

Paulina das Dores Matos Moreira



TOXICODEPENDÊNCIA NO FEMININO: PERCEÇÕES DE
CONSUMIDORAS DE SUBSTÂNCIAS A RESPEITO DO SEU
PERCURSO

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2013

Paulina das Dores Matos Moreira



TOXICODEPENDÊNCIA NO FEMININO: PERCEÇÕES DE
CONSUMIDORAS DE SUBSTÂNCIAS A RESPEITO DO SEU
PERCURSO

(Paulina das Dores Matos Moreira)

Dissertação apresentada à
Faculdade de Ciências Humanas e
Sociais da Universidade Fernando
Pessoa, como parte dos requisitos
para a obtenção do grau de
mestrado em Psicologia Clínica e
da Saúde, sob orientação da
Professora Doutora Laura Nunes.

Porto, 2013

Resumo

O presente trabalho debruça-se sobre a problemática da toxicod dependência no gênero feminino, mais especificamente sobre as trajetórias de vida e de desvio de mulheres dependentes de drogas. Para isso, questionou-se a eventual existência de particularidades biográficas frequentes entre consumidoras de substâncias. Averiguou-se também se mulheres com história de abuso de drogas apresentam similaridades relativamente ao seu percurso desviante. Adotou-se um desenho de estudo exploratório, descritivo, retrospectivo, transversal, observacional, baseado no método do inquérito e suportado pela técnica da entrevista.

Os resultados obtidos numa amostra de 11 mulheres com história de consumo de substâncias, com uma média de 43 anos de idade (desvio padrão de 10.5), conduziram à conclusão de que estes indivíduos apresentam efetivamente regularidades ao nível do percurso biográfico, tendo-se desenvolvido num seio familiar problemático. A predominância de relações negativas, bem como a ausência de relações afetivas pode ter sido potenciadora da entrada no percurso desviante do consumo de substâncias.

Destes resultados foi possível perceber claramente que há especificidades que se prendem com a questão do gênero no âmbito das toxicod dependências, especificamente no percurso desviante das participantes neste estudo. Trata-se de uma área a estudar futuramente.

Palavras-chave: Mulheres Toxicod dependentes; Percurso Desenvolvemental; História de Consumos; Consequências da Dependência.

Abstract

This project focuses on the issues of drug addiction within the female gender, more specifically on the paths of life and deviation of women who are addicts. Therefore, we wondered about the existence of singular biographical traits common to different drug users. We also wondered if women who show an history of drug abuse share the same similar deviation patterns. For this, we adopted an exploratory, retrospective, transversal and observational method based on inquiry and supported by interviews.

The results gathered from a sample of 11 women with a background of substance consumption, with an age average of 43 years, lead to the conclusion that these individuals do in fact present some similarities when it comes to their biographical journey, specially the fact that most of them grew up in troubled homes and broken families. The predominance of negative relationships as well as the absence of positive ones may have triggered their entry in the deviant path of drug use.

From these results we were able to clearly state that there are specific issues that bind with the question of gender when it comes to substance addiction. It's definitely an area that requires more study.

Keywords: Women's addiction; Development path; Drug use history; Consequences of dependence.

À minha família ...

Agradecimentos

Agradeço à Universidade Fernando Pessoa pelo fantástico suporte educativo e onde tanto aprendi, bem como ao Instituto da Droga e da Toxicodependência que me permitiu articular com centro de acolhimento a toxicodependentes de baixo limiar que possibilitou a realização do presente estudo.

Estou imensamente grata à minha orientadora, Prof. Doutora Laura Nunes, que me disponibilizou preciosa orientação, preciosos valores, partilhou ensinamentos, disponibilizou sempre toda a atenção e cultivando uma imensa motivação na realização deste trabalho em todos os momentos desta caminhada.

Agradeço aos professores que ao longo de um percurso de cinco anos me transmitiram conhecimento e princípios de grande valor que servirão de base no futuro profissional.

A minha gratidão à minha família que tornou real um sonho que me apoiaram incondicionalmente.

Os meus agradecimentos aos meus amigos que de tão perto me acompanharam, Tiago Almeida, Margarida Tavares, Ana Correia.

Os meus sinceros agradecimentos às mulheres deste estudo que gentilmente me confiaram as suas histórias e que sem elas nada teria sido possível.

Índice

| | |
|--|----|
| Introdução | 1 |
| Parte A – Enquadramento Teórico | |
| Capítulo I - Contextualização do fenómeno da toxicodependência | |
| 1.1 Contextualização histórica e conceptual dos consumos problemáticos de drogas | 5 |
| 1.2. Consumos problemáticos de drogas | 7 |
| 1.3. Risco e proteção para o abuso de drogas | 9 |
| 1.4. Toxicodependência – Modelos Explicativos | 13 |
| 1.4.1. Modelo sequencial das fases para o consumo de drogas na adolescência | 15 |
| 1.4.2. Modelo de desenvolvimento social | 19 |
| Capítulo II – Toxicodependência no feminino | |
| 2.1. As mulheres e o consumo de drogas | 23 |
| 2.1.1. Particularidades da toxicodependência feminina | 24 |
| 2.2. Outros problemas da toxicodependência feminina | 27 |
| 2.2.1. Prostituição | 28 |
| 2.3. Vínculos afetivos e toxicodependência | 30 |
| Parte B - Contribuição Empírica | |
| Capitulo III – O Estudo | |
| 3.1. Método | 35 |
| 3.1.1. Caracterização da amostra | 36 |
| 3.1.2. Material | 39 |
| 3.1.3. Procedimento | 41 |
| 3.1.4. A Categorização | 41 |
| 4. Apresentação dos resultados | 57 |
| 5. Discussão dos Resultados | 74 |
| Conclusão | 85 |
| Referências Bibliográficas | 89 |
| Anexos | |

Índice Quadros

| | |
|---|----|
| Quadro 3.1. Medidas descritivas da idade dos participantes do estudo | 36 |
| Quadro 3.2. Medidas descritivas do estado civil dos participantes do estudo | 37 |
| Quadro 3.3. Medidas descritivas de existência de filhos nos participantes do estudo | 37 |
| Quadro 3.4. Medidas descritivas do número de filhos dos participantes do estudo | 37 |
| Quadro 3.5. Medidas descritivas da escolaridade dos participantes do estudo | 38 |
| Quadro 3.6. Medidas descritivas da situação ocupacional dos participantes do estudo | 38 |
| Quadro 3.7. Medidas descritivas do número de meses de desemprego dos participantes no estudo | 38 |
| Quadro 3.8. Medidas descritivas que identificam se os participantes do estudo vivem sós | 39 |
| Quadro 3.9. Medidas descritiva que identifica com quem vivem os participantes do estudo | 39 |
| Quadro 4.1. Resultados obtidos para as subcategorias Relação com Pai, Percepção da Relação com Pai, Relação com Mãe e Percepção da Relação com Mãe, da categoria Percurso Desenvolvimental no período da Infância | 57 |
| Quadro 4.2. Resultados obtidos para as subcategorias Relações Próximas, Memórias e Ocupação dos Tempos Livres, da categoria Percurso desenvolvimental no período da Infância | 59 |
| Quadro 4.3. Resultados obtidos para as subcategorias Relação com Pai, Percepção da Relação com Pai, Relação com Mãe e Percepção da Relação com Mãe, da categoria Percurso Desenvolvimental no período da Adolescência | 60 |
| Quadro 4.4. Resultados obtidos para as subcategorias Relações Próximas, Memórias e Ocupação dos Tempos Livres, da categoria Percurso desenvolvimental no período | 61 |

