’étude expérimentale des représentations sociales”, in D. Jodelet, *Les représentations sociales*, Paris: Presses Universitaires de France, pp.187-203.

Abric, J. C., (1994), *Pratiques sociales et representations*, Paris: Presses Universitaires de France.

Agra, C., (1993), *Dizer a Droga, Ouvir as Drogas: estudos teóricos e empíricos para uma ciência do comportamento aditivo*, colab. Teixeira, J. M., Negreiros, J., Fernandes, L., Porto: Instituto de Ciências Sociais do Comportamento Desviante.

Agra, C., (1995), “Da Rapsódia à Sinfonia-epistema. Os modos elementares do pensamento das drogas”, *Toxicodependências*, Ano 3, n.º 3, Lisboa: SPTT, pp. 47-59.

Agra, C., (1998), *Entre droga e crime: Actores, espaços, trajectórias*, Lisboa: Editorial Notícias.

Akers, R. L., (1991), “Addiction: the troublesome concept”, in *The Journal of Drug Issues*, 21, 4, pp. 777-793.

Amâncio, L., (1989), *Factores Psicossociológicos da Discriminação da Mulher no Trabalho*, Dissertação de doutoramento não publicada, Lisboa: ISCTE.

American Psychiatric Association (APA), (1993), *Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, Odivelas: Eficiente, Arte, Design e Publicações, Lda., 3.ª ed. revista.

American Psychiatric Association (APA), (1996), *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 4.ª Ed., Tr. Lisboa: Climepsi Editores.

American Psychiatric Association (APA), (2002), *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 4.^a Ed., Tr. Lisboa: Climepsi Editores.

Andrade, M. I., (1994), *A Face Oculta das Drogas*, Porto, Porto Editora.

Ashmore, R. D., Del Boca, F. K., (1981), “Conceptual Approaches to Stereotypes and Stereotyping”, in D. L. Hamilton (Ed.), *Cognitive Processes in Stereotyping and Intergroup Behavior*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Pub.

Assembleia da República, (1990), *Diário da República*, Artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 83/90, de 14 de Março.

Assembleia da República, (1994), *Diário da República*, N.º 40 – 17/02/1994, I Série – A.

Assembleia da República, (1995), *Diário da República*, N.º 84 – 08/04/1995, I Série – A.

Assembleia da República, (1997), *Diário da República*, N.º 57 – 08/03/1997, I Série – A.

Assembleia da República, (1999), *Diário da República*, N.º 30 - 05/02/1999, I Série – A.

Assembleia da República, (2002), *Diário da República*, N.º 27 – 29/11/2002, I Série – A.

Assembleia da República, (2003), *Diário da República*, N.º 89 – 15/04/2003, I Série – A.

Ausloos, G., (1996), *A Competência das famílias. Tempo, caos, processo*, Lisboa: Climepsi Editores.

Bardin, L., (1977), *Análise de Conteúdo*, Lisboa, Edições 70 Lda.

Bachmann, C., Coppel, A., (1989), *Le dragon domestique – Deux siècles de relations étranges entre l'Occident et la drogue*, Paris: Éditions Albin Michel.

Becker, H. S., (1963), *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*, Nova Iorque, The Free Press.

Berger, P., L., Luckmann, T., (2003), *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*, Petrópolis: Vozes.

Berridge, V., “Dependência: história dos conceitos e teorias” in Edwards & Lader, *A natureza da dependência de drogas*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994, pp.13- 34.

Billig, M., Condor, S., Edward, D., Gane, M., Middleton, D., Radley, A., (1988), *Ideological dilemmas: a social psychology of everyday thinking*, London: Sage.

Borges, F. C., Filho, C. H., (2004), *Alcoolismo e Toxicodependência: Manual técnico 2*, Lisboa: Climepsi Editores.

Bouhnik, P., (1998), “Le système de vie des usagers de drogues dures. Approche d'Ethno-Sociologie comprehensive”, *Toxicodependência*, Ano 4, n.º 3, Lisboa: SPTT, pp. 49-56.

Burning, E., Brussel, G.V., (1995), “The effects of harm reduction in Amsterdam”, in *European Addiction Research*, 1, pp. 92-98.

Braga, M.C., (1996), *Relatório-Parecer 17/CNECV/96 sobre Liberalização da Droga e Despenalização do Seu Consumo*, Lisboa, Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

Cabrero, G., (1988), “La Integración Social de Drogodependientes”, *Ministério de Sanidad y Consumo*, Madrid, pp. 24-30; 251.

