



**Instituto superior de ciências da saúde –
Norte. Cespú - Formação Angola.**

**Consumo de
drogas em Angola: estudo com toxicodependentes em
tratamento**

Discente: Maria Alice Tavares

Orientador: Dr. Ernesto Paulo Fonseca

Angola
2012

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus queridos pais de feliz memoria que me deram a vida e me ensinaram a enfrentar os desafios de viver.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus Pai Todo-Poderoso que me deu vida e saúde, persistência e coragem que me possibilitou seguir com normalidade o meu curso.

Aos meus pais, de feliz memória, que me puseram nesta terra, e me deram os primeiros passos das aprendizagens, o meu eterno reconhecimento.

Aos meus filhos e ao meu esposo que consentiram sacrifício e suportaram as minhas ausências, não lhes proporcionando todo o afecto, o meu profundo reconhecimento.

À CespU-Formação Angola que aceitou implantar a CespU em Angola, mormente em Benguela, permitindo que fizéssemos o Curso de Psicologia Clínica e da Saúde que muito amei, o meu profundo agradecimento.

A direcção da CESPÚ-Formação, S.L que com perspicácia e altruísmo pensou em expandir a CespU-Formação para a Angola, mormente para Benguela, possibilitando-nos usufruir do Curso de Psicologia Clínica e da Saúde, o meu profundo agradecimento.

Aos meus estimados professores que com paciência e sabedoria transmitiram os seus conhecimentos sem reservas, a minha eterna gratidão.

Ao querido mestre Anastásio Vianeke que durante a investigação dedicou-se incansavelmente, orientando-nos com paciência e coragem, a minha imensa gratidão.

À Direcção da REMAR por nos consentido a realização deste trabalho, o meu profundo reconhecimento.

Aos meus colegas que me foram dando apoio, coragem, suportando-me, o meu grande apreço.

A todos quantos directa ou indirectamente contribuíram para o êxito deste trabalho, o meu profundo reconhecimento.

PENSAMENTO

Verás que no mundo o êxito começa com a vontade do homem, tudo está no estado mental. A batalha da vida nem sempre é ganha pelo homem mais forte ou mais veloz porque cedo ou tarde o homem que ganha é aquele acredita ser capaz.

(Cristian Bernard)

RESUMO

O consumo de droga constituiu sempre um grande flagelo para a humanidade até aos nossos dias. As várias civilizações debelaram-se sempre com a questão do consumo de drogas.

A África e Angola não fazem excepção, aí também existem problemas de consumo de drogas, por isso, este trabalho de investigação circunscreve-se ao comportamento desviante, consumo de droga nos toxicodependentes em tratamento no Centro da Remar em Benguela.

Este trabalho investigativo tem como objectivo, ajudar a minimizar o consumo de drogas no Município de Benguela, Província de Benguela - Angola.

Incidu este trabalho nos toxicodependentes no Centro da Remar, que teve uma amostra de 101, com problemas de consumo de drogas. Para a recolha de dados foram utilizados questionários.

Como resultado constatou-se que apesar de estar no centro de tratamento, ainda há um certo índice de toxicodependentes que não minimizaram o consumo de drogas. O que vai exigir no futuro um trabalho continuado.

Palavras – Chave.

Consumo, Toxicodependente, Comportamento, Risco, Drogas, Desviante, Tratamento e Remar.

ABSTRACT

The drug consumer was always a big tragedy for the world until nowadays.

Several civilizations have fought always against the drug consumer question.

Africa is a country with the drug consumer. Angola is not exception. Then this investigation work approaches the deviant behavior, drug consumer in the teenagers at the treatment in the Remar center, in Benguela – Angola.

This investigation work has objective, to help, to decrease the drug consumer in Benguela Municipality – Angola.

This work has the focus in the teenagers that live in Remar center. the sample was composed by 101 members with problems of drug consumer. For the collect data were used questionnaires.

As result it has noticed that some teenagers even though they are in Remar center they didn't decrease the drugs consumer. In the future will be necessary a continued work.

Key-Words: Consumer, Teenager, Behavior, Risk, Drug, Treatment, Deviant behavior, Remar.

Conteúdo

INTRODUÇÃO.....	9
CAPITULO I: PARTE TEÓRICA	10
1.1. COMPORTAMENTO DESVIANTE.....	10
1.2. RESENHA HISTÓRICA DO USO DE DROGAS.....	10
1.3. - CONCEITO DE DROGA.	11
1.4.CONSUMO DE DROGAS	12
1.5. INÍCIO DO CONSUMO DE DROGAS.	13
1.6. CAUSAS DO ENVOLVIMENTO DOS ADOLESCENTES NA DROGA	13
1.7. DROGODEPENDÊNCIA	14
1.8.CARACTERÍSTICAS DAS DROGAS	16
1.9. TIPOS DE DROGAS.	17
1.10. O CONSUMO DE DROGAS EM ÁFRICA.	18
1.11.CONSUMO DE DROGAS EM ANGOLA	19
1.12. O CONSUMO DE DROGA EM BENGUELA.....	19
1.13. A DROGA E O SEXO.....	20
1.14 A DROGA E A IDADE.	21
1.15. AS CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE DROGAS	21
1.16. MEDIDAS PARA A MINIMIZAÇÃO DO CONSUMO DE DROGAS.....	23
1.17. INCIDÊNCIA DE CONSUMO DE DROGA.	23
CAPÍTULO II: PARTE PRÁTICA.....	26
1 Objectivo	26
2. Método	26
2.1 Procedimento	26
2.2. Amostra.....	26
2.3. RESULTADOS.....	26
CONCLUSÕES.....	30
BIBLIOGRAFIA.....	31
Anexo	37

INDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1. Etapas do consumo de droga.	12
Esquema 2. Causas do consumo da droga.	14
Esquema 3. Classificação das drogas.	17
Esquema 4. Classificação das substâncias psicoactivas.	18
Esquema 5. Drogas mais consumidas em Benguela	20
Esquema 6- Consequências do consumo de drogas.	22
Esquema 7. Acção do ectasy no cérebro.....	24

INTRODUÇÃO

O consumo de droga constituiu sempre um flagelo da humanidade. Esta realidade persiste até hoje num elevado número de países embora a qualidade de drogas difira de país para país, de região para região. As consequências daí resultantes são sempre nefastas.

As drogas articulam-se em três dimensões globais: cultivo/produção, distribuição/comercialização. O consumo de droga é particularmente complexo por se tratar de fenómenos ilícitos.

O meu trabalho circunscreve-se a volta do comportamento desviante, resultando do consumo de droga dos toxicodependentes do centro da REMAR [Reabilitação dos marginais], em Benguela.

Escolhi este tema pela sua importância na vida dos toxicodependentes e para acautelar o futuro da sociedade Angolana mormente Benguelense. Esta investigação tem como objectivo analisar o comportamento desviante resultante do consumo de drogas do centro da REMAR.. Este tema é de extrema importância pois joga com a vida das pessoas e da sociedade. Para a investigação teve como amostra o número de 101, todos do sexo masculino. Este trabalho consta de dois capítulos:

O primeiro capítulo refere-se à parte teórica.

O segundo capítulo trata da parte prática.

Além disso, temos o resumo, as conclusões, recomendações e finalmente a referência bibliográfica.

CAPITULO I: PARTE TEÓRICA

1.1. COMPORTAMENTO DESVIANTE

Comportamento, em Psicologia, significa conjunto de normas individuais. Segundo Giddens (2001), podemos definir o desvio como o que não está em conformidade com determinado conjunto de normas aceites por um número significativo de pessoas de uma comunidade ou sociedade .

Toda a gente sabe ou pensa que sabe quem são os indivíduos desviantes; pessoas que se recusam a viverem de acordo com as regras pelas quais se rege a maioria.

São criminosos violentos, drogados ou marginais, gente que não se encaixa no que a maior parte das pessoas define como padrões normais de comportamento aceitável.

Nenhuma sociedade pode ser dividida de um modo linear entre os que se desviam das normas e aqueles que estão em conformidade com elas. A maior parte das pessoas transgridem, em certas ocasiões, regras de comportamento geralmente aceites.

Giddens (2001) afirma que desvio e crime não são sinónimos , embora, muitas vezes, se sobreponham .O âmbito do conceito de desvio é muito mais vasto do que o conceito do crime, que se refere apenas à conduta inconformista que viola uma lei.

Portanto, comportamento desviante é aquele que está fora das normas socialmente aceites. Isto é, conduta condenável a nível social.

1.2. RESENHA HISTÓRICA DO USO DE DROGAS

As primeiras experiências humanas com as drogas deram-se através do consumo de plantas e seus derivados. A partir do século XIX teve lugar o desenvolvimento da 2ª fase desse fenómeno. Assim começa a produção de novas plantas mais potentes de drogas. Nesta fase aparecem as drogas consideradas semi-sintéticas como a heroína, sintetizada, em 1874, a partir da morfina por Wright. Assim Wright (2000) realça que os Opiáceos são extraídos de uma planta designada pupila do sono *papa ver somniferum*, cultivada no sul da Ásia. É um produto de secreção de planta recolhido da incisão das cápsulas que aparecem sob forma de seiva branca que coagula e seca ao sol.

Segundo Pastor (2001), cerca do ano 1500 a.C., existiram indicações da utilização da folha coca como anestésico para a cirurgia cerebral; relata também que a cocaína produz uma acção anti-fadiga; o aumento do nível de glicose no sangue; acelera a pressão arterial; aumenta efectividade cardíaca e melhor; ventilação pulmonar. O início do século XX é o ponto de viragem em termos de diminuição da aceitação da cocaína. Existem dados que evidenciam o seu potencial aditivo e a capacidade para induzir complicações psíquicas, quando se consome em grandes quantidades. Em 1914, os Estados Unidos proibiram as bebidas e produtos contendo cocaína.