| | |
|--|----|
| da Adolescência | |
| Quadro 4.5. Resultados obtidos para a categoria Percepção do Percurso Existencial | 64 |
| Quadro 4.6. Resultados obtidos para as subcategorias Período de Consumos, Idade de Iniciação, Substâncias de Iniciação, Companhia de Iniciação, Contexto de Iniciação, Exercício de Influência para Iniciação e Fonte de Influência, da categoria História de Consumos | 66 |
| Quadro 4.7. Resultados obtidos para as subcategorias Substâncias Consumidas e Via(s) de Administração, da categoria História de consumos | 68 |
| Quadro 4.8. Resultados obtidos para as subcategorias Razões de Solicitação de Apoio, Percepção das Consequências da Dependência nas dimensões Laborais, Familiares, Pessoais, Sociais e da Saúde, da subcategoria Consequências da Dependência | 70 |
| Quadro 4.9. Resultados obtidos para as subcategorias Modalidades de Manutenção de Consumo, da categoria Consequências da Dependência | 73 |

Índice Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1.1. Modelo sequencial para o consumo de drogas, de Becoña | 18 |
| Figura 1.2. Modelo de desenvolvimento social, de Catalano e Hawkins | 20 |
| Figura 4.1. Sistema de categorias | 43 |
| Figura 5.1. Categoria percurso desenvolvimental no período da infância, as correspondentes subcategorias e as respectivas classes de resposta | 47 |
| Figura 5.2. Categoria percepção do percurso existencial, as correspondentes subcategorias e as respectivas classes de resposta | 50 |
| Figura 5.3. Categoria história de consumos, as correspondentes subcategorias e as respectivas classes de resposta | 52 |

Figura 5.4. Categoria conseqüências da dependência, as correspondentes 56
subcategorias e as respectivas classes de resposta

Índice de Anexos

Anexo A – Declaração de consentimento informado

Anexo B – Declaração para autorização da gravação em formato áudio

Anexo C – Ficha de identificação

Anexo D – Guião de entrevista

Introdução

O fenómeno da toxicodependência, contrariamente ao que se possa acreditar, não foi sempre uma problemática exclusivamente masculina. Já em finais do século XIX, e nos primórdios do XX, a toxicodependência chegava a todas classes sociais nas quais as mulheres já se faziam representar em considerável número (Pimenta, 1997).

Em Portugal como noutros países, e no respeitante ao fenómeno da toxicodependência, haverá certamente diferenças em função do género, como em muitos dos comportamentos humanos. Os homens fazem-se representar em maior número comparativamente às mulheres consumidoras de drogas, tal como acontece em todos os países europeus e para a maioria da diversidade das substâncias. No entanto, verifica-se um aumento significativo do consumo nas mulheres, ainda que em percentagem inferior à dos homens. Estatisticamente, os indivíduos do sexo masculino continuam a ser os principais consumidores de drogas ilícitas, sendo também os que mais frequentemente usufruem de serviços de apoio para pessoas com problemas ligados às drogas. Contudo, é no consumo de cocaína e de cannabis que os homens se fazem representar em maior número. Já as mulheres fazem-se representar mais, segundo dados sobre a população em tratamento, no consumo dos tranquilizantes, sedativos e produtos farmacêuticos (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2006). Por outro lado, há autores que referem um aumento muito significativo do número de mulheres consumidoras de drogas (Fox & Sinha, 2009).

Tendo por base a ideia de que poderá haver especificidades no âmbito da toxicodependência da população feminina, o objetivo geral deste estudo consiste em caracterizar o percurso de toxicodependência no género feminino. Na verdade, e mais especificamente, o que se procura é alcançar os aspetos subjetivos presentes nas mulheres que enveredam por estas trajetórias desviantes, designadamente, perseguem-se os seguintes objetivos específicos: i) Identificar os pontos convergentes no percurso desenvolvimental em

indivíduos do gênero feminino consumidores de drogas; ii) Identificar os pontos convergentes nas consequências de consumos em indivíduos do gênero feminino consumidores de drogas.

Assim, coloca-se uma questão de partida, que se traduz em perceber se haverá particularidades biográficas que se apresentem frequentemente entre consumidoras de substâncias. Pergunta-se, ainda, se as mulheres com história de abuso de drogas apresentam similaridades em termos do percurso desviante.

Saliente-se que a investigação, nomeadamente de Pires e Duran (2010) e Cardoso e Manita, (2004), tem vindo a identificar pontos de convergência, bem como de divergência, entre ambos os géneros relativamente á toxicodependência.

Dada a sensibilidade e complexidade do fenómeno, e por se dar preferência aos significados e percepções dos indivíduos a respeito dos seus próprios comportamentos, este estudo seguirá um desenho exploratório, descritivo, transversal, retrospectivo, observacional e baseado no método do inquérito, suportado pelas técnicas da entrevista e da observação.

Assim, este trabalho apresentará duas partes: enquadramento teórico e a investigação empírica. No que diz respeito ao enquadramento teórico, este engloba dois capítulos que abordam questões relativas à contextualização do fenómeno da toxicodependência focando posteriormente com maior detalhe a toxicodependência no feminino. Relativamente à segunda parte, esta remete para a investigação empírica onde finalmente após fruto dos resultados encontrados, do seu tratamento e da sua interpretação, apresenta-se a conclusão da investigação

Parte A – Enquadramento Teórico

Capítulo I - Contextualização do Fenômeno da Toxicodependência

1.1.Contextualização Histórica e Conceptual dos Consumos de Drogas

É consensual a opinião entre investigadores que se debruçam sobre a análise da história da droga, que esta existe desde há muito, na própria história da humanidade. Drogas e homens têm caminhado e evoluído lado a lado, surgindo em diversos contextos geoculturais e com inúmeros propósitos ao longo do tempo (Martínez, 2004; Nunes & Jólluskin, 2007; Poiares, 1999; Toscano Jr., 2001).

Desde há muito que o Homem tem feito uso das plantas, com fins terapêuticos ou puramente recreativos, para alcançar determinados estados ou fins. Portanto, pode afirmar-se que os seres humanos desde sempre foram retirando proveito das plantas, principalmente daquelas que “alimentavam o espírito”. Há cerca de 60 mil anos atrás, na zona norte do Iraque, o homem de Neanderthal já sabia da existência de, pelo menos, oito plantas com comprovada utilidade medicinal e com poder para alterar, de alguma forma, o comportamento do Homem (Seibel & Toscano Jr., 2001).

Ao longo da história, o uso destas substâncias foi entendido como benéfico e, por isso, o seu consumo vantajoso. Assim, pode dizer-se que as substâncias, tanto têm um efeito benéfico, como se apresentam nocivas, tudo dependendo da forma como são consumidas, da cultura, do padrão de consumos e da razão subjacente aos mesmos (Nunes & Jólluskin, 2007).

