

Os utentes do centro de atendimento a toxicodependentes de Xabregas e a sua passagem pelo sistema judicial - penal

Joaquim Pedro Martins da Silveira e José Manuel Pádua¹

Contextualização legal

Convirá, na nossa opinião, fazer uma pequena apresentação do historial da legislação portuguesa relativa às questões ligadas à distribuição, venda, consumo e tráfico das drogas ilícitas. Para este efeito, um primeiro conjunto de diplomas foi publicado em Diário da República em 1924² e 1926³, não sendo efectuada qualquer alteração legislativa até ao Decreto-Lei nº 420 / 70, de 3 de Setembro⁴.

Portugal ratificou, em Dezembro de 1971, a Convenção Única de 1961 sobre os estupefacientes e, em Abril de 1979, aderiu à Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas de 1971. Em 1976, o Decreto-Lei nº 792 / 76, de 5 de Novembro, em substituição ao Centro de Estudos da Juventude, instituiu e estruturou o Centro de Estudos da Profilaxia da Droga, integrado no Ministério da Justiça, cujas três unidades – Norte, Centro e Sul – prestavam tratamento ambulatorio e em internamento aos toxicodependentes⁵.

A partir da segunda metade da década de 70, o alargamento do número de consumidores, do volume de substâncias traficadas, a alteração qualitativa dos consumos – com a crescente predominância do uso de substâncias opiáceas, sobretudo a heroína, por parte dos consumidores - e a falta de meios de combate a estes problemas levaram o Estado Português a sentir a necessidade de levar a cabo uma “(...) adaptação sistemática do seu direito interno e de algumas das suas estruturas organizativas de modo a inserir-se, harmónica e eficazmente, na luta que a comunidade internacional vem empreendendo contra o que tem sido um flagelo dos nossos dias, o tráfico e consumo de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas.”⁶. O Decreto Lei nº 430 / 83, de 13 de Dezembro, representou o primeiro passo prático dessa tentativa de sistematização.

Outros diplomas se sucederam a este, nomeadamente os seguintes:

¹ Licenciado em Sociologia das Organizações pela Universidade do Minho, membro fundador da ASSOCIAM (Associação de Sociólogos do Alto Minho). José Manuel Pádua Psiquiatra do CAT de Xabregas, Instituto da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.

² Lei nº 1687, de 6 de Agosto de 1923, publicada Diário da República no 2º Semestre de 1924 e Decreto nº 10375, de 9 de Dezembro, o qual regulamentava a importação, o armazenamento, o comércio e a prescrição médica de estupefacientes.

³ Decreto nº 12210, de 24 de Agosto, que adoptava as estipulações do protocolo da Convenção do Ópio (Genebra, 1924), completando a legislação de 1924, restringindo as importações do ópio e derivados (morfina e heroína), da cocaína e dos preparados galénicos de cânhamo índio (*cannabis sativa*), agravando as penas para a posse, compra ou venda destes produtos sem autorização legal.

⁴ Neste diploma é reconhecido o carácter desactualizado do Decreto nº 12210 de 1926, sendo proposto um conjunto de medidas que visavam o agravamento das sanções pecuniárias e penais previstas até então e a sistematização e intensificação do controlo da prescrição médica de estupefacientes.

⁵ Com efeito, Poiães chama a atenção para o facto de o Decreto Lei 792 / 76 assinalar, no seu preâmbulo, o falhanço dos meios de justiça penal como meio de gestão dos problemas colocados pela questão da toxicodependência aceitando, do mesmo modo, a inadequação dos sistemas penalizadores clássicos. Constatava o legislador, neste documento, que o ilícito do consumo “(...) melhor caberia no âmbito de um conjunto de normas de mera ordenação social, propondo que se desviasse o epicentro da censura do acto para o espaço reservado às chamadas bagatelas penais, deixando em aberto, contudo, que sanções reputava mais pertinentes.” (Poiães, 2000: 7).

⁶ Decreto Lei nº 430 / 83, de 13 de Dezembro, Ponto 1 do Preâmbulo.

A) A Resolução do Conselho de Ministros nº 23 / 87, que aprovou um plano integrado de combate à droga em várias vertentes (“Acções no domínio da prevenção da toxicomania”, “Acções no domínio do tratamento, reabilitação e inserção social dos toxicómanos” e “Acções no domínio do tráfico”) e levou à abertura de centros de tratamento integrado na Rua das Taipas, em Lisboa, e na Rua da Cedofeita, no Porto, inseridos no Ministério da Saúde.