As experiências humanas com droga deram-se através de consumo de plantas a milhares de anos, estas drogas eram consideradas naturais.

A partir do século XIX, teve lugar o desenvolvimento de uma 2ª fase desse fenómeno. Nesta fase, o ser humano isola-se dos princípios activos vegetais (alcalóide) para produção de novas e potentes drogas, mas continua a dependência nas plantas.

Aparecem assim as drogas consideradas semi-sintéticas, como a heroína, sintetizadas, em 1874, a partir da morfina por C.R. Wright.

Uma 3ª fase começa efectivamente quando uma substância psicoactiva é sintetizada totalmente em laboratório, sem precursores vegetais. As 1ª experiência deste tipo tiveram a sua origem a partir da 2ª metade do século XIX e concretizaram-se no início do século XX, estando em pleno desenvolvimento a partir de então.

1.3. - CONCEITO DE DROGA.

Segundo a Organização Mundial da Saúde [O.M.S](2006) droga é toda substância introduzida no organismo causando alterações e o mau funcionamento do mesmo.

Este conceito é excessivamente amplo, nele pretende incluir-se não só de considerarmos popularmente como “droga”, mas também todo tipo de fármacos. Neste trabalho ao falarmos de droga referimo-nos à:

“Toda substância que, introduzida no corpo por qualquer dos mecanismos de administração clássicos dos medicamentos (inalação, ingestão, fricções etc.) ou novos (administração parenteral, endovenosa, etc.), tenha tal produto utilidade terapêutica ou não seja capaz de produzir uma modificação na conduta do sujeito, condicionada pelos efeitos imediatos, (psicoactividade) ou persistentes, de tal natureza que existe uma evidente renúncia ao uso continuado do produto”(Freixa, 1981).

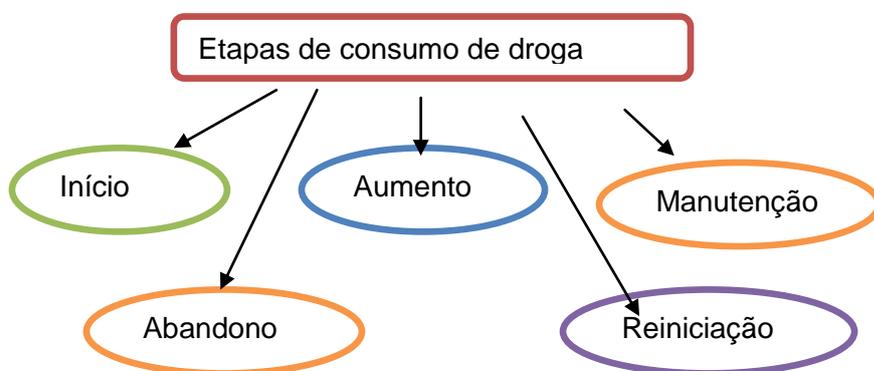
Droga (fr. droga; ing.drug). Segundo a aceção francesa, substância que possui probabilidades farmacológicas na medida em que conduza uma tolerância e a uma dependência e, na maioria das vezes, à toxicomania.

A tradução e o uso da palavra anglo-saxónica *drug* são impróprias; este último termo corresponde a qualquer substância natural ou artificial que, devido á natureza química, a estrutura a função de certos órgãos. Ao contrário deste sentido alargado, é conveniente reservar o uso da palavra droga ás substâncias, ilegais ou não, utilizadas para um fim teoricamente não farmacêutico de busca de prazer, de evitamento de dor física ou psicológica ou de redução dos(efeitos do desmame).Uma molécula, uma substância farmacológica ou um medicamento não se torna uma droga se não a partir do momento em que se esta a produzir, num determinado indivíduo, efeitos que lhe provocam a necessidade imperiosa de querer repetir a experiência produzida pelo consumo. Este último ponto explica a importância dos ensaios pré-clínicos que precedem a colocação de um medicamento no mercado. Entre as drogas mais conhecidas, podem citar-se o haxixe, e os seus derivados, os derivados das substâncias opiáceos, os alucinógenos e outras substâncias com efeitos, psicadélicos, os psicoestimulantes (anfetaminas, cocaína), o álcool e as preparações alcoólicas, o

tabaco e as diversas preparações que contêm nicotina, as preparações que contêm cafeína e os seus derivados(café, chá, etc), (DORON & PAROT,2001).

1.4.CONSUMO DE DROGAS

Entende-se por consumo de drogas a utilização de substâncias químicas que podem ter repercussões nefastas no organismo, isto é, a nível mental, de orientação e de consciência. O Consumo de drogas é comparável ao desenvolvimento de qualquer carreira convencional e conta de uma serie de etapas: mais se avança por este caminho maior é o compromisso e como consequência, diminui a probabilidade de se conseguir caminho alternativo (Coombs, 1976; Coombs, 1981a). O consumidor de drogas não viaja sozinho, mesmo que queira, a família joga um papel importante no desenvolvimento da sua carreira. Assim, segue as seguintes etapas de consumo de drogas:



Esquema 1. Etapas do consumo de droga.

Nisto temos que destacar o papel da família em cada etapa. Alguns autores como Kandel e Faust (1975) indicam que os adolescentes consomem a droga pela ordem seguinte:

- 1 – Cerveja ou vinho;
- 2- Bebidas fortes ou tabaco;
- 3 – Marijuana (Cannabis);
- 4 – Outras drogas ilícitas.

Mas Nelson (1976) define o consumo de drogas sintomaticamente em três etapas:

- 1 – Provas;
- 2 – Consumo mais regular;
- 3 – Dependência.

1.5. INÍCIO DO CONSUMO DE DROGAS.

Para compreendermos o início do consumo de drogas, temos que ter em conta duas realidades:

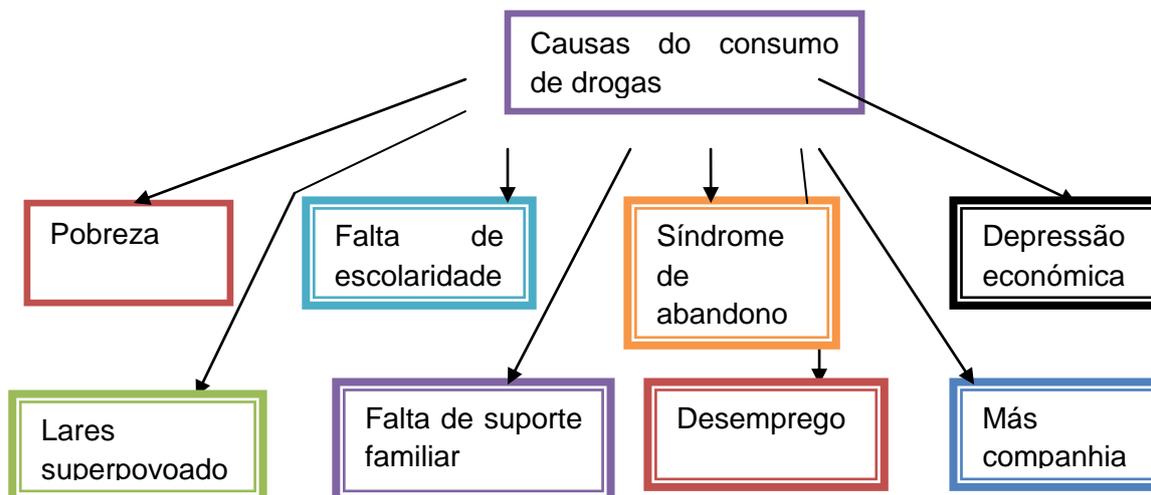
1 - Começam a provar a droga durante adolescência.

2 –O início é quase sempre um acontecimento social, raramente solitário.

Na segunda realidade em que os jovens raramente continuam a consumir a droga sozinhos; torna-se evidente quando descrevem as circunstâncias do seu início como os seus amigos lhes ofereceram a droga como uma amostra de carinho e amizade. Alguns jovens pediram que lhes permitissem provar as drogas em companhias de amigos mais sofisticados. Um encontro amistoso é sempre um lugar de início do consumo. Não é casualidade que a adolescência marque o começo da carreira completa do consumo de drogas. Tanto a puberdade como a adolescência marcam o período de transição de estatuto de infância para estatuto de adulto. É um período em que as necessidades de desenvolvimento raramente são compreendidas pelos pais; estas necessidades conduzem, às vezes, os adolescentes a provarem pela primeira vez as drogas.

1.6. CAUSAS DO ENVOLVIMENTO DOS ADOLESCENTES NA DROGA

Muitos adolescentes envolvem-se na droga por curiosidade para buscar aventura. A ventura e a excitação tem sido atracções universais para o adolescente em todas as épocas. Os jovens que vivem em zonas de depressão económica parece que necessitam de distrações deste tipo para evadirem-se da realidade desalentadora e dos problemas da vida numa cidade congestionada de pobreza. A dureza ao atrever-se ao proibido e desafiar o perigo convertem-se em ideais e em medida de masculinidade. No seu livro, *as Raças Urbanas*, Gan (1962) retrata a vida da rua onde um vizinho se converte “numa zona dominada pela aventura... numa oportunidade para emoção e para o enfrentamento e de superar desafios.” Também outros autores notaram este apetite febril de emoções da rua (Feldman, 1973).



Esquema 2. Causas do consumo da droga.

O consumo de drogas ao ser ilegal e perigoso, em potência, oferece um risco considerável e pode ser portanto um desafio.