Os cogumelos foram estudados pela etnomicologia na procura do seu impacto social e do seu uso histórico. Hoje, sabe-se que o Homem se serviu dos fungos desde os tempos de 8000 anos antes de Cristo. A população da América Central e do México recorria aos consumos dos cogumelos mágicos com características alucinogénias. Efetivamente, na América do Sul, consumia-se uma potente substância alucinogénia, sob a forma de infusão vegetal designada por “*ayahuasca*”. No Reino Unido, o consumo de cannabis foi estimulado pela rainha Vitória, por acreditar nas suas características curativas. No Egito, era oferecida

cerveja aos trabalhadores das pirâmides como moeda de troca pelo seu trabalho. Poderiam apresentar-se muitos mais exemplos de como os consumos de substâncias pautam a história de vários povos (Martínez, 2004).

A história da evolução das drogas foi sendo envolvida de múltiplos significados, contraindo diversas dimensões e formas de consumo. Nos últimos 200 anos, a droga acabou por assumir uma tripla dimensão: a de mercadoria, como elo de ligação entre as componentes jurídica, económica e fiscal; a dimensão lúdica e terapêutica, como fonte de desinibição favorecedora de convívio social e como instrumento de tratamento médico; e, por último, a dimensão de objeto e de origem do crime, numa visão emergente, principalmente a partir de meados do século XX (Poiars, 1999).

A introdução histórica da problemática da toxicodependência na sociedade portuguesa não é concreta, apenas se sabe que foi um pouco mais tarde que noutros países, por volta do final dos anos setenta e início dos anos oitenta. O primeiro registo de intervenção nesta área, realizado em Portugal, surgiu com a criação de uma consulta no Hospital de Santa Maria em Lisboa, no ano de 1973, por Dias Cordeiro, dedicada a indivíduos com problemas de fármaco-dependência (Sampaio, Gameiro, Camilo & Fazenda, 1978). Foi no decorrer dos anos 70, que a população portuguesa se consciencializou de que o consumo de drogas era de um problema instalado e em eminente evolução. A queda do regime salazarista, o final da guerra das colónias e o regresso de pessoas que lá habitavam, levou a uma drástica abertura de Portugal. Alguns anos mais tarde, na década de 80, a droga que circulava no pequeno território português eram o haxixe e a marijuana. A heroína já tinha antes e foi trazida e traficada do Paquistão e da Índia, através de Moçambique por portugueses naturais do Paquistão (Domoskawski, 2011).

Portugal, em 2000, surpreendeu todos ao descriminalizar o consumo de drogas, o que retirou das prisões indivíduos dependentes de substâncias. Esta libertação desses sujeitos

implicava a adesão ao tratamento, em entidades próprias para pessoas com problemas de dependência de drogas (Domoskawski, 2011).

Desde o século XX, e na última década, muito se tem tentado fazer em Portugal para ir acudindo ao problema das toxicodependências. A história das drogas permite contextualizar o fenómeno que, naturalmente, necessita de uma apresentação através da definição de alguns conceitos básicos.

1.2. Consumos Problemáticos de Drogas

Para melhor se compreender este fenómeno, é fundamental atender a conceitos básicos a respeito do problema. Desde logo, é conveniente ter em consideração que os consumos de substâncias, legais ou ilegais, podem proporcionar prazer não sendo problemáticos (Cruz, 2011).

Assim, o conceito de droga tem diferentes definições em função dos diferentes focos de análise e das diferentes filiações dos autores, como é exemplo a medicina, em que a droga é definida como toda a substância que possui potencial na cura de doenças ou aumenta o bem-estar ao nível físico ou mental. Para a área da farmacologia o mesmo termo está associado a qualquer agente químico que modifica os processos bioquímicos e fisiológicos dos tecidos ou organismos. Num contexto legal e numa perspectiva mais corrente, o conceito de droga está geralmente associado a substâncias psicoativas, em específico às drogas ilícitas ou àquelas cujo consumo é regulado por lei. A utilização de fármacos de uso não controlado também pode ser considerada como um consumo problemático (World Health Organization, 1994).

A toxicodependência é definida por Fleming (1995, p.37) como sendo “um fenómeno multideterminado por fatores de natureza diversa que se conjugam e criam condições para o seu aparecimento e manutenção”, sendo o toxicodependente “o produto mais bem acabado de

uma sociedade onde progressivamente o valor dos laços e das relações afetivas se vai perdendo e que elegeu o químico e o consumo como valores de felicidade”.

Para Cardoso (2001), toxicodependência é um conceito que na generalidade leva os consumidores a estados de intoxicação crônica do organismo, desenvolvidos pela administração de uma ou mais drogas de natureza natural ou sintética. Estes estados caracterizam-se pelo anseio ou necessidade incessante da continuidade do consumo. O padrão de comportamento destes sujeitos é na sua grande maioria desadaptado perante a sociedade, com complicações de natureza médica, psicológica, moral e muitas vezes jurídica.

No ano de 1964 uma nova equipa de comissão de especialistas da Organização Mundial de Saúde (OMS) substituiu o termo “vício” pelo conceito de dependência. Classificaram a dependência em psicológica ou mental, esta última sendo um processo de deterioração do controle do desejo de consumo de substâncias, e a dependência física ou fisiológica ligada à tolerância e aos sintomas de abstinência desenvolvida pelo organismo (World Health Organization, 1994). Outros complementaram que o termo dependência implica atingir um estado de necessidade, e é portanto um deslocamento de um estado primitivo de necessidade e um encobrimento da falta. A dependência psicológica leva a que substância desenvolva uma condição, e com isso, provoque um sentimento de satisfação e uma pulsão psíquica, que exige um consumo periódico ou continuado, para levar novamente ao prazer, ou evitar um estado depressivo. Relativamente à dependência física, consideram alguns que o organismo desenvolve um estado de adaptação, que se torna notório quando o consumo é reduzido e o corpo apresenta perturbações físicas muito intensas (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

A tolerância e a abstinência são dois conceitos que se encontram ligados à dependência, por serem consequências claras desta última. A Organização Mundial de Saúde (OMS) explica que a tolerância consiste num decréscimo da resposta a uma determinada dose de droga, ocorrendo mediante um padrão de consumo continuado. São efetivamente necessárias

maiores doses, para atingir os efeitos desencadeados nos primeiros consumos por doses mais baixas. A síndrome de abstinência decorre da privação/redução do consumo e resulta da existência de dependência (United Nations Office on Drugs and Crima, 2004). A dependência de substâncias pode considerar-se como um problema social, comportamental, educacional ou farmacológico, resultando de repetidas exposições do indivíduo à(s) droga(s), num funcionamento em que estão implicados múltiplos fatores em interação (World Health Organization, 2008).

1.3.Risco e Proteção para o Abuso de Drogas

A adolescência é um período muito importante no que diz respeito ao início do uso de drogas, em que o papel da família se torna fundamental. Cabe à família inserir os seus membros na cultura e ser estabelecadora das relações primárias, que têm peso na decisão do adolescente quanto às drogas. Quando as relações familiares são saudáveis desde o nascimento da criança, tornam-se um fator de proteção ao longo da vida. Opostamente, quando o cenário é problemático pode constituir um risco (Schenker & Minayo, 2011). Fala-se, aqui, de aspetos que podem constituir fatores de risco e de proteção.