Capucha, L., (1998), “Exclusão Social e Acesso ao emprego: Paralelas que podem convergir”, *Sociedade e Trabalho*, n.º 3, MTS, Lisboa, pp. 61-69.

Capucha, L., coord., (1998), *Rendimento Mínimo Garantido: Avaliação da Fase Experimental*, Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Centro de Investigação e Estudos de Sociologia, Lisboa

Carqueja, H., (2000), “Doença e Toxicodependências”, *Toxicodependência*, Ano 6, n.º 3, Lisboa: SPTT, pp. 83-85.

Carvalho, J. N., (1991), *Prevenção do abuso do álcool e drogas nos jovens*, Porto, Instituto Nacional de Investigação Científica.

Carroll, M., (1994), *Cocaine and Crack*, Springfield.

Castel, R., Coppel, A., (1991), “Les contrôles de la toxicomanie”, in Ehrenberg, A. (org.) *Individus Sous Influence*, Paris, Éditions Esprit.

Cobb, C., Rixford, C., (1998), *Lessons learned from the history of social indicators*, Redefining Progress, San Francisco.

Comas, D. (1985) “*El uso de drogas en la juventud*”, Barcelona: Publicaciones de Juventud y Sociedad, S. A.

Comité Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, (1994), *Rapports du comité consultatif national d’éthique pour les sciences de la vie et de la santé sur la toxicomanie*, Avis n.º 43, 23 de Novembro.

Costa, J., (1995), “Contentamento e prazer (para uma perspectiva psico-antropológica das toxicodependências”, *Toxicodependências*, Ano 2, n.º 1, Lisboa: SPTT, pp. 3-20.

Costa, J., (1996), “A dependência da dependência - círculos estranhos e círculos viciosos”, *Toxicodependências*, Ano 2, n.º 1, Lisboa: SPTT, pp. 81-90.

Costa, N. F. et al., (1996b), “*Tratamento* da toxicodependência: estudo sagital de 1995”, *Toxicodependências*, Ano 2, n.º 3, Lisboa: SPTT, pp. 39-53

Costa, N. F., Oliveira, F. F., (1997), “Avaliação do programa - Diz não a uma seringa em segunda mão através de um inquérito aos utilizadores”, *Toxicodependências*, Ano 3, n.º 2, Lisboa: SPTT, pp. 23-40

Costa, N. F., (2000), “Aspectos Cognitivos do *Tratamento* de toxicodependentes ou a saúde como um estado incompleto de bem-estar”, *Toxicodependências*, Ano 6, n.º 2, Lisboa: SPTT, pp. 55-65.

Cruz, M. S., (2000), “Práticas médicas, toxicomanias e a promoção do exercício da cidadania”, in Ascelard, G., *Avessos do Prazer: drogas, aids e direitos humanos*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Deconchy, J. P., (1984), “Systemes de croyances et représentations ideologiques”, in S. Moscovici (Ed.), *Psychologie Sociale*, Paris: Presses Universitaires de France, pp. 331-355.

Dias, C. A. et al., [s/d], *Intervenções em toxicodependências – do C.E.D. ao C.A.T.C. (1997-1997)*, Coimbra.

Dias, C. A., (1979), *Estudos sobre a Droga*, Ed. Afrontamento.

Dias, C. A., Vicente, T. N. et al., (1980), *I Encontro Sobre Terapias Institucionais*, Curia: Comunicações.

Dias, C. A., Vicente, (1995), *Ascensão e queda dos toxicodependentes ou a democracia da mentira*, Lisboa, Fenda.

Doise, W., (1990), “Les représentations sociales”, in Ghiglione, R., Bonnet, C., Richard, J. F.(Ed.), *Traité de Psychologie Cognitive*, vol. 3, Cognition, Représentation, Communication, Paris, Dunot, pp. 111-174.

Doise, W., Clemence, A., Lorenzo-Cioldi, F., (1992), *Représentations sociales et analyses de données*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.

Domingo, C., (1985), *El Uso De Drogas En La Juventud*, Publicaciones de Juventud y Sociedad.

Durand, G., (1994), *L’Imaginaire. Essai sur les sciences et la philosophie de l’image*, Paris: Hatier.