A experiência de droga pode supor também um reconhecimento considerável por parte dos elementos da mesma idade.

Os indivíduos e jovens do grupo de adolescente vêm o desvio à lei como brilhante, emocionante e atrevido.

Um jovem drogado arrastado pela polícia, achou o acto como excitante e como algo que valia a pena. E ficou contente com esta aventura.

Outros jovens experimentam a droga para entrar no grupo dos drogados.

Comportamento de risco é o conjunto de acções realizadas por um individuo causando probabilidade de danos ao nível da vida (O.M.S, 2006).

1.7. DROGODEPENDÊNCIA

A dependência é um estado teoricamente bem caracterizado mas, praticamente, difícil de estabelecer, nomeadamente se se considerar uso de certos medicamentos (ansiolíticos, mais também opiáceos); além disso, é preciso avaliar a prescrição e a absorção destas substâncias em termos de custos benéficos para o sujeito. A busca ou o consumo das substâncias particulares é tão antiga como o mundo vegetal donde a maior parte delas provém, e o homem (tal como os animais) aprendeu a conhecê-las, a evita-las, a consumi-las e até mesmo a sacraliza-las. É interessante considerar que as moléculas vegetais possuem receptores específicos no cérebro, aptos a reconhecê-las e com os quais elas interagem para produzir os seus efeitos. Devido os seus potenciais efeitos deletérios, para além do prazer ou do alívio procurado, as drogas encontram-se no seu centro de um problema social que se tornam mais dramático pelo carácter ilícito da sua obtenção. A procura e a oferta constituem um mercado relevante ao qual se acho conveniente chamar “o meio da droga” que rege o acesso ao tóxico e o custo de uma dose absorvida. A distinção entre droga dura, menos dura e tolerada é mais social que médica não tem uma base científica rigorosa.

Entre as drogas que possuem efeitos nocivos consideráveis e que colocam problemas reais de saúde pública, podem citar-se o álcool e o tabaco: a nicotina e o álcool são drogas legais cujo consumo é encorajado em numerosas sociedades.

Face a estes flagelos, os barbitúricos ou os opiáceos colocam problemas de menor importância numa sociedade. A definição de uma substância como drogas ou não, resulta de decisões de certos sectores da sociedade; é por isso que os produtos à base de álcool ou de nicotina são arbitrariamente excluídos da classificação.

Finalmente, por razões ainda mal compreendidas, o efeito de uma determinada droga está sujeito a grandes diferenças individuais e as pesquisas relativamente às bases biológicas, epigenéticas e genéticas destas diferenças são tão importantes como as pesquisas relacionadas com os efeitos padrão neurofarmacológicos (DORON & PAROT, 2001).

“Síndrome caracterizado por um modelo de comportamento no qual se dá absoluta prioridade ao uso de uma droga ou classe de drogas contrastando esta conduta com os demais comportamentos que o sujeito antes considerava como a mais importante” (O.M.S,1982).

A isto a que ter em conta o seguinte: a “dependência” não é simplesmente o resultado de uns efeitos imediatos ou agudos do produto e a conduta conducente a repetida experiência dos efeitos. “É uma situação complexa na qual a estrutura social a que está emerso o sujeito, as relações grupais e exposição ao produto formam um enredo que expressa o comportamento do drogado que origina não só uma conduta de procura mas os câmbios e modificações de relações do sujeito com a família, com o seu modo de trabalho e com seu grupo a que pertence, de tal magnitude ao pertencer no tempo que na ausência de acções farmacológicas conhecidas, o sujeito vive a superação do produto com angústia e ansiedade e com um modelo de procura característico para cada espécie do produto”(Freixa, 1981).

1-Dependência é um padrão desadaptado 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.

2-Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:, necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado. Diminuição do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância.

3- Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:,

- Síndrome de abstinência característica da substância.
- A mesma substância, ou outra relacionada, é consumida para evitar os sintomas de abstinência

4- A substância é consumida, frequentemente, em quantidades superiores ou durante o período mais prolongado do que se pretendia inicialmente.

5- Desejo persistente ou esforços continuados para parar os consumos.

6- Dispendio de grande quantidade de tempo em actividades necessárias a sua obtenção e utilização, bem como para recuperação dos seus efeitos.

7- É abandonada ou está diminuída a participação em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas, devido a utilização da substância.

8- A utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado pela utilização da referida substância (Yurrita, 2009).

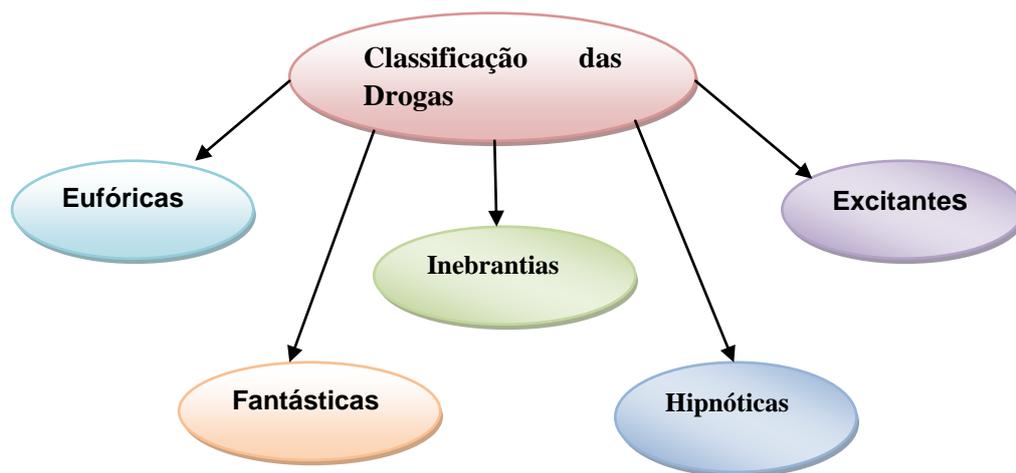
1.8. CARACTERÍSTICAS DAS DROGAS

Antes de entrar no tema da classificação das drogas, convém tratar os problemas que qualquer taxonomia comporta assim deve considerar-se:

- Uma mesma droga pode produzir distintos efeitos: segundo a situação do consumo, segundo o sujeito consumidor (personalidade, hábito, etc.) Segundo a via e forma de administração e sobretudo, segundo a dose administrada.
- Uma droga nunca produz um só efeito sobre o comportamento: o álcool, por exemplo é um depressor, produz sono, é um anestésico, pode produzir alucinações etc.
- Aos efeitos sobre o comportamento se designa de forma vaga e indeterminada: os diferentes termos (euforizantes, alucinogénios, etc.), são além disso com frequência, utilizados com diferentes significados por distintos autores e investigadores.

Apesar destas inconveniências, vamos dar algumas das classificações mais relevantes:

- **EUFÓRICAS** : ópio, morfina, heroína, coca, cocaína, etc. – suspendem as faculdades de emotividade e percepção , pondo o sujeito num estado físico e psíquico.
- **FANTÁSTICAS**: mes calina, cannabis. São agentes das ilusões, deforma sensações.
- **INEBRANTIAS**: éter, clorofórmio, álcool etc. São embriagantes, depois de uma primeira fase de excitação cerebral, dá lugar a uma depressão de tal excitabilidade.
- **HIPNÓTICAS**: barbitúricos, brómio, cloral. Produzem sono.
- **EXCITANTES**: cafeína, cacau, café, chá, noz de cola, arsénio sem alterar a consciência procuram um estado de estimulação cerebral subjectivamente (Lewin, 1924).



Esquema 3. Classificação das drogas.

1.9. TIPOS DE DROGAS.

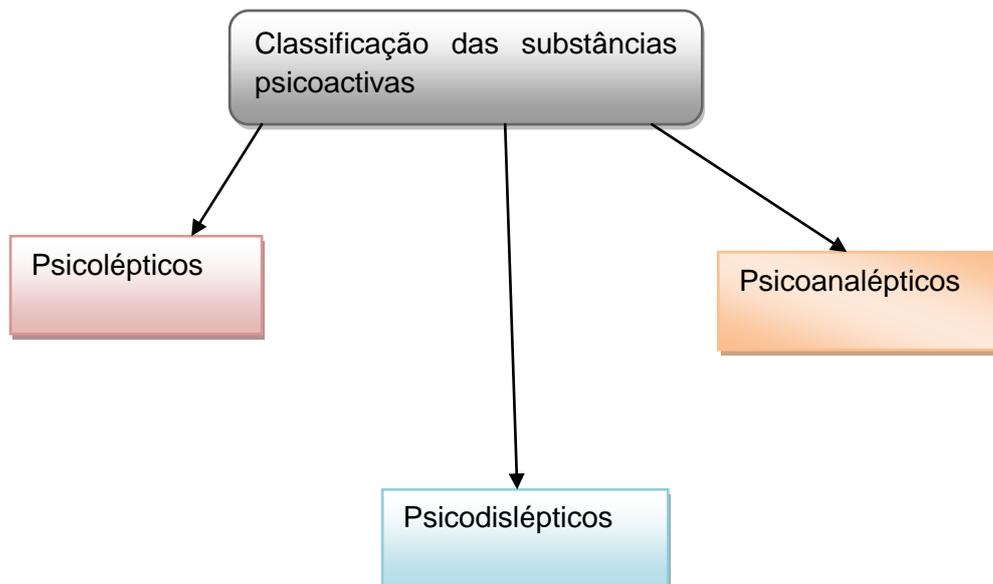
A O.M.S (1957) publicou a classificação de drogas em grupos.