Dependendo do impacto do problema, do contexto envolvente e das características individuais, os fatores de risco podem ser diferentes de indivíduo para indivíduo (Jessor, Van Der Blos, Vanderryn, Costa, 1995), até porque a toxicodependência também é diferentemente vivida por diferentes consumidores (Ribeiro, 2001). Normalmente, o risco aumenta com a proximidade de comportamentos desviantes, em que a possibilidade de consumo de substâncias poderá ser propiciada, por exemplo, pela pressão dos pares (Jessor, Van Der Blos, Vanderryn, Costa, 1995).

Os fatores de risco e de proteção associados ao consumo de drogas integram uma complexa rede de aspetos individuais, familiares, económicos, sociais e também de políticas

públicas. As estratégias preventivas devem por isso ser complexas, diversificadas e adaptadas às faixas etárias (Silva & Carvalho, 2007), devendo atender ao risco e à proteção presentes.

Schenker e Minayo (2011) propuseram uma definição clara do conceito de risco. O risco mais não é que uma consequência de uma decisão tomada, tanto livre como conscientemente, com objetivo de aquisição de um bem ou de obtenção de um desejo, existindo a possibilidade de perda ou ferimento físico, material ou psicológico. Os fatores de risco e de proteção são elementos de grande interesse para diversos investigadores e por essa razão, ao longo da pesquisa da literatura encontram-se diversos tipos de fatores de risco e de proteção para a toxicodependência. Abraão (1999) identifica diferentes níveis de fatores de risco e de proteção, e agrupa-os ao nível individual, incluindo as áreas da personalidade, do género e das competências de vida. O autor refere ainda o nível familiar, que abrange aspetos como o relacionamento pais-filhos, o exercício de autoridade e as práticas disciplinares. Acrescenta-se o nível psicossocial, que integra a relação com o grupo de pares, a escola e o apoio social.

Assim, os fatores de risco individuais podem encontrar-se ao nível da personalidade e em termos biológicos. Em termos biológicos estes fatores, integram uma predisposição que conduz à procura de sensações (Milkman & Wanberg, 2004). Um historial de dependência no seio familiar é também considerado um fator de risco de cariz biológico (Jessor, 1991). No que se refere aos fatores de risco relativos à personalidade, incluem um funcionamento global difícil, em que se encontram elevados riscos de impulsividade, agressividade e baixa autoestima (Loeber & Farrington, 2000).

São igualmente considerados riscos a percepção de falta de oportunidades de vida, as escassas expectativas de futuro e a tendência para o desenvolvimento de determinadas condutas (Farrington, 1996). Ainda entre os fatores de risco, a experimentação prematura de substâncias e a adoção de práticas disruptivas constituem risco para a posterior dependência de drogas (Loeber & Farrington, 2000).

Dos fatores de risco ambientais advêm outros relativos à família, de que fazem parte inúmeros comportamentos, tais como a presença de práticas delinquentes ou do consumo de drogas por parte da figura materna ou paterna, as falhas nas práticas educativas, o fraco acompanhamento, a pobre comunicação e um estilo educativo negligente, a presença de uma situação socioeconômica difícil, o desemprego dos pais e a família numerosa. Refiram-se ainda as práticas de abuso por parte dos pais, as constantes mudanças de cuidadores e os desentendimentos/conflitos entre as figuras parentais acerca das práticas educativas (Loeber & Farrington, 2000). Para além destes, a OMS (2004) acrescenta ainda a pobreza, a disponibilidade de drogas, as mudanças sociais, a cultura do grupo de amigos ou da pessoa, determinadas profissões, algumas normas e atitudes culturais. Mas nem todos os fatores de risco têm origem no próprio indivíduo ou na sua família, havendo aqueles que provêm do meio envolvente, designadamente, do meio escolar.

Entre esses fatores de risco que podem estar presentes na escola, podem referir-se o baixo desempenho e a pobre vinculação escolar, a fraca motivação e o não envolvimento relativamente à escola que, ao mesmo tempo, pode contribuir de forma negativa através de um funcionamento deficitário e desorganizado (Loeber & Farrington, 2000). Em comunidades socialmente desfavorecidas e desorganizadas encontram-se modelos desviantes e mais facilidades de oportunidades para a prática de condutas antissociais (Jessor, 1991), pelo que o meio escolar, tal como o familiar, assume particular importância.

Apesar dos fatores de risco serem importantes enquanto sinais de alerta, não devem ser considerados como a(s) causa(s). Uma vez que não se conhece uma combinação certa de fatores de risco que levam à toxicodependência, mas sabe-se que esse comportamento pode resultar de uma multiplicidade de fatores combinados entre si (Bry, 1996).

Centrando agora a atenção nos fatores de proteção, sobre estes coloca-se a hipótese de serem elementos que atuam protegendo os indivíduos da condição de toxicodependência, a

despeito desses sujeitos expostos a fatores de risco. Os fatores de proteção podem ser definidos como variáveis que contribuem para modular, prevenir ou limitar o uso de drogas, moderando os efeitos da exposição aos riscos, e que podem estar presentes no indivíduo ou no ambiente (Lozano & Gonzáles, 1998).

Bry (1996) dedicou-se também à investigação de fatores protetores em jovens, e identificou a importância de uma boa base relacional com a família, acreditando que uma relação próxima, sólida e não conflituosa no seio familiar constitui um pilar importante. Devem estar presentes métodos de disciplina adequados às faixas etárias, que permitam obter variadas competências, como a aquisição e o desenvolvimento de responsabilidade, a assertividade e a criação de expectativas de êxito. A manutenção de uma ocupação atraente dos tempos livres também é referida como importante, tal como o desenvolvimento de aspirações de futuro. Moreira (2002) alerta para a ideia de que os fatores de proteção não devem ser encarados de modo estanque, uma vez que a presença de um fator de proteção não pode significar que o indivíduo se encontra imune à toxicodependência. A relação estabelecida entre os fatores de risco e os fatores protetores vai influenciar os níveis de resiliência.

Diante disto, foi realizado um estudo cujo objetivo foi identificar, entre adolescentes de nível socioeconómico baixo, os motivos que impediriam a experimentação e o consequente uso de drogas, mesmo quando submetidos a constante oferta. Observou-se que mesmo em meios com escassos recursos e presença de tráfico de droga e violência, alguns jovens não haviam consumido qualquer tipo de drogas. A atitude destes adolescentes foi influenciada, segundo os autores, por variados aspetos como a disponibilidade de informações, adquiridas por diálogos e observação acerca do consumo de drogas e suas complicações e boa interação familiar, decorrente do respeito e solicitude especialmente pela figura materna (Sanchez, Oliveira & Nappo, 2005).

Um outro estudo realizado no México com dois grupos de estudantes, consumidores de drogas ilícitas e não consumidores, visou identificar aspectos da relação familiar como possíveis fatores de risco e/ou de proteção para o uso de drogas. Os autores constataram que a intensidade desses fatores parece ser estabelecida por membros de famílias disfuncionais, problemáticas e distantes. Concluíram ainda os autores que as diferenças entre os estudantes em relação ao consumo de drogas, foram melhor observadas em mulheres, uma vez que nestas há uma influência mais óbvia dos fatores interpessoais, especificamente os relativos à disfunção familiar (Negrete & García-Aurrecoechea, 2008).

Efetivamente, é inegável o importante papel assumido por fatores de risco e de proteção, mas não serão os únicos elementos presentes no desenvolvimento de um comportamento tão complexo. Sendo um tema que sempre despertou muita curiosidade, tem gerado diversos modelos e teorias que procuram explicá-lo.