B) A Resolução do Conselho de Ministros nº 46 / 99, na qual é proposta uma “estratégia nacional de luta contra a droga” tendo em conta, pela primeira vez, o carácter global da produção e circulação das drogas ilícitas e a necessidade da concertação de políticas e esforços no interior da União Europeia para fazer face a estes problemas⁷.

C) A Lei nº 30 / 2000, de 29 de Novembro, que teve como objectivo “(...) a definição do regime jurídico aplicável ao consumo de estupeficientes e substâncias psicotrópicas, bem como a protecção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica” (Artigo 1º), sobrepondo-se assim ao constante no Decreto-Lei 430 / 83. Concretizou a descriminalização do consumo, que ficou sujeito apenas a uma contra-ordenação, e criou as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência, regulando a sua actuação.

D) O Decreto-Lei nº 130-A / 2001, de 23 de Abril, que pormenoriza a actuação das referidas Comissões, pondo a ênfase na diagnose e avaliação da personalidade e situação de vida do toxicodependente, no seu acompanhamento técnico e na tentativa de o motivar, bem como aos familiares, para a recuperação clínico-psicológica⁸.

E) O Decreto-Lei nº 183 / 2001, de 21 de Junho, aprovou o regime geral das políticas de prevenção e redução de riscos e minimização de danos. Regulou, igualmente, a criação de um conjunto de programas e estruturas sócio-sanitárias de suporte aos consumidores toxicodependentes, nomeadamente gabinetes de apoio, centros de acolhimento, pontos de contacto, programas de substituição de baixo limiar, programa de troca de seringas, equipas de rua e programas de consumo vigiado.

Contextualização social e clínica

As modificações causadas pelo consumo de droga, quando percepcionadas como agradáveis ou como aliviando um importante mal-estar psíquico ou físico, têm um forte efeito de reforço positivo sobre os próprios consumos, que se podem tornar progressivamente mais importantes na escala das motivações do toxicómano, levando à transgressão das regras sociais e morais previamente respeitadas e a importantes modificações nos padrões de comportamento e socialização.

O estigma social aplicado aos consumidores de droga “reconhecidos como tal” tem a ver com as disfuncionalidades que são induzidas por alguns dos seus comportamentos, tanto a nível social como familiar, comportamentos esses que derivam, sobretudo, das quantias elevadas que diariamente são necessárias para manterem o seu nível de consumo. A título de exemplo, o preço de uma grama de heroína de rua, na zona de Viana do Castelo, ronda os 10 000\$ / 50 €. Se pensarmos que um consumidor regular tem um hábito / necessidade diário de consumir entre um quarto de grama e uma grama, imediatamente se constata como é difícil sustentar os consumos com um ordenado médio. A curto prazo a dependência de droga leva a depender economicamente da família, à prática sistemática de mentiras, a desvios de dinheiro ou pequenos furtos dentro de casa e à venda de bens pessoais.

No caso de heroína, droga muito comum no nosso país, com grande poder adictivo e em relação à qual a tolerância se desenvolve facilmente, a mesma dose vai deixando progressivamente de dar prazer e somente alivia os sintomas de privação que surgem 6 a 12 horas após o último consumo e se caracterizam por arrepios, cólicas, dores no corpo, uma enorme ansiedade, agitação interior e uma compulsão a repetir o consumo que os anglosaxónicos chamam “craving” e no calão nacional se designa por “ânsias”.

⁷ A propósito do texto desta Resolução, afirmava Carlos Poiães, com razão, que “A *Estratégia Nacional* de 1999 opta nitidamente pela descriminalização do consumo, abrangendo a aquisição e posse para uso pessoal, deslocando essas condutas do espaço da intervenção penal para a área dos ilícitos de mera ordenação social.” (Poiães, 2000: 11).

⁸ Carlos Poiães, 2002, pp 34 e 35.