As substâncias psicoativas classificam-se em:

Psicolépticos ou depressores do S.N.C, reduzem a actividade do S.N.C. provocam relaxamento, lentificação psicomotora.

Psicoanalépticos ou estimulantes do S.N.C, incrementam a actividade do S.N.C., aumenta a vigília, reduzem a sensação de fadiga, em alta dosagem, provoca excitação extrema.

Psicodislépticos ou perturbadores do S.N.C., Alteram a percepção da realidade (senso-percepção) e humor (Yurrita, 2009).



Esquema 4. Classificação das substâncias psicoativas.

1.10. O CONSUMO DE DROGAS EM ÁFRICA.

As drogas são quase consumidas numa grande parte dos países ao nível mundial. A África não é exceção.

Regista-se o tráfico de drogas em vários países da África. Os países africanos por onde passa mais droga com destino à Europa são: o Gana, Benim. O aumento de tráfico e o consumo de drogas em África, deve-se ao empobrecimento das populações.

Em 1998, só no Togo foram apreendidas e queimadas mais de duas toneladas de drogas.

Em Moçambique, foi o mesmo descoberto uma fábrica de comprimidos de ecstasy. É de ressaltar que nos países africanos onde não há guerra, começou a prosperar tráfico de drogas e a reciclagem do dinheiro sujo Angop (2012).

Na África do sul, na cidade do Cabo é considerada capital da droga. Por isso a violência e a criminalidade nessa cidade são muito acentuadas.

É de salientar que a Guiné, actualmente, é um dos países que constitui a rota do tráfico da droga, pelo que é notório o índice elevado de criminalidade.

1.11. CONSUMO DE DROGAS EM ANGOLA

Como referenciamos atrás, há países africanos que consomem e constituem foco de trânsito de droga.

Angola é um dos países referenciado como consumidor de droga. As drogas que estão mais em voga são: a liamba, cocaína, o álcool. A isto acresce-se a inalação de gasolina e as drogas de uso intravenosa.

O consumo de drogas está crescer em Angola. Desde o início do ano, a Polícia já apreendeu mais de 40 quilos de cocaína no aeroporto de Luanda, proveniente, na sua maioria do Brasil. O aumento de consumo de droga em Angola, preocupa a polícia que está a ser dotada de meios técnicos e humanos para combater o narcotráfico.

Segundo a polícia de Investigação Criminal, o Brasil, a África do Sul, a Namíbia e a República Democrática do Congo são os países mais utilizados por traficantes para introduzir a droga em Angola, destacando-se a cocaína.

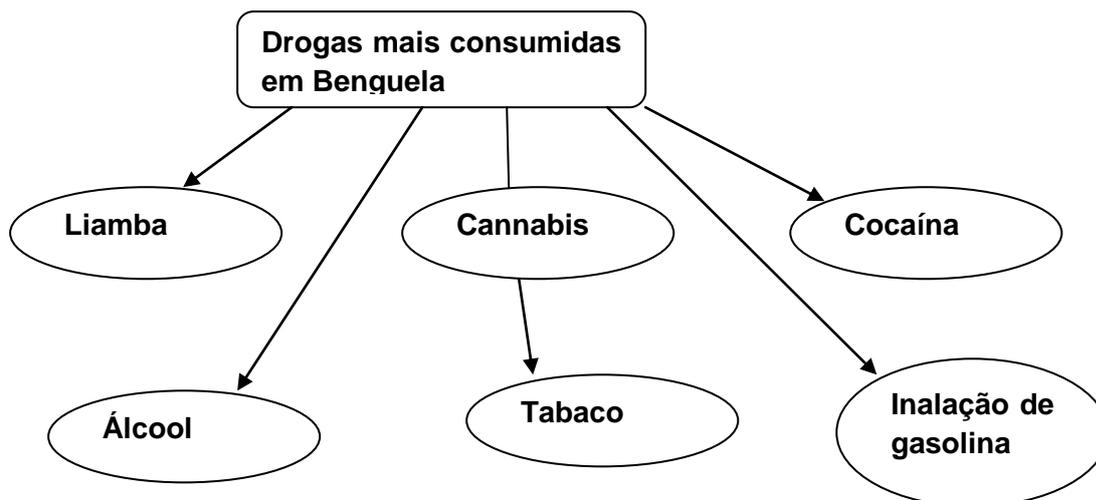
O consumo de droga está crescer no país, principalmente nos centros urbanos. Os traficantes pretendem incrementar o negócio no país com ramificações com estados da África Central e Austral. (Miguel, 2012).

Além das drogas provenientes de outros países, em Angola existe drogas que são de aquisição local como por exemplo a liamba. Lamentavelmente cultiva-se nalgumas províncias do país. A Coca-Cola mais diazepam, constituem a droga de composição local.

Assim concluímos que em Angola há consumo de droga cada vez mais recente por parte de alguns adolescentes.

1.12. O CONSUMO DE DROGA EM BENGUELA.

Na Província de Benguela regista-se o consumo de drogas. Essas consubstanciam-se em liamba, cannabis, cocaína, álcool, tabaco.



Esquema 5. Drogas mais consumidas em Benguela

Além disso existem adolescentes que inalam gasolina. É de ressaltar que esse procedimento é mais incidente nos adolescentes do sexo masculino. E outros ainda misturam diazepam com a coca-cola, dando efeito psicoactivos fortes.

Nalguns Municípios dessa Província, populares há que cultivam a droga conhecida com o nome de liamba.

Em Benguela o consumo de liamba tem como consequências o abandono dos familiares, a vida da rua e na rua, violações sexuais, roubos, assaltos, agressões físicas e o subaproveitamento dessa população activa..

1.13. A DROGA E O SEXO

Em Angola, constata-se que o consumo de drogas tem maior incidência nos elementos do sexo masculino que nos indivíduos do sexo feminino.

Nos ambientes dos Centros de Tratamento afirma-se que as mulheres que consomem drogas são mais difíceis de tratar que os homens; as mesmas têm maior facilidade de depressão que os homens (Dunn, 1990).

As mulheres alcoólicas são pacientes com maior percentagens de depressões graves. Perto de 50% das mulheres padecem de uma depressão clínica depois de uma abstinência de 4 –5 semanas. Os homens apresentam apenas uma percentagem de 5% (Dun, 1990).

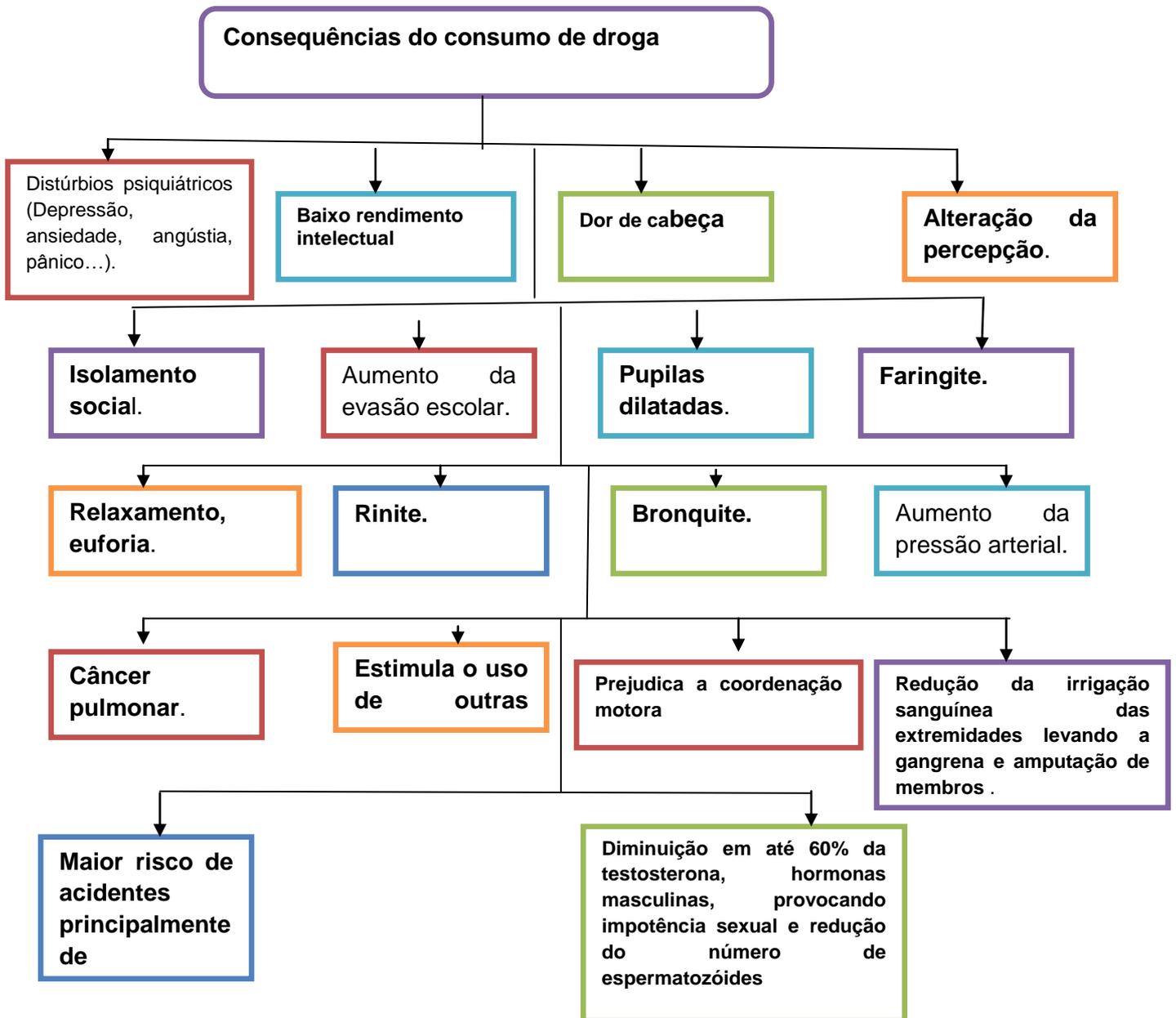
Quanto ao consumo de drogas constatamos que há mais indivíduos do sexo masculino a consumir drogas que os do sexo feminino. A percentagem do sexo feminino que consome drogas é mínima em relação à dos homens.