Durkheim, É., (1898), *Representações individuais e representações colectivas*, in É. Durkheim, Sociologia, Pragmatismo e Filosofia, Porto, Rés Editora.

Durkheim, É., (1984), *A Divisão do Trabalho Social*, Lisboa: Editorial Presença.

Durkheim, É., (2001), *O Suicídio, Estudo Sociológico*, Editorial Presença, 8.ª Ed..

Echebarria, A., Fdz Guede, E.; Sanjuan, C., Valencia, J. F. (1992), “Social representations of drugs, causal judgement and social perception”, in *European Journal of Social Psychology*, vol. 22, pp. 73-84.

Edwards, G., Arif, A., Hodgson, R., (1982), *Nomenclature and Classification of Drug and Alcohol-related problems: a WHO memorandum*, Bull World Health Organ.

Erickson, P. G., (1993), “The law, social control and drug policy: models, factors and Processes”, in *The International Journal of the Addictions*, 28 (12), pp. 1155-1176.

Ehrenberg, A., (1991), *Le culte de la performance*, Paris: Calmann-Levy.

Ehrenberg, A., (1996), “Comment vivre avec les drogues? Questions de recherche et enjeux politiques”, in *Communications*, n.º 62, pp. 5-26.

Escohotado, A., (1992), *História General de las Drogas*, vol. 3, Madrid, Alianza Editorial.

Farate, C., (1996), *Risco relacional e consumo de drogas no início da adolescência. A complementaridade das abordagens clínicas e epistemológicas do risco aditivo*, Porto: Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências Médicas apresentada ao ICBAS do Porto.

Farate, C., (1997), *O acto do consumo e o gesto que consome. Risco relacional e consumo de drogas no início da adolescência*, Lisboa: Climpesi Editores.

Fatela, J., (1991), “Drogues et ambivalences de la subjectivité”, in Alain Ehrenberg (dir.), *Individus sous influence—drogues, alcools, médicaments, psychotropes*, Paris, Éditions Esprit.

Félix, António Bagão, (14-06-2002), *Proposta da Lei sobre o Rendimento Social de Inserção*.

Fernandes, L., (1993), “Territórios Psicotrópicos”, Agra, C., (Ed.), *Dizer as Drogas, Ouvir as Drogas*, Porto: Radicário.

Fernandes, L., (1998a), “Os Princípios de Exclusão da Droga”, Araújo, H. G., Mota P., Seixas, P. C., (orgs.), *Nós e os Outros*, Porto, Sociedade Portuguesa de Antropologia e Etnologia.

Fernandes, L., (1998b), *O Sítio das Drogas: Etnografia das Drogas numa Periferia Urbana*, Lisboa, Editorial Notícias.

Fernandes, L., (1990), *Os Pós-Modernos ou a Cidade, o Sector Juvenil e as Drogas: estudo teórico-metodológico e pesquisa de terreno*, Universidade do Porto, Porto.

Fernandes, L., Neves, T., (1997 e 1999), *Periferias Urbanas, Sentimento de Insegurança e Controle Social*, Porto, Observatório Permanente da Segurança, Vol. I e II.

Fernandes, L., (1999), *A administração de heroína em Zurique*, Olhares Seguros, Observatório Permanente de Segurança do Porto.

Ferraz, F.O. et al., (1996), “Atitudes perante o consumo de drogas — perspectivas de estudantes, professores e médicos”, in *Toxicodependências*, Ano 2, n.º 2, pp. 57-67.

Ferrer, X. et al., (1993), “Los padres en la prevención del abuso de drogas: enfoques, experiencias y resultados em vários países”, Vitoria: *Seminário Internacional sobre privención de las drogodependencias y papel de la familia*.

Fisher, D. G. et al., (1997), “Parental influences on substances use: gender differences and stage theory”, *Journal of Drugs Education*, pp. 37-49

Fleming, M. A., (2005), “Dor Mental e Toxicodependência”. *Toxicodependências*, vol. 1, Lisboa: Edições IDT, pp. 3-13.

Fortin, M. F., (2003), *O processo de investigação: da concepção à realização*, 3.ª Ed., Loures: Lusociência.

Fréjaville, J. et al., (1977), *Os jovens e a droga*, Porto: Rés Editora.

Giddens, A., (1989), *A constituição da sociedade*, 1.ª Ed. e 2.ª Ed. (2003), São Paulo: Editora Martins Fontes.