A dependência pode levar, inclusivamente, à prostituição e/ou à prática de actividades ilícitas que muitas vezes levam os toxicodependentes a ter repetidos contactos com o sistema judicial e a constituírem a maioria da população prisional do País. Nas prisões portuguesas não existem meios adequados para o combate ao tráfico e ao consumo entre os detidos nem para controlar e tratar as suas consequências: dependências física e psicológica, doenças infecciosas como a Hepatite C e a SIDA, a reprodução das actividades ilícitas no interior dos muros (extorsão, suborno, chantagem, agressões, tráfico de medicamentos sedativos e opióides, prostituição).

Conforme notam Rui Abrunhosa Gonçalves e Cláudia Salém “(...) a presença de psicopatas entre os consumidores de droga (heroína, neste caso) é episódica. Esta presença aumenta se tais consumidores estiverem associados a um percurso de vida criminal mas, ainda assim, de forma pouco significativa. Por outro lado, é nos sujeitos com carreira exclusivamente criminal (isto é, que não consomem drogas) que, de forma significativa, tendem a surgir psicopatas”⁹.

Tendo em conta que, na maioria dos estabelecimentos prisionais deste país, as populações consumidora e não consumidora se misturam a nível das instalações disponíveis, dificilmente se poderá considerar que o percurso de encarceramento, tal como está a ser cumprido actualmente na esmagadora maioria dos casos, venha a promover uma real recuperação dos detidos toxicodependentes, embora se tenham verificado experiências gratificantes neste âmbito, como a adaptação ao meio prisional do modelo “Comunidade Terapêutica” (veja-se os resultados positivos obtidos nas Alas A e G do Estabelecimento Prisional de Lisboa).

Descrição do CAT e caracterização dos utentes

O Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) de Xabregas, em Lisboa, faz parte da rede nacional de tratamento da toxicodependência do Ministério da Saúde, integrada no Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT); o Centro serve as cinco freguesias mais orientais da cidade, com as populosas e problemáticas zonas dos Olivais e de Chelas e dá também apoio ao concelho de Vila Franca de Xira.

Vamos apresentar os dados da Consulta/Ambulatório¹⁰, a funcionar desde 13/10/1997. Nos seis primeiros anos de funcionamento do CAT iniciaram seguimento 1657 utentes¹¹. A caracterização desta população baseia-se nos dados fornecidos pelos próprios na entrevista de acolhimento e na primeira consulta, quando se inicia o tratamento no CAT. A proporção entre os sexos (M/F = 4/1) tem sido muito constante ao longo dos anos mas a média da idade dos utentes que procuram o CAT tem vindo a subir progressivamente (1997 = 28.9; 2003 = 34.9 anos). Para a maioria as habilitações não vão além do 2º ciclo completo, estão desempregados e vivem com a família de origem. O grau de escolaridade é superior no sexo feminino. A proporção de casos de desemprego de longa duração é igualmente superior para a população feminina, ao que não será alheio o seu envolvimento nas tarefas domésticas e o facto de 55% das mulheres terem filhos, apesar de só metade destas viverem com eles (Quadro 1).