1.4. Toxicodependência – Modelos explicativos

As teorias têm o intuito de procurar mais profundamente o cerne dos fenômenos e o que poderá estar na sua origem. Independentemente das várias abordagens referentes ao fenômeno das toxicodependências, os diversos modelos e teorias procuram explicar o fenômeno de forma mais ou menos direta e centrada em diferentes perspectivas teóricas.

O modelo psicanalítico, por exemplo, aponta o inconsciente, como estando na base de muitos dos nossos comportamentos, muitas vezes por via de recalcamientos, relativamente à história relacional de cada pessoa (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

Segundo Freud, todo o Homem tem como intenção e desejo de vida, manifestado por comportamentos a obtenção da felicidade. Com isto, referiu que “o serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão altamente apreciado como um benefício, que tantos povos lhes concedem um lugar permanente na

economia da sua libido”, e explicou o conceito de drogas como “substâncias estranhas às quais, quando presentes no sangue ou nos tecidos provocam em nós diretamente sensações prazerosas, alterando também tanto as condições que dirigem a nossa sensibilidade que nos tornamos incapazes de receber impulsos desagradáveis” (Freud, 1987, p.86). Já Jacques Lacan alertou para o facto de a ciência estar a ignorar efeitos de determinados produtos, com consequências trazidas ao mundo pela ciência (Bruce, 1998).

O modelo sistémico também procurou compreender a significação que as substâncias psicoativas adquirem, bem como o ato de consumo, no meio relacional do consumidor. O fenómeno da toxicodependência, assim como qualquer outro fenómeno, nunca advém do impacto de um único fator ou circunstância, mas antes de diversos elementos influentes. Refere-se aqui um sistema aberto, o sistema relacional, muitíssimo complexo estando implícita a inter-relação dos vários elementos desse sistema (Carrilho, 1992). Com isto, o modelo sistémico revela que os consumidores se refugiam no contexto do consumo, como alternativa ou como marcantes oportunidades de vinculação, que se tornam importantes nesta trajetória que os leva à dependência (Penso, 2000). Morel, Hervé & Fontaine (1998), explicam que os indivíduos procuram na dependência um alívio dos conflitos familiares e consentem num deslocamento.

Do ponto de vista cognitivista, as adições são processos muito complexos, enfatizadas por crenças profundas, persistentes e disfuncionais. Atualmente, é sabido que os esquemas de carácter disfuncional e as crenças básicas são essenciais para os transtornos de dependência. Assim, também ficou claro que existem imensas crenças idiossincráticas relacionadas às drogas, contendo crenças antecipatórias direccionadas para o alívio (Liese & Frank, 2005). Sob este ponto de vista, há quem refira a ideia de que as crenças baseadas nas drogas serão elaboradas e conservadas através da interação entre os esquemas e as crenças básicas ou primárias, e as experiências críticas de vida com as drogas. Desta forma, despoleta-se uma

certa vulnerabilidade no que diz respeito aos problemas associados ao consumo de substâncias (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993).

Como pode ver-se, têm sido várias as vertentes que possibilitam diferentes interpretações do fenómeno da toxicodependência e do que poderá estar na sua origem. Sob estas diferentes formas de interpretar este comportamento, foram sendo desenvolvidas várias teorias e diversos modelos, de que se podem destacar alguns.

1.4.1. Modelo sequencial das fases para o consumo de drogas na adolescência

O Modelo Sequencial das Fases para o Consumo de Drogas na Adolescência, apresentado por Becoña (2002), integra um carácter complexo buscando uma profunda análise compreensiva e integradora, no que respeita à interação multifatorial subjacente ao consumo de drogas. Este modelo apresenta uma perspectiva sequencial de etapas pelas quais o indivíduo passa, relativamente ao conhecimento e à aproximação e eventual uso de uma ou várias drogas. Trata-se de um ponto de vista que segue uma linha evolutiva e se liga com a própria evolução física, psicológica e social. A primeira etapa é denominada pelo autor como prévia ou etapa de predisposição, a segunda de conhecimento, seguidamente a fase de experimentação e início de consumo, a quarta etapa diz respeito à consolidação, a quinta denomina-se por etapa de abandono ou manutenção e, finalmente, a etapa da recaída (Becoña & Vásquez, 2001). Estas diferentes etapas são apresentadas pelo autor da seguinte forma:

i) A primeira etapa, prévia ou de predisposição, inclui fatores de natureza sociocultural, biológica e psicológica. A predisposição sociocultural justifica o facto de que as crenças, valores, expectativas e ações do indivíduo sejam guiados por uma história prévia, ligada ao grupo social de inserção do sujeito. Deve ainda atender-se a outros elementos, como as crenças, os valores e as drogas existentes. Quanto à predisposição ao nível biológico, quando presente, acarreta, muito provavelmente, uma sustentação genética. No entanto, esta

explicação genética é aplicada muito poucas vezes ou a um número muito pequeno de pessoas. A predisposição psicológica diz respeito a elementos que determinam o comportamento do indivíduo e de que o autor destaca, por exemplo, a aprendizagem, a personalidade e a inteligência.

ii) Na etapa do conhecimento, Becoña (2002) explica que o conhecimento, assim como o contacto com a droga, se relaciona com a disponibilidade da mesma, através de outros, na escola e pelos *mídia* entre outros. Enquanto o relativo conhecimento acerca das substâncias antes da adolescência era passivo, na fase da adolescência torna-se ativo, passando rapidamente para a vontade de experienciar. Note-se que neste processo o ambiente tem grande importância, bem como o meio físico em que decorre a vida do indivíduo.

iii) No que respeita à etapa de experimentação e início de consumo, existem também diversos fatores a ter em consideração. São eles, os fatores de risco e os fatores de proteção, já apontados neste trabalho, que têm sido estudados exaustivamente por diversos autores (Arthur, Hawkins, Pollard, Catalano & Baglioni, 2002; Cleveland, Feinberg, Bontempo & Greenberg, 2008; Díaz & Ferriani, 2011; Hemphill, Heerde, Herrenkohl, Patton, Toumbourou & Catalan, 2011). O autor alerta que a disponibilidade da substância bem como o acesso à mesma, o seu preço, o tipo de substância e a percepção do risco, são aspetos importantes a considerar. A decisão de experimentar ou não uma droga transporta vários fatores influentes, como crenças, atitudes, valores, influenciados na sua grande maioria pelo quadro emocional.

iv) Na fase de consolidação, considera-se o episódio de consumo ao abuso e a posterior dependência(s) da substância(s). A componente fundamental de manutenção do consumo constitui-se das consequências, positivas ou negativas, da ação entretanto desenvolvidas. As consequências trazidas através dos consumos é que vão afetar a decisão de continuidade do consumo ou, pelo contrário, de abandono. Ao longo deste complexo processo devem considerar-se as várias substâncias e respetivas interações, tal como outras possíveis adições

que não de substâncias. O quadro emocional é novamente referido como forma de influência à consolidação dos consumos.

v) A fase de abandono ou manutenção, prende-se com a conduta na qual poderá prevalecer uma manutenção ou pelo contrário ser extinta, em função dos danos e da percepção que o sujeito tem da droga. Poderão também existir motivos de índole externa ao sujeito, que o encaminham para um ou outro sentido, como é o caso da pressão exercida por familiares, pelos amigos, pelo envolvente social, entre outros. Podem existir motivos internos, nomeadamente os de natureza física, afetiva, etc.

vi) Finalmente, a recaída prende-se com o facto do uso de substâncias ser um comportamento aprendido e de difícil cessação.