Giddens, A., (1991), *As consequências da modernidade*, 1ª Ed., São Paulo: Editora UNESP.

Goffman, E., (1986), *Stigma*, New York: Simon Schuster.

Goffman, E., (1996), *A Representação do Eu na Vida Cotidiana*, Petrópolis: Vozes.

Goulão, J., (2008), “Porque está o IDT debaixo de fogo?”, *Toxicodependências*, Ano.14, n.º 1, Lisboa: 2008, pp. 3-6.

Helman, C. G., (1994), *Cultura, saúde e doença*, 2.ª Ed., Porto Alegre: Artes Médicas.

Herzlich, C., (1973), *Health and illness, a social psychological analysis*, London: Academic Press.

Imperatori, E, Giraldes, M R., (1982), *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, (2005), *Plano Estratégico 2005-2008, Reinserção*, Lisboa IDT.

Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, (2002), “*Relatório Anual 2001: A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências - Actividades Desenvolvidas*”, Vol. 2, Lisboa IPDT.

Jodelet, D., (1989), “Représentations sociales: un domaine en expansion”, in D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales*, Paris: Presses Universitaires de France.

Jodelet, D., (2001), *Representações Sociais: fenómeno, conceito e teoria*, Paris: Presses Universitaires de France.

- Lipiansky, E., (1992), “*Représentations sociales et idéologies. Analyse conceptuelle*”, in Aebischer,V., Deconchy, J.P., Lipiansky, E., (Eds.), *Idéologies et représentations sociales*, Suisse: Delval.
- Lowenstein, W. et al., (1998), *A Metadona e os Tratamentos de Substituição*, Lisboa: Climepsi Editores.
- Lucchini, R., (1985), *Drogues et société: essai sur la toxicodépendance*, Fribourg: Editions Universitaires.
- Macedo, T., (2000), “Contributo das neurociências para a compreensão da toxicodependência”, *Toxicodependências*, Ano 6, n.º 3, Lisboa: SPTT, pp. 3-16.
- Macquet, C., (1994), *Toxicomanies: aliénation ou Styles de Vie*, Paris: L’Harmattan.
- Magalhães, L., (2000) “A doença é a dor de Existir”, *Toxicodependências*, Ano 6, n. 1, Lisboa: SPTT, pp. 9-14.
- Marlatt, A. G. et al., (1999) *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*, Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Marques, A. P., (1982), “Toxicodependência e Sociedade”, Organização: *Revista Psicologia*, Vol. III, n.º 3 e n.º 4, Edição: A Regra do Jogo.
- Melo, R., (2002), “Os Quês e os Porquês da Prevenção Primária da Toxicodependência”, *Toxicodependências*, Ano 8, n.º 2, Lisboa: SPTT, pp.23-28.
- Merton, R. K., (1970ª), *Sociologia: teoria e estrutura*, São Paulo: Mestre Jou.
- Miguel, N., (1997), “Toxicodependência: uma perspectiva”, *Toxicodependências*, Ano. 3, n.º 1, Lisboa: SPTT, pp. 25-30.

- Milheiro, J., (1999), *Loucos são os Outros*, Lisboa: Edições Asa, SA
- Mitchell, C. N., (1990), *The Drug Solution - Regulating Drugs According to Principles of Efficiency, Justice and Democracy*, Otava, Carleton University Press.
- Moliner, P., (1996), “La Dynamique des Representation Sociales”, *Collection Vies Sociales*, Press Universitaires de Grenoble.
- Montaniri, L., (2004, Outubro-Dezembro), “Peritos atentos às diferenças entre os sexos nos serviços de Tratamento”, *Drugnet Europe - Boletim de notícias do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência*.
- Moreira, A. S. P., Camargo, B. V., Jesuino, J. C., Nóbrega, J. S. R., (2001), “Tornar-se Toxicodependente: Opção ou fatalidade?”, *Toxicodependências*, Ano 7, n.º 3, Lisboa: SPTT, pp. 73-78.
- Morel, A., Boulanger, M., Hervé, F., Tonnelet, G., (2001), *Prevenção das toxicomanias*, (1ª.Ed.). Lisboa: Climepsi.
- Morel, A. et al., (1998), *Cuidados ao toxicodependente*, Lisboa: Climepsi Editores.
- Moscovici, S., (1961), *La psychanalyse, son image et son public*, Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S., (1969), “Group as a Polarizer of attitudes”, in *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 12, n. 2, pp. 125-135
- Moscovici, S., (1976), *Social influence and social change*, Londres: Academic Press.
- Moscovici, S., (1984), “The phenomenon of social representations”, in R. M. Farr e S. Moscovici (Ed.), *Social Representations*, Cambridge, Cambridge University Press.