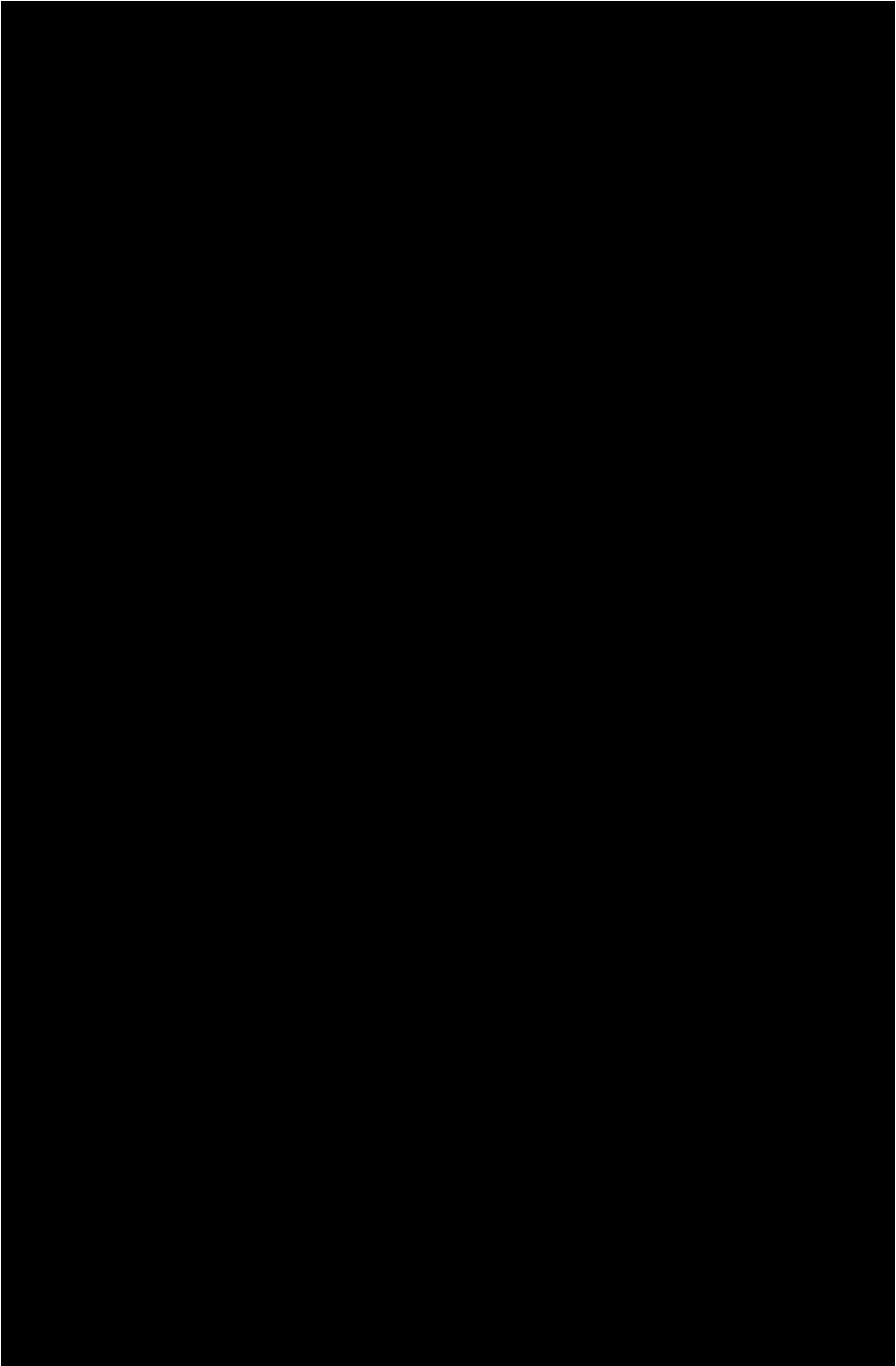
A Heroína, isolada ou associada a Cocaína, é a droga principal em mais de 90% destes utentes. O consumo endovenoso, actualmente, é minoritário e os comportamentos de risco por partilha de seringas e outro material têm vindo a diminuir mas ainda são importantes (Quadro 2)¹². A duração média de consumo regular de opiáceos é de 11.0 anos para os homens e de 8.7 anos para as mulheres (Quadro 3).

⁹ Rui Abrunhosa Gonçalves e Cláudia Salém, 2002, pag. 27.

¹⁰ A equipa é constituída por 6 Psiquiatras, 7 Psicólogos, 2 Técnicos de Serviço Social, 5 Enfermeiros, 10 Técnicos Psicossociais, Auxiliares e Administrativos. No ano de 2003 foram realizadas 6313 consultas individuais, 200 sessões de grupo com 785 presenças e 790 atendimentos de serviço social.

¹¹ São 1339 utentes do Sexo Masculino com idades entre os 15 e os 59 anos (média = 31.8 anos) e 318 do Sexo Feminino com idades entre os 16 e os 53 anos (média = 30.5 anos), ver Quadro 1.

¹² Na altura do acolhimento alguns tinham já interrompido os consumos e/ou encontravam-se em tratamento com Programa de Manutenção com Metadona numa das 2 Unidades Móveis que operam na área do CAT.