Através da observação do esquema ilustrativo da figura 1.1., pode ver-se o modelo de forma mais global.

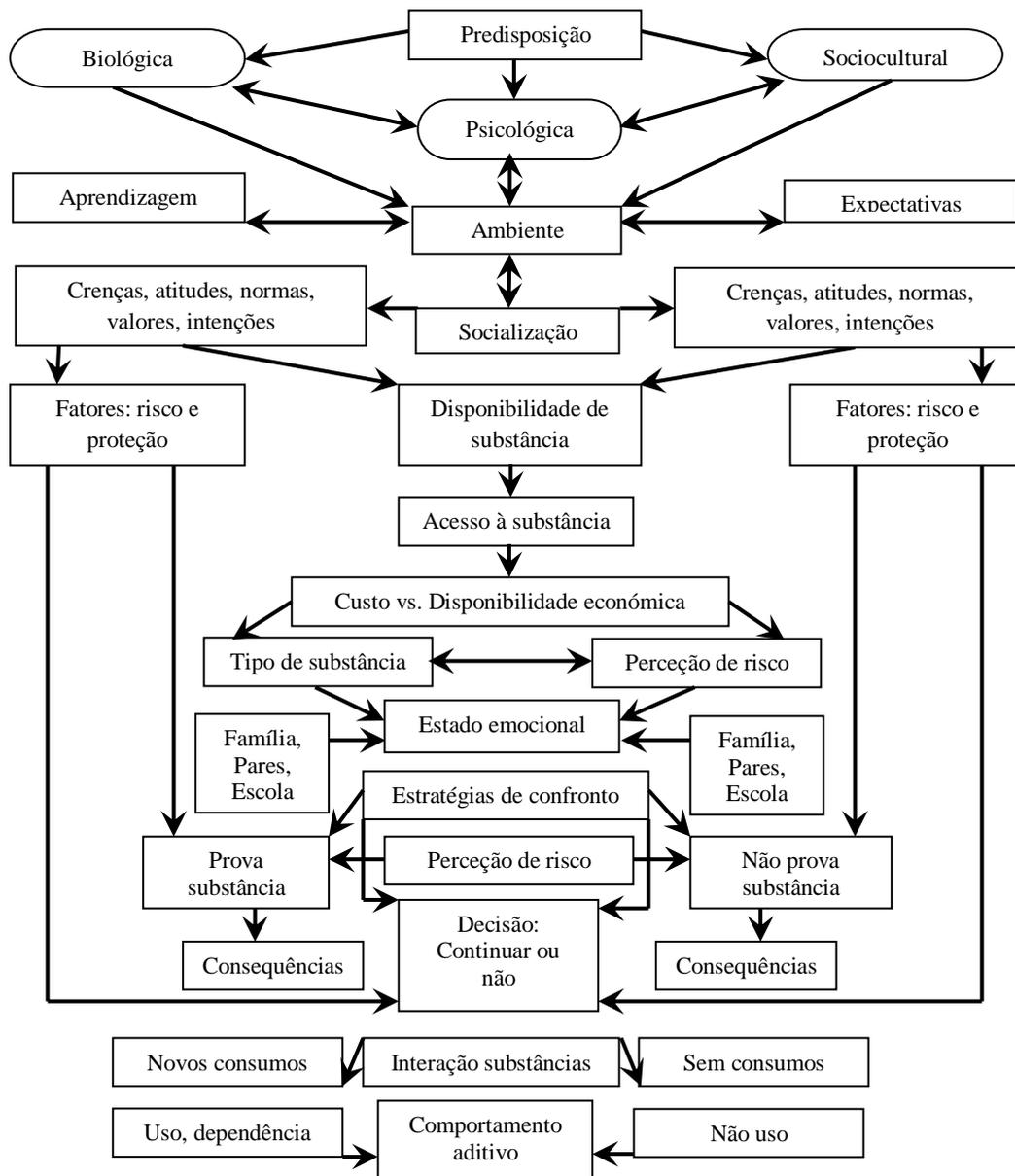


Figura 1.1. Modelo sequencial para o consumo de drogas, de Becoña (adaptado de Becoña, 2002).

Este modelo apresenta uma importante tendência para a integração de múltiplos fatores implicados no fenómeno, e pode ser complementado por uma outra visão, que remete para o paralelismo entre a adoção de comportamentos pro-sociais ou antissociais, como é o caso do consumo de substâncias.

1.4.2. Modelo de desenvolvimento social

O Modelo de Desenvolvimento Social, proposto por Catalano e Hawkins (1996), enquadra-se numa teoria geral de comportamento, que tem como objetivo compreender condutas de índole antissocial, como por exemplo o abuso de drogas, a par da manifestação do comportamento pró-social. Insere-se numa perspectiva que inclui um conjunto de diferentes condutas, na qual os processos de desenvolvimento antissocial são apresentados paralelamente aos processos desenvolvimentais das condutas pró-sociais. Esta abordagem centra-se essencialmente na explicação, bem como na previsão do início destas condutas, na escalada e na manutenção, no decréscimo e na extinção dos comportamentos causadores de alarme social, como o consumo de drogas. Este modelo incide na prevenção da conduta antissocial e particulariza esses processos de desenvolvimento comportamental na fase da infância e da adolescência, tal como o fez Becoña no modelo anteriormente apresentado. O mesmo acontece em relação à manutenção ou ao abandono desses comportamentos em idade adulta. Os fatores de risco existentes ao longo da evolução dos comportamentos antissociais têm um peso importante, a par de uma multiplicidade de fatores de caráter biológico, psicológico e social em diferentes domínios, como o social, o intrapessoal, o familiar, os escolares, os comunitários e o grupo de pares (Catalano & Hawkins, 1996).

Assim, e de acordo com os autores, a ideia central do modelo assenta sobre a satisfação, isto é, sobre o facto de os seres humanos se envolverem em atividades e interações de acordo com a satisfação que daí possam retirar. A primeira versão deste modelo dava importância ao processo de socialização, enfatizando a família, a escola e o grupo de pares, como causas de influência direta ou indireta sobre a conduta do sujeito. Mais recentemente, os autores integraram componentes de outras teorias, partindo do pressuposto que a família, a escola e o grupo de pares são meios privilegiados de ação para a prevenção, mas sempre dependentes da etapa desenvolvimental em que enquadra o indivíduo (Catalano & Hawkins, 1996).

Com isto, o modelo possibilita dois caminhos alternativos: a via pró-social e a via antissocial. Considerando a prevalência da primeira, haverá desenvolvimento de comportamentos pró-sociais. Se existir predomínio de influências antissociais, serão desenvolvidas condutas de natureza antissocial, que podem ir desde o consumo de drogas até a ações criminosas. De acordo com a figura abaixo, é possível verificar as duas formas alternativas supracitadas, através da esquematização dos passos desenvolvimentais relativos ao modelo enunciado (Catalano & Hawkins, 1996).