Moscovici, S., (1988), “Notes towards a description of social représentations”, in *European Journal of Social Psychology*, Vol. 18, pp. 211-250.

Moscovici, S., (1989), *Des représentations collectives aux représentations sociales: Les représentations sociales*, Paris: Presses Universitaires de France.

Moscovici, S., (2000), *Social representations: Explorations in social psychology*, Oxford: Polity.

Moscovici, S. (2003). *A Representação Social da Psicanálise*, Rio de Janeiro: Zahar.

Nahas, G. G., Frick, H. C., (1986), “Une politique de la drogue pour l` époque actuelle“, in *Bulletin des stupéfiants*, Vol. 38, n.ºs 1 e 2, pp. 3-14.

Nahas, G. G., (1990), *Drogue et société*, Paris: Masson.

Neto, D. (1987), “Percurso Terapêutico do Toxicómano ou Reflexões sobre o Tratamento de Toxicodependentes em Portugal”, *Alcoolismo e Toxicodependências*, Trabalhos apresentados nas Segundas Jornadas de Saúde Mental do Algarve - Faro, pp. 185-190.

Nowlis, H., (1979), *A Verdade sobre as Drogas*, Lisboa, Gabinete Coordenador do Combate à Droga.

Nurco, D. et al., (1981), “Addict Careers – I – A New Typology; II – The First Ten Years; III – Trends across Time”, *The International Journal of the Addictions*, 16(8), 1305-1372.

OEDT - Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, (1998), “Linhas Orientadoras para a Avaliação de Acções de Prevenção da Toxicodependência”, *Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência*, Lisboa.

OEDT - Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, (2004), “Relatório anual – A evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Noruega”, *Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias*.

OMS - Organização Mundial de Saúde, (1995), *CID-10, OMS*, Tradução Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português, 2.^a Ed. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

OMS - Organização Mundial de Saúde, (1995), *Lexicon of alcohol and drug terms*, OMS: Génova.

Patrício, L., (1995), *Droga de Vida. Vida de Droga*, Lisboa: Bertrand Editora.

Patrício, L., (1996), *Droga de Vida. Vida de Droga*, Lisboa: Bertrand Editora.

Patrício, L., (1997), *Face à Droga: como (re)agir?* Lisboa: Edição SPTT.

Patrício, L., (2002), *Drogas: para que se saiba*, Lisboa: Figueirinhas.

Pereira, O. G., Pires, J. R., (2004), *Prometeu Liberto: Itinerários de Droga em Medicina Comportamental*, Lisboa: Medialivro, Actividades Editoriais, S.A.

Pinazo, S., Ferrer, X., (2002), “Etiologia y prevención del abuso de drogas en adolescentes y jóvenes”, *Toxicodependências*, Ano 8, n.º 1, Lisboa: SPTT, pp. 35-43.

Pires, R. P., (1999), “Uma teoria dos processos de integração”, in *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 30, Lisboa, ISCTE, pp. 9-54.

Pires, M. I. V., (2000), “Tóxico-exclusão: a exclusão social pela toxicodependência”, *Estudo Psico-Social da caracterização da população toxicodependente dos agregados beneficiários do RMC em quatro freguesias da cidade do Porto*, Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação do Porto.

Poiares, C. A., (1995), “A legislação Penal e a Droga - Contribuição Para uma Análise do Discurso do Legislador”, *Toxicodependências*, Ano 1, n.º 3, Lisboa: Edição SPTT, pp. 17-29.

Poiares, C. A., (1998), “As drogas ilícitas: Consumo, Incriminação e Desculpabilização”, *Toxicodependências*, Ano 4, n.º 3, Lisboa: Edição SPTT, pp. 57-66.

Poiares, C. A., (1999), “Contribuição para uma análise histórica da Droga”, *Toxicodependências*, Ano 5, n.º 1, Lisboa: Edição SPTT, pp. 3-12.

Poiares, C. A., (2000), “Descriminalização construtiva e intervenção juspsicológica no consumo das drogas ou recuperar o tempo perdido”, *Toxicodependências*, Ano. 6, n.º 2, Lisboa: Edição SPTT, pp. 7-16.