Quadro 4

Distribuição dos utentes acolhidos entre 13-10-1997 e 12-10-2003						
Idade	M	M	F	F	Total	Total
15-19	24	2%	14	4%	38	2%
20-24	164	12%	56	18%	220	13%
25-29	348	26%	79	25%	427	26%
30-34	353	26%	80	25%	433	26%
35-39	255	19%	56	18%	311	19%
40-44	158	12%	23	7%	181	11%
45-	37	3%	10	3%	47	3%
Total	1339	100%	318	100%	1657	100%

Utentes com antecedentes judiciais todas causas			
Idade	M	F	Total
15-19	38%	14%	29%
20-24	59%	27%	50%
25-29	52%	33%	48%
30-34	61%	38%	57%
35-39	65%	48%	62%
40-44	62%	35%	59%
45-	81%	50%	74%
Total	59%	36%	55%
Total n	796	113	909

Utentes com antecedentes judiciais relacionados com droga			
Idade	M	F	Total
15-19	25%	7%	18%
20-24	38%	21%	34%
25-29	34%	24%	32%
30-34	45%	26%	42%
35-39	46%	25%	42%
40-44	44%	26%	41%
45-	59%	10%	49%
Total	42%	23%	38%
Total n	557	74	631

Utentes com detenções (t.c.)			
Idade	M	F	Total
15-19	25%	7%	18%
20-24	47%	25%	41%
25-29	41%	24%	38%
30-34	51%	33%	47%
35-39	56%	38%	53%
40-44	55%	35%	52%
45-	73%	40%	66%
Total	50%	29%	46%
Total n	664	93	757

Utentes levados a julgamento (t.c.)			
Idade	M	F	Total
15-19	29%	7%	22%
20-24	33%	18%	29%
25-29	43%	25%	39%
30-34	54%	28%	49%
35-39	57%	32%	53%
40-44	52%	30%	49%
45-	73%	20%	63%
Total	49%	25%	44%
Total n	653	80	733

Utentes condenados com pena suspensa (t.c.)			
Idade	M	F	Total
15-19	8%		5%
20-24	14%	7%	12%
25-29	17%	14%	16%
30-34	20%	9%	18%
35-39	19%	13%	18%
40-44	13%	17%	14%
45-	5%		4%
Total	17%	10%	16%
Total n	224	33	257

Utentes com antecedentes prisionais (t.c.)			
Idade	M	F	Total
15-19	4%		3%
20-24	8%	5%	7%
25-29	20%	8%	17%
30-34	30%	13%	27%
35-39	37%	13%	33%
40-44	35%	26%	34%
45-	59%	10%	49%
Total	27%	10%	24%
Total n	359	33	392

Dados judiciais dos utentes

Mais de metade (55%) tem antecedentes judiciais: detenções, julgamentos, penas suspensas, períodos de prisão. Mais de metade destas situações (38% de todos os utentes) está relacionada com a droga (obtenção do dinheiro para a sua aquisição, tráfico ou efeito do consumo do(s) tóxico(s)) e são mais frequentes no sexo masculino. Já estiveram presos 24% dos utentes, com uma média de 3,8 anos de encarceramento.

No Quadro 4 apresentamos, por sexo e grupo etário, a prevalência de antecedentes judiciais por todas as causas *versus* os antecedentes judiciais relacionados com droga e, de forma discriminada, a prevalência – todas as causas - de detenções, de idas a julgamento, de penas suspensas e de antecedentes prisionais.

Por nos parecerem ser os aspectos mais relevantes para caracterizar esta população e pela repercussão que têm nos percursos individuais, vamos utilizar apenas os seguintes: Antecedentes Judiciais (todos os tipos englobados, por todas as causas), Antecedentes Judiciais por Motivo de Droga (todos os tipos englobados) e Antecedentes de Prisão.

No Quadro 5, é mostrada a prevalência destes dados judiciais nos utentes distribuídos *por sexo e grau de escolaridade*. Pode verificar-se que essa prevalência, em qualquer dos três tipos de dados judiciais, diminui de forma notória quando aumenta o grau de escolaridade. O sexo feminino tem, em qualquer das categorias e dos graus de escolaridade, uma percentagem francamente menor de ocorrências.

No Quadro 6, é analisada a prevalência nos utentes dos mesmos dados judiciais *por sexo e situação profissional* no momento da primeira entrevista no CAT. Os padrões são diferentes para os dois sexos: no masculino, a categoria com maior prevalência é a dos desempregados há mais de 1 ano, seguida da dos utentes com emprego ocasional. No sexo feminino, no que respeita aos *Antecedentes Judiciais* o padrão é idêntico, mas para as outras duas categorias a ordem inverte-se.