1.14 A DROGA E A IDADE.

A utilização da droga regista-se tanto no sexo feminino como no sexo masculino, com a idade a partir dos 13 anos em diante. Existe maior incidência do consumo de drogas no sexo masculino com a idade a partir dos 12 anos.

1.15. AS CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE DROGAS

Utilização da droga resulta sobre os consumidores consequências graves que podem ser: perturbações mentais, Transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, hepatite B e C e o VIH(SIDA), etc.



Esquema 6- Consequências do consumo de drogas.

O consumo de droga leva o consumidor a ter um comportamento desviante como: o tráfico de droga, burla, roubo, fraude, prostituição, delinquência (formação de grupos para confusões).

Outra consequência do consumo de drogas é afectação mental, de orientação e da consciência. Significa que o consumo da droga pode conduzir ao surgimento de perturbações mentais (sonolência, disartria, descoordenação motora, agitação psicomotora, alterações do equilíbrio e do humor, alucinações, perda do contacto com

a realidade, ideação delirante e pode provocar coma ou morte), afectando o sistema nervoso central, actividade cognitiva, e psicomotora (ataxia).

Em Angola, por causa do consumo de drogas alguns jovens vão parar à Psiquiatria com perturbações de esquizofrenia, apresentando mutismo, agitação psicomotora, alucinações, síndrome de saprofagia¹ e síndrome de Diógenes².

Segundo a O.M.S.(2004) existem grandes comportamentos de riscos no consumo de drogas; encontram-se comportamentos de riscos gerais e de riscos específicos dos drogo dependentes. As mudanças na rota das drogas; economia, turismo, migrações, sazonais, políticas, estes aspectos podem contribuir para as consequências do consumo de drogas. Os riscos fundamentais, associados ao consumo de drogas são: A transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, do VIH, utilização irregular dos preservativos, múltiplos parceiros sexuais, etc., a hepatite B, E e C, em particular de quando se trata de um consumo problemático (uso por via endovenosa).

1.16. MEDIDAS PARA A MINIMIZAÇÃO DO CONSUMO DE DROGAS.

Em Angola, o Governo tem envidado esforços no sentido de minimizar o uso e abuso da droga. Neste sentido tem promovido através das organizações juvenis de Partidos e Igrejas, conferências, palestras, workshops sobre as consequências do uso de drogas para o futuro da juventude.

A família, a escola e as igrejas, constituem contextos privilegiados de educação para o não uso de drogas.

Quanto à família a educação dos pais é fundamental nesse sentido, para poder dar exemplo a nova geração. Desde tenra idade, os pais devem dialogar com os filhos no sentido de lhes mostrar os malefícios do consumo de substâncias psicoactivas.

A escola deve dar continuidade da educação dos pais, para que os estudantes se apercebam da afectação da droga no processo de aprendizagem. A Igreja deve promover palestras, conferências para que a população cristã tome consciência do uso e abuso da droga para o respeito de outrem, para implantação do amor e para o respeito do bem comum.

O Governo através dos agentes vocacionados para o efeito, deve continuar a manter o controlo da entrada do cultivo e do consumo da droga.

Incentivo à formação profissional; incrementar mais oportunidade de emprego na Província que visa absorver adolescentes.

1.17. INCIDÊNCIA DE CONSUMO DE DROGA.

A análise feita em 2000 – 2001, a nível mundial, relativamente ao consumo de droga estimativa – se em milhões de consumidores. O continente com maior prevalência de consumidores da Cannabis é a Ásia com (55) milhões em seguida aparece a América

¹ Saprofagia – é acção de consumir o lixo.

² Síndrome de Diógenes – é o fenómeno pelo qual a pessoa gosta de conviver com o lixo e viver no lixo. Por outro lado não gosta de deitar o lixo fora.

com (37) milhões, a Europa com (34) milhões, a África com (33) milhões, a prevalência mínima de consumidores é a oceânica com (4) milhões.

No que diz respeito ao valor percentual a Ásia apresenta uma percentagem de 34% dos consumidores de Cannabis; África com 20% , no continente América 14,5%, na América do Norte e 8% na América do Sul; na Europa 14% na Europa Ocidental e 7% na Europa do Leste; 2,5% na Oceânica. (ESPAD-european School survey on Alcohol and other Drugs).

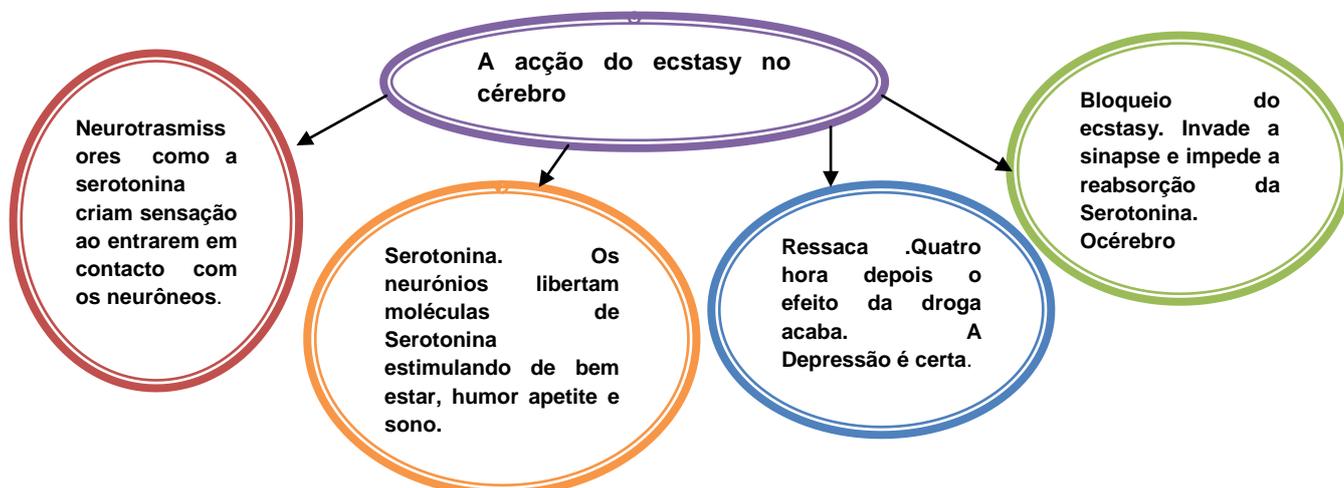
Em seguida, o grupo com mais consumidores é o anafectaminiaco, anfetamina. Ecstasy com 42 milhões de consumidor do sul apresentada em destituições diversos continentes deferências a cannabis.

10% no continente Europa , 7% na Europa Ocidental e 3% na Europa do Leste, 7% em África e 2% na Oceânica.

Perto da 8 milhões de consumidores anuais Ecstasy, cerca de 4 milhões pertence ao continente Americano, mais de 3 milhões pertencem ao continente Europeu e menos de 1 milhão a Oceânica.

O consumo em África e na Ásia é relativo com uma percentagem de 49% dos consumidores.

De Ecstasy encontram-se no continente Americano com um valor percentual de 45% a América do norte e 4% na América do Sul, 42% vivem no continente Europeu, 37% na Europa Ocidental e 5% na Europa do Leste, e 8% vive na Oceânica.



Esquema 7. Acção do ectasy no cérebro.

Os 14 milhões de consumidores de cocaína é derivado dos Base e Crack , nove milhões são Americanos e perto de 4 milhões são Europeu (ESPAD— European School Survey on Alcohol and other Drugs).

A percentagem foi calculada em 65% dos consumidores de cocaína, e habitam no continente Americano 46% na América do Norte e 19 % na América do Sul; 27% no

continente Europeu, 25% na Europa Ocidental e 2% na Europa do Leste, 6% em África e 1% vive na Oceânica e 1% na Ásia.

No que concerne aos 15 milhões de consumidores de opiáceos (opio, heroína, morfina, meta dona), etc. etc.

Perto de 7,5 milhões são Asiáticos, 4,5 milhões Europeus, 2 milhões Americanos e 1 milhão Africanos, com base na percentagem a totalidade de consumidores de opiáceos cerca da metade 37,9% situa – se na Ásia cerca de um terço 31,6% no continente Europeu 13,7 na(Europa Ocidental, 17,9% na Europa do Leste), 20% no continente Americano, 15,8% na América do Norte, 4,2 na América do Sul, 9,5% em África e 1,1% na Oceânica. (ESPAD—European School Survey on Alcohol and Other Drugs).

Análise de dados consoante ao consumo de Heroína mostra que dois terços dos consumidores de opiáceos são consumidores de heroína (10 milhões) e que o consumo de outros opiáceos que não é a heroína, é apenas significativos na Ásia e na Europa do Leste.

Um terço de consumidores da heroína habita na Ásia; um terço no continente europeu outro terço no continente americano e africano.