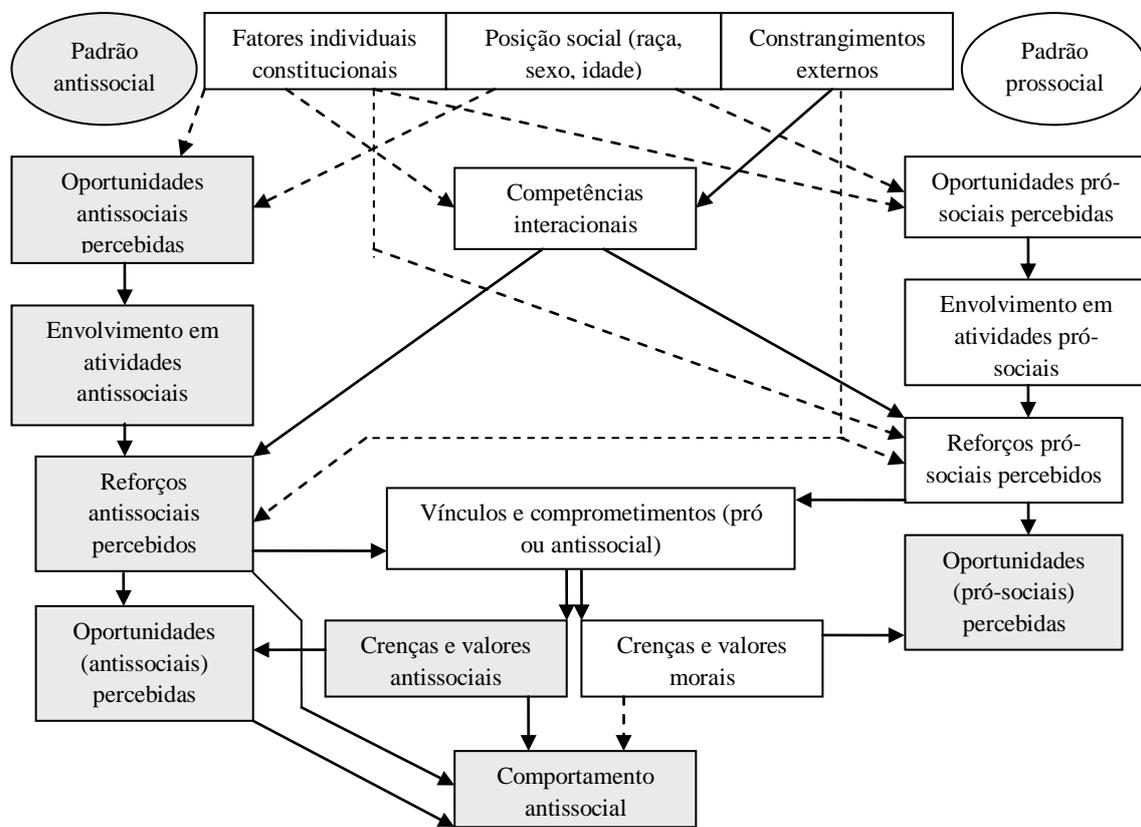


Figura 2.2. Modelo de desenvolvimento social, de Catalano e Hawkins (adaptado de Becoña, 1996).

Outros modelos têm apresentado diferentes explicações, algumas das quais, de certa forma, acabam por complementar os que aqui foram apresentados. Para Peele (1987), o problema do consumo de drogas nem sempre tem sido abordado sob a melhor perspectiva. O

autor refuta a ideia de que apenas o comportamento e a substância estejam implicados no fenómeno, apostando num estilo de vida que se vai construindo a ponto de envolver cada vez mais o sujeito e de comprometer todo o seu futuro.

Sob um outro ponto de vista, centrado na ideia da automedicação, as drogas e os comportamentos associados funcionam como elementos de apoio ao sujeito, auxiliando-o a enfrentar a vida e as contrariedades, as causas de stresse, a dor e a depressão. Seguindo este modelo, um indivíduo usuário de droga é tendencialmente levado a exercer um controlo aos níveis físico, emocional e comportamental (Donovan, 1988).

Não obstante a diversidade de modelos e de teorias, parece consensual que o fenómeno está associado a uma multiplicidade de fatores e conduz a uma grande variedade de consequências. Essencialmente pensado no contexto do consumidor masculino, a verdade é que, como foi já referido, deve atender-se também às consumidoras, tentando averiguar mais a respeito do seu percurso e conhecer mais sobre a forma como vivem a toxicodependência.

Capítulo II – Toxicodependência no Feminino

2.1. As Mulheres e o Consumo de Drogas

Já há mais de duas décadas que a questão do gênero, no domínio das drogas, foi pela primeira vez chamada à atenção pelos governos da Europa. Desde essa altura, que se reforça a necessidade de que este alerta seja reconhecido e tomado em consideração na prática comum. O diretor do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) comunicou que os serviços prestados a esta população têm que ter em conta as questões de gênero sobre os problemas ligados à droga. Passados 20 anos, e após os serviços europeus concluírem que as mulheres toxicodependentes urgem por cuidados com particularidades especializadas, estes serviços são ainda muito escassos e encontram-se somente presentes em grandes centros urbanos. O cuidado com a síndrome de abstinência e a prevenção de recaída são aspetos fundamentais nestas entidades, por questões de saúde tanto para com as mulheres que eventualmente sejam mães, como para os seus filhos. Este apoio deveria estender-se para depois do nascimento da criança, havendo um acompanhamento posterior a ambos (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2006). Mas a questão da maternidade é apenas um dos muitos fatores que levam à necessidade de se saber mais sobre a toxicodependência no gênero feminino.

Não obstante, os estudos não são muitos e os serviços talvez sejam menos ainda. Podem também ler-se na publicação *Substances abuse treatment and care for woman: case studies and lessons learned*, inserida no projeto United Office on Drugs and Crime (2004), algumas explicações pertinentes sobre determinados impedimentos do desenvolvimento destes serviços. Efetivamente, e ainda de acordo com a mesma fonte, existem várias barreiras de caráter sistémico, estrutural, político, cultural e pessoal que espelham as diferenças existentes entre gêneros, no que concerne ao uso de substâncias e aos problemas ligados ao consumo.

Assim, os obstáculos referidos impossibilitam a evolução de serviços necessários e específicos para a mulher, tais como o acesso a tratamentos adequados e à assistência aos

filhos, aos desenhos diferenciados dos programas, ao custo reduzido dos tratamentos, à segurança, às equipas especializadas, aos critérios adequados de admissão e aos cronogramas mais flexíveis para as mulheres que desempenham funções maternas e de outra natureza. A população feminina toxicodependente enfrenta, conseqüentemente, novas barreiras de cariz cultural, social e pessoal, desenvolvendo sentimentos como culpa e vergonha, estigmatização, medo de perder a guarda dos filhos e o apoio dos familiares. Os programas desenvolvidos especificamente para esta população devem abarcar as questões relacionadas com a gravidez, a maternidade, os relacionamentos íntimos, a violência doméstica, o abuso sexual, os problemas de saúde mental e a ideação suicida. A estrutura do programa deve ser sustentada pela verificação cuidadosa de levantamento de necessidades da população-alvo (United Nations Office on Drugs and Crime, 2004). As especificidades masculinas e femininas, assim como a influência das relações de género no consumo de drogas, individual e em grupo, também devem ser consideradas (Oliveira, Paiva & Valente, 2007). Por outro lado, deve ter-se em consideração que o estigma a que é votada muitas vezes a consumidora de drogas, associando-a frequentemente à prostituição (Manita & Oliveira, 2002), pode estar afetado da influência subtil do discurso jurídico-político com ênfase na díade droga-delito (Cruz, 2011).