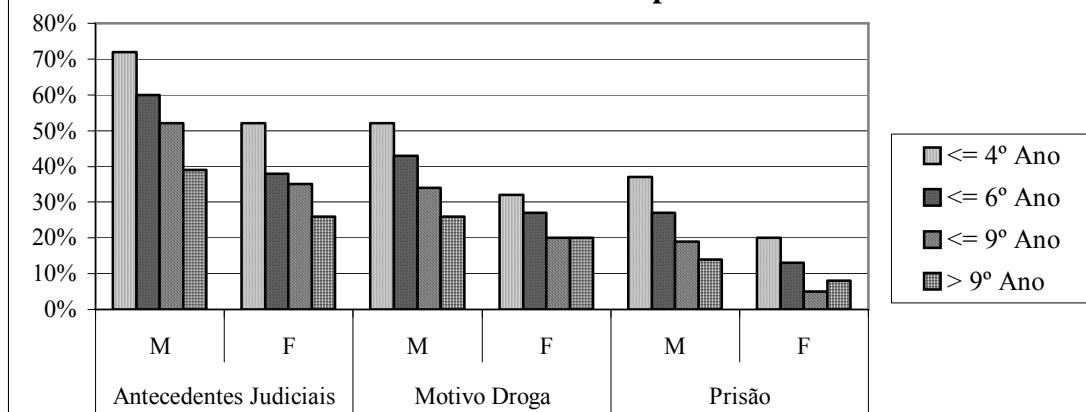
Nos Quadros 7 e 8 pode ver-se a prevalência de dados judiciais nos utentes distribuídos *por via de consumo (heroína fumada ou tomada por via endovenosa) e pela associação do consumo de heroína com o de outras drogas : cocaína ou sedativos, usados de forma regular ou ocasional*.

Distribuição por Sexo e Escolaridade

	M	F	Total	n
<= 4º Ano	33%	17%	30%	489
<= 6º Ano	36%	31%	35%	566
<= 9º Ano	20%	27%	22%	352
> 9º Ano	11%	25%	14%	220
Total	100%	100%	100%	1.627

Quadro 5

Prevalência de Dados Judiciais por Escolaridade

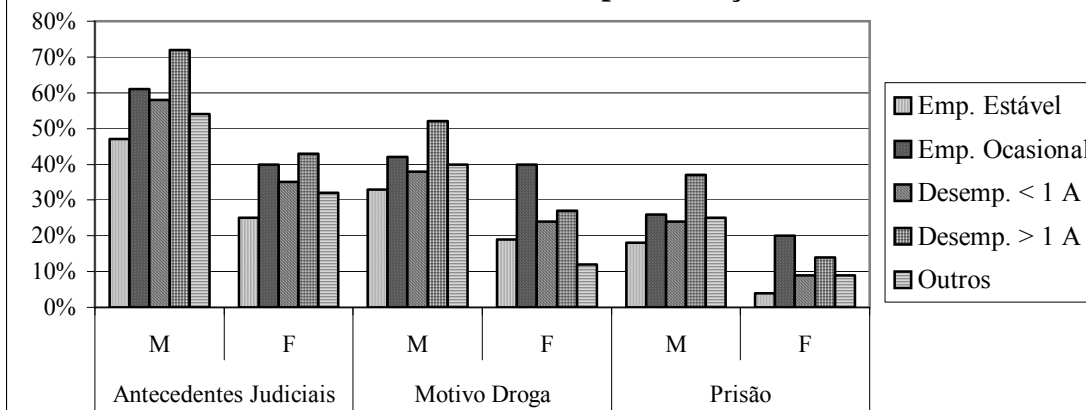


Distribuição por Sexo e Situação Profissional

	M	F	Total	n
Emp. Estável	26%	19%	25%	403
Emp. Ocasional	11%	5%	10%	166
Desemp. <1 A	22%	21%	22%	358
Desemp. > 1 A	34%	44%	36%	593
Outros	6%	12%	6%	114
Total	100%	100%	100%	1.634