Poiares, C. A., (2001), “Variações sobre a Droga”, *Toxicodependências*, Ano.7,n.º 2, Lisboa: Edição SPTT, pp. 67-75.

Porot, A., (1971), *Las Toxicomanias*, Barcelona: Oikos Tau, trad. Ana Rabaça, Lisboa Notícias (1989)

Portugal, Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Instituto para o Desenvolvimento Social, (2001-2002), “Avaliação de impactes do Rendimento Mínimo Garantido”, *Instituto para o Desenvolvimento Social*, (Estudos), Lisboa.

Presidência do Conselho de Ministros, (1999), *Estratégia Nacional de Luta contra a Droga*, (2.ª Ed.), Lisboa, Imprensa Nacional da Casa da Moeda.

Presidência do Conselho de Ministros, (2000), *Relatório Anual – A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências em 1999*, Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.

Quartilho, M., (2001), *Cultura, Medicina e Psiquiatria*, Coimbra: Quarteto.

Quintas, J., (2000), “Consumos de Drogas: realidades e representações sociais”, *Toxicodependências*, Ano. 6, n.º 3, Lisboa: SPTT, pp. 29-42.

Quivy, R., Campenhoudt, L., (1997), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva.

Ramos, C., (2005), “Economia Social, Inclusão e Responsabilidade Social e Empresarial”, *Investigação e Debate – Serviço Social – Maio 2005*, Edição Comemorativa – Especial 10 anos, pp. 133-175.

Ramos, C., (2003), *Acção Social na área do Emprego e da Formação Profissional*, Universidade Aberta, Lisboa.

Ramos, N., (2004), *Psicologia Clínica e da Saúde*, Universidade Aberta, Lisboa.

Ramos, P., (coord.), (1987), “Reinserción Social y Drogodependencias” in. Nieva Lafuente in “*La Reinserción Social en el Marco Municipal*” -, Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social, Madrid.

Reis, J. C., (1998), *O Sorriso de Hipócrates. A integração dos processos de saúde e doença*, Lisboa: Editor Assírio Bacelar.

Relatório Anual, (2005), *A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*, Luxemburgo: Serviço de Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

Relvas, A. P., (1996), *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*, Porto: Edições Afrontamento.

Ribeiro, J. S., (1995), “Dependência ou Dependências? Incidências históricas na formalização dos conceitos”, *Toxicodependências* Ano.1, n.º 3, Lisboa: SPTT, pp. 5-13.

Ribeiro, J. S., (1996), “O papel da ansiedade no processo de recuperação dos toxicodependentes”, *Toxicodependências* Ano.2, n.º 3, Lisboa: SPTT, pp. 5-13.

Ribeiro, J. S., (1999), “Contributo para a história dos consumos de drogas em Portugal”, *Toxicodependências* Ano. 5, n.º 3, Lisboa: SPTT, pp. 3-9.

Ribeiro, J. S., (2001), “Tornar-se Toxicodependente: Opção ou Fatalidade?”, *Toxicodependências*, Ano. 7, n.º 3, Lisboa: SPTT, pp. 73-78.

Rogiers, X., (1993) *Metodologia da Recolha de Dados. Fundamentos dos Métodos de Observações, de Questionários, de Entrevistas e de Estudo de Documentos*, Lisboa, Instituto Piaget, Artes Gráficas.

Room, R., (1985), “Dependence and Society”, *British Journal of Addicction*, 80, 133-139.

Rosa, A. S., (1988), *Sur l’usage des associaations libres dans l’étude des représentations sociales de la maladie mentale*, Connexions, 51, Rome:Université de Rome.

Santos, A., (2000), *Do outro lado da esperança*, Instituto Camões, Lisboa: Universidade do Sagrado Coração de Jesus.

Schutz, A., (1976), “The social world and the theory of social action”, in Alfred Schutz, *Collected Papers II: Studies in social theory*, The Hague, Martinus Nijoff.

Schuckit, M., (1991), *Drug and Alcohol Abuse - A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment*, de Plenum Medical Book Company, New York.

Seibel, S.; Toscano, J., (2001), *Conceitos básicos e classificação geral das substâncias psicoactivas*, São Paulo: Atheneu.

Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, (2000), *Relatório de Actividades do SPTT 2000*, Lisboa SPTT.