Foram encontrados três tipos de padrões de distribuição geográficas dos consumidores dos deferentes grupos de drogas, elas são :

- A distribuição de consumidores pelas diferentes regiões apresentam uma equitatividade no que diz respeito aos consumidores de cannabis e heroína.
- uma distribuição bastante assimétrica com metade a mais dos consumidores mundiais de anfetaminas, e opiáceos localizados na Ásia.
- Uma distribuição muitíssima assimétrica com mais de 3,4 dos consumidores mundiais de cocaína de Ecstasy, localizados nos continentes americanos e europeus.

Destacamos que a metade dos consumidores mundiais de cocaína e de ecstasy estão na América do Norte.

- A metade dos consumidores de cannabis e de heroína estão na Ásia onde por outra é muito reduzido o número de consumidor de cocaína ou de ecstasy. O número total de consumidores de cannabis, anfetaminas, opiáceos e de heroína é idêntico da América do norte e da Europa ocidental embora as prevalências de consumo de cada substâncias sejam diferentes nas duas regiões

A oceânica é a região com menor número de consumidores. (ESPAD European school survey on Alcohol and other Drugs).

CAPÍTULO II: PARTE PRÁTICA

1 Objectivo

O objectivo deste estudo consiste em analisar o consumo de drogas em toxicodependentes que se encontram em tratamento numa comunidade terapêutica.

Caracterizar a influência do comportamento desviante consumo de droga nos toxicodependentes em tratamento no centro da REMAR

Identificar o tipo de comportamento desviante que os toxicodependentes em tratamento adquirem mediante o consumo de drogas.

2. Método

2.1 Procedimento

A amostra deste trabalho foi retirada do centro da REMAR, da cidade de Benguela. Houve consentimento informado dos participantes e da Direcção da Instituição da REMAR.

2.2. Amostra

A amostra deste trabalho é construída por 101 participantes, todos do sexo masculino, com o nível de escolaridade compreendida entre a 2ª e a 12ª classes. A idade varia entre os 14 e os 50 anos de idade, sendo a idade média de $25,48 \pm 8,74$

2.3. RESULTADOS

Como se observa na Tabela 1, todos os elementos da amostra já consumiram pelo menos uma droga. A droga com prevalência mais elevada é o álcool, tendo 97% dos participantes já experimentado esta droga. A liamba e o tabaco têm ainda taxas de prevalência elevadas, tendo sido consumidas por 43,6% e por 41,6%, respectivamente. A heroína é apenas consumida por 2% dos elementos da amostra e o haxixe por 5%.

Tabela 1: Consumo de drogas

	Prevalência %	Idade 1ª vez	
		M	DP
Heroína	2	26,50	7,78
Cocaína	7,9	21,13	8,82
Haxixe	5	13,20	3,63
Liamba	43,6	15,00	2,69
Gasolina	5,9	15,00	1,67
Diazepan	20,8	16,80	2,78
Tabaco	41,6	17,05	2,44
Álcool	97	16,84	3,27
Pelo menos uma droga	100	15,61	3,03
Pelo menos uma droga sem tabaco	100	15,70	3,03
Pelo menos uma droga sem álcool	50,5	15,60	3,60

A idade média de consumo da 1ª droga é de $15,61 \pm 3,03$. A idade média do primeiro consumo é de $13,20 \pm 3,63$ para o haxixe, $15,00 \pm 1,67$ para a gasolina, e de $15,00 \pm 2,69$ para a liamba e $16,84 \pm 3,27$ para o álcool. A heroína é a droga que é consumida com idades mais elevadas, $26,50 \pm 7,78$.

Observamos, na Tabela 2, que com maior frequência de consumo antes do tratamento é o álcool seguido do tabaco com uma média de 2,45 (DP= 0,72) e de 1,93 (DP=0,96), respectivamente. A liamba tem uma média de consumos de 1,89 (DP=0,95) e o diazepam uma média de 1,41 (DP=0,71).

Tabela 2: Consumos médios diários antes de tratamento (1 nenhum dia; 2 alguns dias; 3 todos os dias)

	M	DP
Heroína	1,11	0,45
Cocaína	1,18	0,53
Haxixe	1,07	0,31
Liamba	1,89	0,95
Gasolina	1,25	0,63
Diazepan	1,41	0,71
Tabaco	1,93	0,96
Álcool	2,45	0,72

O haxixe e a heroína, com um valor médio de consumo de 1,07 (DP=0,31) e de 1,11 (DP=0,45), respectivamente, são as substâncias com menor frequência de consumo.

O álcool é a substância preferida da amostra, com uma média de 3,45 (DP=0,91). O tabaco e a liamba, com uma média de 2,27 (DP=1,37) e 2,35 (DP=1,39), respectivamente, são também substâncias com os elementos da amostra tendem a gostar.

Tabela 3: Antes de tratamento, gostava de... (1 não gosto, 2 gosto pouco, 3 gosto; 4 gosto muito)

	M	DP
Heroína	1,12	0,56
Cocaína	1,25	0,75
Haxixe	1,13	0,57
Liamba	2,35	1,39
Gasolina	1,26	0,72
Diazepan	1,51	1,02
Tabaco	2,27	1,37
Álcool	3,45	0,91

Em, sentido inverso, a heroína ($1,12 \pm 0,56$) e o haxixe ($1,13 \pm 0,57$) são as substâncias que vão menos ao encontro do gostos da amostra.

Como se apresenta na Tabela 4, a principal forma de encontrar meios financeiros para adquirir droga é o trabalho, com uma prevalência de 69%. Em seguida, surge a fraude, com uma prevalência de 25%, a família, com 21%, e o roubo, com 17%. O tráfico de drogas tem uma prevalência residual.

Tabela 4: De que forma, habitualmente, arranjava/arranja meios para conseguir droga (assinalar mais do que uma, se for o caso):

	Prevalência (%)
Trabalho	69
Família	21
Tráfico de drogas	9
Roubo/Furto	17
Fraude	25
Outro	2

A Tabela 5 apresenta os contextos de consumo, consumindo a maioria dos participantes a droga com os amigos (81%) ou sozinhos (28%).

Tabela 5: Contextos de consumo habituais

	Prevalência (%)
Com amigos	81
Sozinho	28
Com desconhecidos	3
Outro	2

Como se observa na Tabela 6, os comportamentos de risco relacionados com o consumo de drogas são residual, sendo a média de 1,33 (DP=0,80) para o recipiente, de 1,18 (D=0,56) para seringa e de 1,11 (D=0,45) para o algodão.

Tabela 6: Nos últimos 12 meses, partilhou ... (1 Nunca, 2 Raramente, 3 Por vezes, 4 Sempre)

	M	DP
Seringa	1,18	0,56
Algodão	1,11	0,45
Recipiente	1,33	0,80

Na Tabela 7 é apresentada a prevalência e a incidência da prática de comportamentos criminais no ano anterior ao tratamento. O crime mais praticado é o roubo com uma prevalência de 40%, seguido da fraude, com 35%, e da agressão, 32%. A receptação é o crime menos praticado, apenas 9% da amostra.

Tabela 7: Prevalência e incidência de crimes antes de tratamento

	Prevalência	Incidência	
	%	M	DP
Roubo/Furto	40	6,87	4,62
Tráfico Droga	14	9,44	6,71
Receptação	9	6,33	3,14
Agressão	32	8,42	5,43
Fraude	35	7,26	5,21
Outros	2		

O tráfico de drogas, apesar de ser praticado por apenas 14% da amostra, é o que apresenta maior incidência (M=9,44±6,71). A agressão tem uma incidência de 8,42±5,43, a fraude de 7,26±5,21 e o roubo 6,87 (DP=4,62).

A maior parte da amostra já foi detida pela polícia (66%) e um quarto já foi condenado a pena de prisão (25%).

Tabela 8: Prevalência de problemas com a justiça

	Prevalência %
Detido pela polícia	66
Condenado a pena de prisão	25

CONCLUSÕES

Este trabalho aborda as questões relacionadas com o consumo de drogas, em consumidores em tratamento.

Constatou que o consumo de drogas é uma realidade em Angola e que o álcool é a droga com prevalência mais elevada. A liamba e o tabaco têm ainda taxas de prevalência altas. A heroína é a droga com prevalência mais baixa.

Os consumos começam na adolescência pelo haxixe, a gasolina, a liamba e o álcool. A heroína é a droga que é consumida com idades mais elevadas.

Antes do tratamento o álcool, seguido do tabaco e da liamba são as drogas consumidas com mais frequência, enquanto o haxixe e a heroína são tem frequências de consumo baixas.

O álcool é a substância preferida da amostra. O tabaco e a liamba são, também, substâncias com os toxicodependentes tendem a gostar. A heroína e o haxixe são as substâncias que vão menos ao encontro dos interesses dos toxicodependentes.

O trabalho é a principal forma de encontrar meios financeiros para adquirir droga. A fraude e a família são também usadas como forma de financiar os consumos. No entanto, o roubo é praticado por alguns toxicodependentes e o tráfico de drogas tem uma prevalência residual. Na maior parte dos casos, os consumos são, portanto, sustentados sem recurso a actividades desviantes.

Os consumos são efectuados sobretudo em grupo, com os amigos.

Os comportamentos de risco relacionados com o consumo de drogas são residuais.

O crime com maior prevalência é o roubo, seguido da fraude e da agressão. Todos estes crimes foram praticados pelo menos um terço dos toxicodependentes. A receptação é o crime menos praticado.

O tráfico de drogas, apesar de ter o crime com prevalência baixa, é o que apresenta maior incidência. Os restantes crimes têm também taxas de incidência relativamente próximas e sempre superiores 1 crimes em cada 2 meses.

A maior parte da amostra já foi detida pela polícia e um quarto já foi condenado a pena de prisão, pelo que as prevalências de problemas com a justiça são elevadas.