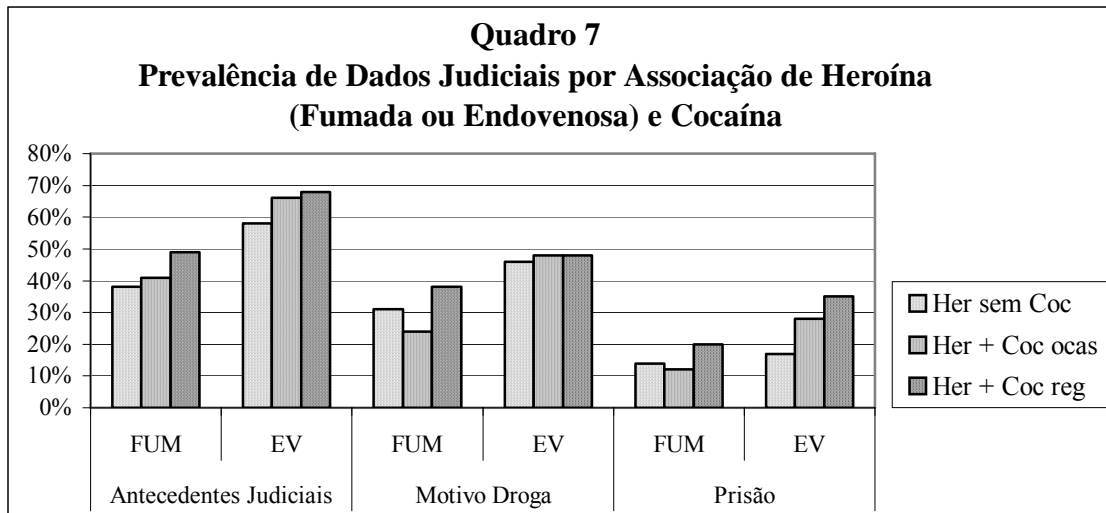
Quadro 6

Prevalência de Dados Judiciais por Situação Profissional



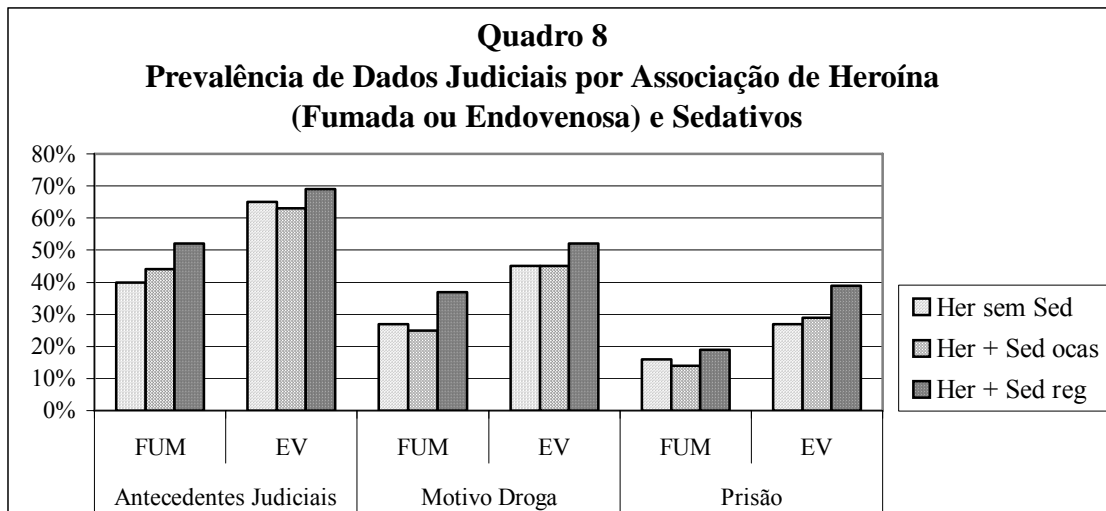
**Distribuição por Associação de Heroína
 (Fumada ou Endovenosa) e Cocaína**

	FUM	EV	TOTAL	n
Her sem Coc	10%	3%	6%	82
Her + Coc ocas	44%	31%	36%	511
Her + Coc reg	46%	66%	58%	808
Total	100%	100%	100%	1.401
n	573	828	1.401	



**Distribuição por Associação de Heroína
 (Fumada ou Endovenosa) e Sedativos**

	FUM	EV	TOTAL	n
Her sem Sed	47%	26%	34%	491
Her + Sed ocas	26%	26%	26%	370
Her + Sed reg	27%	48%	40%	564
Total	100%	100%	100%	1.425
n	588	837	1.425	



Os consumidores de heroína por via endovenosa têm uma prevalência mais elevada em todas as categorias de dados judiciais e em todas as associações de consumo de heroína com outras drogas. No Quadro 7, verificamos que os consumidores de heroína já têm, por si só, prevalências elevadas. Mas elas sobem ainda mais sempre que existe uma associação com o consumo regular de cocaína. Na associação do consumo de heroína com o consumo ocasional da cocaína, observa-se um aumento apenas nos utentes que consomem a heroína por via endovenosa.