Sheva, Maia, (2005), *Perspectivas Teórico-Metodológicas, em representações sociais*, Prefácio Moscovici, S., Editora Universitária – UFPB, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Spink, M. J. P., (1994), “A medicina e o poder de legitimação das construções sociais de igualdade e diferença: Uma reflexão sobre cidadania e género”, in: *A Cidadania em Construção - Uma Reflexão Transdisciplinar* (M. J. P. Spink, org.), São Paulo: Cortez.

Soares, A., (2001), “Uma proposta integrativa na terapia cognitiva da toxicodependência”, *Toxicodependências*, Ano.7, n.º 2, Lisboa: SPTT, pp. 29-49.

Souza, F., Edson, A., (1993), “Análise de representações sociais”, in Mary Jane Spink (org.), *O Conhecimento no Cotidiano: as Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social*, São Paulo, Editora Brasiliense.

Sournia, J. C., (1992), *História da Medicina*, Lisboa: Editions La Decouverte, Instituto Piaget.

Szasz, T., (1994), *La persécution rituelle des drogués, boucs émissaires de notre temps: le contrôle d'État de la pharmacopée*, Paris, Les Éditions du Léopard (1974).

Tajfel, H., (1982), “Social psychology of intergroup relations“, *Annual Review of Psychology*, pp.1-39.

Vala, J., (1993a), “Representações sociais para uma psicologia social do pensamento Social”, in J. Vala, M. Monteiro (eds.), *Psicologia Social*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Vala, J., (1993b), “Valores sócio-políticos”, inLuís França (cord.), *Portugal, Valores Europeus Identidade Cultural*, Lisboa, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.

Vala, J., (1993c), “Representações sociais no quadro dos paradigmas e metáforas da psicologia social”, in *Análise Social*, Vol.XXVIII, n.ºs 123-124., pp. 887-919.

Vala, J., (2002), “Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano” in J. Vala e M. Monteiro (Eds.), *Psicologia Social*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, pp. 457-502.

Van ser Stel, J., (1998), *Manual de Prevenção: álcool, drogas e tabaco*, Estrasburgo: IPDT.

Vieira, C. (1981), “Informar os jovens sobre droga?”, Apresentado nas: *I Jornadas de Prevenção Primária* – Porto.

Watt, N. F. D. et al., (1995), “The life course of psychological resilience: A phenomenological perspective on deflecting life’s slings and arrows”, *The Journal of Primary Prevention*, vol. 15, p. 3.

Wagner, W., (1994), “Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais”, in Jovchelovitch, S., Guareschi, P. (orgs.), *Textos em Representações Sociais*, Petrópolis, Vozes.

Wagner, W., Elejabarrieta, F., (1994), “Representaciones sociales”, in J. Francisco Morales (coord.), *Psicologia Social*, Madrid, McGraw Hill.

Waldorf, D., Reinarman, C., Murphy, S., (1991), *Cocaine Changes – the Experience of Using and Quitting*, Filadélfia, Temple University Press.

Woody, G.E., Cacciola et al., (1992), “Desipramine treatment of cocaine dependence in methadone-maintained` patients”, *Archives of General Psychiatry*, p. 49.

WHO, (1998), *Expert committee on Drug Dependence*, 30º repor, Geneva: WHO.

WHO, (2000), *Guide to drug abuse epidemiology*, 35º repór, Geneva: WHO.

Zinberg, N., (1984), *Drug, set and setting: The basic for controlled intoxicant use*, New Haven, Yale University Press.

Anexo 1

Guião de Entrevista

HIPÓTESES PARA O ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM TORNO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA DOS TÉCNICOS QUE TRABALHAM NO INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA

As modalidades e as estratégias de *Tratamento* são influenciadas pelas representações sociais que os técnicos têm do fenómeno.

QUESTÕES DE BASE PARA AS ENTREVISTAS

- Identificar se existe uma relação entre as representações sociais que os diferentes técnicos têm sobre a intervenção no *Tratamento* da *toxicodependência* e se estas influenciam as modalidades de intervenção que utilizam.
- Caracterizar as estratégias de *Tratamento* que se conhecem e utilizam.
- Caracterizar as crenças de auto-eficácia das suas intervenções.
- Em que medida a avaliação permite adequar a intervenção
- As representações sociais sobre o fenómeno da *toxicodependência* condicionam os discursos dos técnicos.