BIBLIOGRAFIA

J.M.(1980),«Aspects biochimiques de la douleur»,in E.Zarifian(ed),Neurobiochimie Clinique,paris,Éditions Sandoz

. Freud, s. (1905), *Trois essais sur la théorie de la sexualte*, Trad. B. Reverehon-Jouve, paris.Gallimard.

.Darcourt,G.(1994),«Économie psychique et dependence»,in D.Bailly,J.L.VENISSE.(eds.)Dépendance et conduites de dependence,paris,Masson.Davidson,F.;Étienne,

.Fournier , E.; Gaultier , M .; piva,I.; Bismutii ,I.(1972),«Intoxication chronique parles opiacés», Ann. Med. Int.,Flinn, w.R.(1973),«*Drug abuse as a defense in adolescence*», *Adolescence*

Almendra ,D (2009). *Os mundos do crime: Práticas e representações da violência urbana em múltiplas escolas de análises XIV Congresso Brasileiro de sociologia*”Teoria sociológica; violência e segurança Publica. Rio de Janeiro.

Angel, p, Angel, s.1989. *famille et toxicomanie*, paris,Editions Universitaires. Babikian, H 1973 «Report at American Academy of Psychoanalysis» cit. por D, Zimmerman,*the jornal.Addiction Reserch foundation of Ontario*.

Assírio & Alvim(1999) *Preciso de Ti*(Uma ajuda aos Pais sobre a vida Emocional dos filhos).

Assírio ,(1997) & Alvim ,(1998).*Crescer Vazio*(Repercussões psíquicas do Abandono,Negligencia e maus Tratos em crianças e Adolescentes).

Associação *Paz e Democracia* (A.J.P.D.) (2007), Carta sobre Prisão Preventiva e ao direitos dos Arguidos. (2ª edição).Luanda.

Asúa. J .(1951). *Tratado de directo Penal.V.3*.Losada .Buenos Aires. In Fabbrini .J. e Fabbrini, R. N.(2007).Manual de Direito Penal.24ª ed .Atlas. São Paulo.

Baill, y.d.: venisse, j.l. (1994), *dépendance et conduites de dépendance*,pars,masson. Belagruberger (1971), le narcissisme, paris,payot.

Batista. N.(1990). *Crítica ao Direito Penal Brasileiro.. Introdução Curso de direito Penal*. Revan .Rio de Janeiro

Batista; V.M. (2009).*Criminologia e Política Criminal*.(Versão eletrônica) Passagens Revista internacional de História Política e cultura jurídica. Rio de Janeiro.

Belcher,h.m. :schinitzky ,h.e.(1998),«*substance abuse in children* »,arcb.pediatrY Adolesc.Bensoussan,p.(1974),*qui sont les drogues?*.paris robert laffont.

Bergeret.j.(1991),«.approche clinique et thérapeutique»,in j.l.venissf(ed.),*les nouvelles addictions*.paris,masson. Braconnier ,A.;

Capez. F.(2004)., Parte geral.7ª ed. Sarraiva. São Paulo .*Constituição de Angola* (2010).(1ª ed.).Luanda.-Angola.

Charles-Nicolas,A.(1990),processus toxicomanogènes.Constantes et evolutions»,in J.L.Venissef(ed.),*les nouvelles addictions*.Paris,

Choquet,M.,Ledoux,S.(S/D),«point sur la consommation de drogues illicites parmi les adolescents en France»,*Médecine et hygiène*,M.;

Coombs .H .R . (1976) & Coombs(1981), *Etapas de Desarrollo del consumo de drogas*. España.

Cope:Clinical Observations», Am. J. Psychiat.

Costentin,J.(2002),«données neurobiologiques récentes sur le cannabis»,*BULL.Acad*.

Costes,J.M.(2002),«Données épidémiologiques récentes sur les drogues illicites en France.prévalence et conséquences sanitaires des consommations,disponibilité et qualité des produits»

De Muolla,A.;schentoub,S.A.(1973),pour une psychologie de l'alcoolisme,paris,pavt.

Deniker, P. (1971), «*Drogues modernes et toxicomanies nouvelles*»,Ver.Dewitt, D.J.; Adlaf, E.M.; Offotrd, D.R.;

Dicionário enciclopédico da Psicologia. 1ªedição, Setembro de 2008.

Dolto.F.(1999).*Educar os nossos Filhos; Compreensão e comunicação entre pais e filhos. Criança e Adolescente e Nós*.(1ªEdição). Lisboa - Portugal .

DORON& PAROT(2001). *dicionário de psicologia*.(1ªed). Lisboa.

Drogadição(1998) – Parte, Neuropsiconews. São Paulo, sociedade Brasileira de informações de patologias medicas .

Duran,O.(2003).del ano (2001).

Escoffier-Lanbrotte, C. (1971), «La drogue: de pangoisse á la servitude», le Monde,Paris, 15 de Setembro.

Feline, A; Ades. J. (1980),«*Aspectsactuels de l'alcoolisme du sujet jeune*» Ann.Méd. psych. 138,

Fenichel,O.(1945),*the psychoanalytic theory of neurosis*, Nova Iorque, w.w.Norton and Co.inc. Fontan M.(1979),«les jeunes et l'alcool ou la drogue» in *Mieux connaitre l'alcoolique*, paris, la Documentation Française,

Fiorelli , J.O & Mangini.R.C.(2009).(1ªEdição).*Psicologia jurídica*. Editora Atlas S.A. São Paulo.

FLAH.(2007) *Quais podem ser alguns factores de criminalidade juvenil*.
Fontes .M.(1996).Tudo começa em casa. D. W. Winnicott .(2ªEdição).São Paulo Brasil.

Flament,M.;Jemmet,p.(2003),les conduites de dépendances,paris,Masson.

forslund, M;Gustafson ,TI.(1970),« Quarterly J. Studies Alcohol.

Freud,s.(1930), *Malaise dans lacivilisation* , trad. Ch. e J.Odier, paris.PUF. Freud, s.(1970), «*le clivage du Moi dans le proecessus de defense (1938)*»,Nouv. Ver. Psychanal.

Frias,G.(2004 *A construção social do sentimento de insegurança em Portugal na actualidade* . SocioNova – Gabinete de investigação em sociologia aplicada Faculdade de ciências sociais e humanas Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.

Glover, E. (1932), «on the etiology of drug addiction»,Intern. J. Psychanal.

GRUNBERGER, B. (1971), *le narcissisme*, paris, payot.

GUYON, I. (2002), «*Évaluer la prevention des conduites alcoolique et toxicomaiaques: experiences québécoises recentes*» in J. I.venisse, D. Bailly, M. Reynaud (eds.), *conduites addictives,conduites á risqués: quels liens,quelle prevention?*, Paris, Masson,

Izquierdo Moreno, C .(2003).*delincuencia juvenil en la sociedad de consumo*. Mensajero, Bilbao.

JEAMMET, Ph. (1994), «Dépendance et separation à L` adolescence: point de vue psychodynamique», in J. L. Venisse, D. BAILLY (eds.), *Dépendance et conduites de dependence*. Paris, Masson.

JEAMMET, C. D.; O`
MALIFY P. M.; BACHAMAN, J G. (1990) *High School Senior Drug Use*. (1975-89,) *RockvilleM.National,Institute on. Drug- Abuse*.
KHANTZIAN, E. D., MACK. J. E.; SCHATZBERG.A.F. (1974) ,«Heroin Use as an attempt to.

KRETTMAN.N. Se NRIEBER, M. (1979), «*Parasuicide on yeung Edimbourg Womem (1968-1975)* ». *Psychol. Med*

KRYSTAL, H., RASKIN, A. (1970), *Drug dependence*, Detroit, Wayne State University press.

LALONDE, P (1973), «*La personnalité psychédélique* », *Toxicomanies*,

Lascuola di Formazione “Casa del sole.” *Droga y Alcohol*. Confederation de programmas Terapêuticos. Proyecto Hombre. Castel Gandolfo (Roma)Italia.

LEBOVICI, S. (1974), «*Á PROPOS de la toxicomanie*», *Inform. Psychiatr*.

LEGLEYE, S.; BECK, F.; PERETTI-WATTEL, P. (2002), «*Consommateurs d` alcool ou de cannabis à 17 ans .Qedies differences?* », *Acoologie et addictologie*.

LOO, H; SUSINI, J. R. (1976) «*La toxicomanie: um comportement déviany?*», *Ver.prat*.

M.;Piesset,J.(1974),«*Contribution á l, etude épidémiologique de la pharmacodépendance en France*»,*Bulletin des statistiques «santé-sécurité sacale*»,

Marcell,D.(1979),«*The adolescent and his parents:parental crisis*».

Marcelli ,D.Braconnier, A.(2005).(1ªEdiçao).*Adolescência e Psicopatologia* .Climepsi Editores .Lisboa. ,

MARCELLI, D. (1994), «*Du lien precoce au lien d` addiction* », *Neuropsychiatrie de*

Marcén .C .P. (1990). *La toxicomania*. Conferecion de Programmas Terapêuticos “Proyecto Hombre”.Madrid.

Masson,Chevalier,J.F.(1982),«*des personnalités alcooliques*»,*Rev*

MAYER, J.; FILSTEAD, W. (1979), «*The AAIS, J. Studies Alcohol*,

Medina.M.C.(2005).*Codigo de Família (2ªEdiçao) Colecção*, Faculdade de Direito UAN .Luanda.

Melgosa.J.(2001). *Mente Positiva*. Guia Prático Para Qualquer situação. Edições Saúde e Lar. Editorial Safelz.Madrid.(Espanha).