No Quadro 8 pode constatar-se que a associação da heroína com o abuso regular de sedativos aumenta de forma constante a prevalência de dados judiciais, enquanto que a associação com o abuso ocasional desses mesmos sedativos leva a pequenas variações de sentido inconstante.

Questionário confidencial e anónimo

Elaborámos um questionário de auto-preenchimento para ser respondido de forma confidencial e anónima por utentes em tratamento há mais de seis meses e há menos de dois anos e meio, com o objectivo de comparar as actividades ilícitas praticadas durante o período de consumo de drogas com as praticadas actualmente. Dos 120 utentes seleccionados só temos, até agora, 73 questionários respondidos, alguns de forma incompleta. Os resultados provisórios mostram uma redução para metade das actividades ilícitas na globalidade, mais marcada nas Burlas e na Venda / Tráfico de Droga, e uma descida para valores residuais da Prostituição e da Mendicidade.

Conclusões

► Constatou-se uma elevada prevalência de Antecedentes Judiciais na população analisada: 55% dos utentes tinha antecedentes judiciais devidos a causas diversas; 38% tinha antecedentes judiciais por motivos relacionados especificamente com droga; 24% tinha cumprido, pelo menos uma vez, algum tempo de prisão. Estes valores são semelhantes aos encontrados noutros Centros de Atendimento.

► Verificou-se a existência de uma grande regularidade de comportamentos nos três itens estudados ao longo das análises estatísticas efectuadas: com efeito, em qualquer dos quadros a prevalência de dados judiciais é maior para o sexo masculino que para o feminino; é igualmente superior sempre que existe um consumo regular de cocaína ou de sedativos associado ao da heroína.

► O número de Antecedentes Judiciais diminui com o aumento da escolaridade. Esta aparente correlação negativa pode ser devida a um efeito protector da própria escolaridade ou, ainda, a outros factores, tais como o contexto social ou alterações psicológicas e de desenvolvimento que tenham prejudicado a integração e o rendimento escolares, como por exemplo as Perturbações da Personalidade ou a Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, esta mais frequente nos rapazes;

► O número de Antecedentes Judiciais aumenta nos utentes desempregados de longa duração e com empregos ocasionais;

► Os consumidores toxicodependentes de heroína por via endo-venosa têm uma prevalência maior de Antecedentes Judiciais que aqueles que a consomem fumada, tanto nos casos de consumo exclusivo de heroína como nos de consumo associado de heroína e cocaína ou sedativos.

Bibliografia

- GONÇALVES, Rui Abrunhosa e SALÉM, Cláudia Feitosa – “Droga, comportamento criminoso e psicopatia: resultados de um estudo comparativo” *in* TOXICODEPENDÊNCIAS, Vol. 8, nº 3, 2002, pp 27-36;
- NEGREIROS, Jorge – “Padrões de consumo e comportamento delituoso em consumidores problemáticos de drogas” *in* SUB JUDICE, nº 22/23, 2001, pp 69-73;
- PADRE-SANTO, Dione et al. – “Estudo evolutivo do Programa de Substituição Opiácea no CAT de Setúbal” *in* TOXICODEPENDÊNCIAS, Vol. 5, nº 3, 1999, pp 61-68;
- POIARES, Carlos – “Descriminalização construtiva e intervenção juspsicológica no consumo das drogas ou Recuperar o tempo perdido” *in* TOXICODEPENDÊNCIAS, Vol. 6, nº 2, 2000, pp 7-16;
- POIARES, Carlos – “Droga, Lei & Saber – Abordagem Psicocriminal” *in* “A Pedra e o Charco – Sobre o Conhecimento e Intervenção nas Drogas”, Nuno Torres e João Paulo Ribeiro (Organização), Capítulo 4, Íman Edições, Almada, 2001;
- POIARES, Carlos – “A descriminalização do consumo de drogas: uma abordagem juspsicológica” *in* TOXICODEPENDÊNCIAS, Vol. 8, nº 2, 2002, pp 29-36.