MOOLCHAN, E. T.; ERNST, M., HENNINGFIELD, J. E. (2002), «*A review of tobacco smoking in adolescents: treatments implication*», J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.

Ogborne, A.C (2000), «Age at first Alcohol Use:A risk factor for the development of Alcohol Disorders»,Am.J.psy-chiatry.Dole, V. p.; Nysmander, M.E. (1966), «*Rehabilitation of heroin addicts after blockade with methadone*», New York state J.

OLIEVENSTEIN, C. S. (1982), *La vie du toxicomane*, Paris, PUF.

OMS (1969), «*Series de reports technique n°417*», comité OMS de peritos em fármaco dependência. Genebra.

OXFORD, J. (1978), «Hypersexuality: implications for a theory of dependence», Brit. J. O f Addiction.

PELICIFER, Y. THUIMER G, (1972), *La drogue*, Paris, PUF, «*Que sais-je?*».

Pires. G. V. C. Gandra .R.F.& Lima .V.C.R. (2002) *Ado.lescência, afetividade, sexualidade e Drogas*(5ª Ed.). Editora Fafi.Portugal.

PONTALIS. J. B. (1974), «*Bornes ou confins?*», *None. rev. Psychoanal.*

PREGO Silva (1971), «*Notes sur le traitement de la psychopathie* »,trad. N. Beaufils, psychiatr.

RADO, S. (1926), «*The psychie effects of intoxicants*», *internal. J. Psychoanal.* RADO, S. (1938), «*The psychoanalysis of pharmacothymia*», psychoanal RAPPORT (dir. de M. REYNAUP) (2002), *Usage nocif de substances psychoactives: identification des usages á risqué: outils de reperege: conduites á tenir*. Paris, la documentation Française, 1vol

RIBEIRO.L.P. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*.3ª edição.

PORTO CODEX. Portugal.

- ROSENFELD, H. A. (1961), «*De la toxicomanie*», Ver. Fr. Psychanal.
- ROSENTHAL, R. (1972), «*Slow detoxification in Heroin addiction*», New York State J
- SANBORN, DE; CASEY, T. M. NISWANDER, G. D. (1971), «*Drug abusers, suicide attempters and the MMPL.*» *Dis.Nervous systems*
- SAVITT, R. A. (1963), «*Psychoanalytic Studies on addiction: ego structure in narcotic addiction*», *psychoanal.*
- SCHNEIDER, J. P. (1991), «*How to recognize the signs of sexual addiction*», *postgraduate medicine.*
- Sebastião. F.(2010). *A Justiça Penal em Angola (Algumas Reflexões)*.Casa das ideias divisão Editorial.
- SUTHERLAND, L.; SHEPHERD, J. P. (2002), «*Adolescent beliefs about future substance use: a comparison of current users and non-users of cigarettes, alcohol and illicit drugs*», *journal of adolescence.*
- TASSIN, J. P (2002); «*La place de la dopamine dans les processus de dépendance aux drogues*», *Bull. Acad. Natle.*
- VAILLANT, G. F. (1979), «*A 20 Years follow-up of New York narcotic addicts*», *arch. «Gen Psychiat.*
- Vidal, A. M. C. B. *Uso abusivo e dependência de álcool e/ ou drogas em mulheres X violência*. In : Rigonatti, S .P.(org).*Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica*. São Paulo. Vector,(2003).
- WIEDER, H. KAPLAN, E. H. (1969), *use in adolescents* , *psychoanal. Study Child.*
- WINNICOTT, D. W. (1969), *De la pediatrie à la psychanalyse, trad. Y. Kalmanovitch*, Paris, payot.
- Yurrita, (2009) *Psicopatologia do Adulto*. Benguela.
- ZUCKERMAN, M. NEELE, M. (1979), «*sensation seeking and psychopathology*», *psychiatry*

Anexo

O Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte está a realizar um estudo sobre Consumos de Álcool, inserido no Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

As suas respostas são confidenciais – não serão reveladas a ninguém – e destinam-se, exclusivamente, para fins de investigação científica. Por isso mesmo, não terá de se identificar. Interessa-nos a sua resposta sincera. Não há boas ou más respostas. Não existe qualquer limite de tempo.

Parte I – Identificação

Idade: _____ Anos

Habilitações literárias: _____

Quantas vezes reprovou: _____ Vezes

Faltava à escola: Sim Não

Situação Profissional actual: Desempregado Empregado

É militar: Sim Não Se sim, há quantos tempo: _____ anos

Com que idade começou a trabalhar: _____ Anos

Situação Conjugal: Solteiro Casado/União facta Divorciado/Separado Viúvo

Tem filhos: Sim Não Se sim quantos filhos: _____ filhos

Parte II – Consumo de substâncias

Diga se já consumiu alguma das seguintes substância e se sim com que idade o fez pela primeira vez

Heroína Sim Não Se sim com _____ Anos

Cocaína Sim Não Se sim com _____ Anos

Haxixe Sim Não Se sim com _____ Anos

Liamba Sim Não Se sim com _____ Anos

Gasolina Sim Não Se sim com _____ Anos

Diazepan Sim Não Se sim com _____ Anos

Tabaco Sim Não Se sim com _____ Anos

Álcool Sim Não Se sim com _____ Anos

Antes de estar em tratamento, gostava de...

Heroína	Gosto Muito	Gosto	Gosto Pouco	Não Gosto
Cocaína	Gosto Muito	Gosto	Gosto Pouco	Não Gosto
Haxixe	Gosto Muito	Gosto	Gosto Pouco	Não Gosto
Liamba	Gosto Muito	Gosto	Gosto Pouco	Não Gosto
Gasolina	Gosto Muito	Gosto	Gosto Pouco	Não Gosto
Diazepan	Gosto Muito	Gosto	Gosto Pouco	Não Gosto
Tabaco	Gosto Muito	Gosto	Gosto Pouco	Não Gosto
Álcool	Gosto Muito	Gosto	Gosto Pouco	Não Gosto

Antes de estar em tratamento, normalmente consumia

Heroína	<input type="checkbox"/>	Todos os dias	<input type="checkbox"/>	Alguns dias	<input type="checkbox"/>	Nenhum dia
Cocaína	<input type="checkbox"/>	Todos os dias	<input type="checkbox"/>	Alguns dias	<input type="checkbox"/>	Nenhum dia
Haxixe	<input type="checkbox"/>	Todos os dias	<input type="checkbox"/>	Alguns dias	<input type="checkbox"/>	Nenhum dia
Liamba	<input type="checkbox"/>	Todos os dias	<input type="checkbox"/>	Alguns dias	<input type="checkbox"/>	Nenhum dia
Gasolina	<input type="checkbox"/>	Todos os dias	<input type="checkbox"/>	Alguns dias	<input type="checkbox"/>	Nenhum dia
Diazepan	<input type="checkbox"/>	Todos os dias	<input type="checkbox"/>	Alguns dias	<input type="checkbox"/>	Nenhum dia
Tabaco	<input type="checkbox"/>	Todos os dias	<input type="checkbox"/>	Alguns dias	<input type="checkbox"/>	Nenhum dia
Alcool	<input type="checkbox"/>	Todos os dias	<input type="checkbox"/>	Alguns dias	<input type="checkbox"/>	Nenhum dia

2. De que forma, habitualmente, arranjava/arranja meios para conseguir droga (assinalar mais do que uma, se for o caso):

Trabalho Família Tráfico de drogas Roubo/Furto Fraude Outro. Qual: _____

3. Contextos de consumo habituais (assinalar mais do que uma, se for o caso):

Com amigos Sozinho Com desconhecidos Outro. Qual: _____

Parte III - Comportamentos de risco

1. Partilhou a seringa ao longo do consumo por via intravenosa, nos últimos 12 meses,

Nunca Raramente Por vezes sempre

2. Partilhou o algodão ao longo do consumo por via intravenosa, nos últimos 12 meses,

Nunca Raramente Por vezes sempre

3. Partilhou o recipiente ao longo do consumo por via intravenosa, nos últimos 12 meses,

Nunca Raramente Por vezes sempre

4. Actividade Sexual

4.1 Tem parceira sexual fixo (estável)?

Sim Não

4.1.1 Se respondeu SIM, nos últimos 12 meses, com que frequência utilizou preservativo?

Nunca Raramente Por vezes sempre

4.2 Nos últimos 12 meses, teve "encontros" sexuais casuais?

Sim Não

4.2.1 Se respondeu SIM, nos últimos 12 meses, com que frequência utilizou preservativo?

Nunca Raramente Por vezes sempre

5. Tem testes positivos para o VIH?

Não Sim Desconhece

6. Tem testes positivos para a Hepatite B?

Não Sim Desconhece

7. Tem testes positivos para a Hepatite C?

Não Sim Desconhece

Parte VI- História de Comportamentos Desviantes

Diga no ano anterior e estar em tratamento praticou um dos seguintes crimes e se sim quantas vezes o fez

Roubo/Furto Sim Não Se sim _____ Vezes no ano anterior ao início do tratamento

Tráfico Droga Sim Não Se sim _____ Vezes no ano anterior ao início do tratamento

Receptação Sim Não Se sim _____ Vezes no ano anterior ao início do tratamento

Agressão Sim Não Se sim _____ Vezes no ano anterior ao início do tratamento

Fraude Sim Não Se sim _____ Vezes no ano anterior ao início do tratamento

Outros Sim Não Se sim _____ Anos Qual outro: _____

3.2.1. Já foi detido pela polícia? Sim Não

3.2.1. Já foi condenado(a) alguma vez a pena de prisão? Sim Não

3.2.1.1. Se SIM, durante quanto tempo no total? _____