Alguns aspetos associados às diferenças de género no âmbito das toxicodependências têm sido explorados, sendo pertinente que se apresentem de seguida.

2.1.1. Particularidades da Toxicodependência Feminina

Como até aqui foi sendo salientado, as mulheres com história de consumo problemático de substâncias apresentam especificidades que deveriam ser alvo de uma atenção particular. A verdade é que as próprias motivações subjacentes aos consumos por parte das mulheres poderão, muitas vezes, ser algo diferentes.

Registos de há algumas décadas a respeito das questões de género no contexto do consumo de substâncias justificaram que muitas mulheres consumiam por acreditar que, sob o efeito de drogas, assumiriam finalmente o controlo da sua vida (Graham, 1987). Esta ideia veio a ser reforçada, uma década depois, por Friedman e Alicea (1995) ao referirem que as mulheres com estilo de vida ligado às drogas pareciam encontrar alternativas de vida mais gratificantes do que na vida tradicional, em que estariam implícitas expectativas de género rígidas. Seguindo esta lógica, outros autores como Inciardi, Lockwood e Pottieger (1993) defenderam que as mulheres inseguras e com pouco autoconfiança se socorreriam da cocaína para alterarem o seu comportamento e gozarem da sensação de controlo, de competência e de poder.

Outros autores vão apontando outros aspetos igualmente pertinentes e, muito frequentemente, associados ao que foi anteriormente dito. Guimarães, Hochgraf, Brasiliano & Ingberman (2008) realizaram uma revisão da literatura sobre famílias de adolescentes abusadoras e /ou dependentes de substâncias. Como resultados, verificaram que as famílias destas jovens possuem, na sua maioria, característica disfuncionais. Entre os indicadores dessa disfuncionalidade os autores encontraram conflitos familiares, pouca proximidade entre os membros da família, falta de uma hierarquia bem definida e pais que não dão exemplo positivo quanto ao uso de drogas. Constataram ainda, diferenças evidentes entre géneros, tal como a necessidade de maior apoio familiar para as adolescentes, do que para os rapazes. Averiguaram também que as raparigas são tão sensíveis ao abuso psicológico quanto ao físico, o que não acontece com os rapazes, pois estes parecem considerar o abuso físico mais grave. Concluíram ainda os autores que as famílias de raparigas que consomem drogas são mais disfuncionais quando comparadas com os rapazes.

Foi realizado um outro estudo em Portugal, com objetivo de compreender os significados dos consumos para as mulheres e a forma como os constrangimentos do género se

disseminariam nessas significações. A população alvo do estudo foram mulheres consumidoras de heroína e cocaína em fase de tratamento. As autoras concluíram que, para além da evidente influência dos companheiros nas trajetórias destas mulheres, também havia procura de alternativas, a partir da experiência vivida no vasto mundo das drogas. Alertaram ainda para a necessidade de dar a devida atenção ao estigma social da mulher toxicodependente, o que afeta os mais diversos níveis e áreas da sua vida (Cardoso & Manita, 2004).

Um outro estudo, realizado no Brasil com o objetivo de compreender as representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas, numa perspetiva de género, constatou entre outras conclusões que, muitas vezes, as mulheres aderem ao consumo de drogas numa relação de intimidade e por influência do companheiro. Os profissionais de saúde revelaram ainda diferentes realidades em relação às mulheres consumidoras na tentativa de conseguirem manter, inclusivamente, o papel de cuidadora (Oliveira, Paiva & Valente, 2006).

Outra investigação, também desenvolvida no Brasil e realizada por Lopes, Melo e Argimon (2010), visou descrever as características sociodemográficas e clínicas, assim como verificar a prevalência de uso, abuso e dependência de álcool e de outras drogas, em 287 mulheres que cumpriam pena de prisão no Brasil. Entre outras conclusões, os autores constataram que as mulheres da sua amostra experimentaram o uso de substância em idade muito precoce, tendo sido a rua o local mais frequente. Os autores supõem que tal facto poderá estar relacionado com as questões relatadas pelas participantes, como a presença de historial de violência sofrida, situações de fuga de casa assim como familiares com história de consumos. Destaque-se que aquelas mulheres já tinham problemas com drogas antes da sua prisão.

Como facilmente se constata, parece haver diferenças consideráveis, no que diz respeito ao consumo e à dependência de drogas. Homens e mulheres têm características próprias, e histórias desiguais de uso de drogas de em função do género. São complexos os motivos de tais disparidades, e podem estar relacionadas com fatores de natureza social, fisiológica e até pessoal (Friedman & Alicea, 1995).

2.2. Outros Problemas da Toxicodependência Feminina

O fenómeno da toxicodependência abrange toda uma multiplicidade de outros problemas, dos quais, os mais frequentes de que fazem parte são a prática da prostituição, constituída na sua grande maioria ainda pela população feminina como forma de sustento dos seus próprios consumos ou dos de terceiros (Manita & Oliveira, 2002). Também a exclusão social, na qual a estigmatização face à mulher é a mais cruel, a pobreza, a doença (Oliveira, 2004), a prática criminosa (Manita & Oliveira, 2002) e o fenómeno dos sem-abrigo (Connett, 2010) surgem como problemas graves que gravitam a toxicodependência, neste caso entre mulheres.

O toxicodependente é, muitas vezes, aquele que está associado à prática comportamentos delituosos, no entanto, paradoxalmente, ele também se expõe a um estilo de vida em que ele próprio acaba por se tornar vítima. São estes problemas associados à toxicodependência, que contribuem fortemente para a estigmatização destes sujeitos altamente reféns da dependência de drogas. Por outro lado a perda de controlo sobre os efeitos da própria substância pode colocar estes indivíduos numa posição de fragilidade e de vulnerabilidade, expondo-se a situações de risco de vitimização (Nunes, 2011). No caso particular das mulheres toxicodependentes, certas formas de vitimação poderão ser mais marcantes ainda.

É um facto que a história de vida de mulheres com dependência química revela habitualmente uma infância problemática e desarmoniosa, na qual se encontram episódios de abandono, negligência, frustração repetida e violência no seus três níveis, física, psicológica e

sexual. Contrariamente aos indivíduos do sexo masculino encontra-se normalmente na mãe da mulher toxicodependente, uma pessoa hostil, castigadora, e sem ternura (Pimenta, 1997).

Ainda no que diz respeito à possível vitimação do sujeito que se torna dependente de substâncias, Khantzian (1985) referiu que a motivação dos indivíduos na procura do consumo de drogas, se deve ao elevado sofrimento em que são colocados, e por esta razão torna-se um motivo determinante no desenvolvimento da dependência química. DuPont (2005) contrapõe, defendendo que os consumidores em estado de dependência apenas são movidos pela ânsia de estimulação dos centros de prazer, não se ficando apenas pelo fármaco com objetivo de lhes aliviar do sofrimento.

Não obstante a existência de posições tão diversas, a verdade é que a toxicodependência acarreta problemas que atingem o toxicodependente e, alguns desses problemas, afetam particularmente as mulheres consumidoras de drogas.

2.2.1. Prostituição

A prostituição de rua e os mercados de droga são duas realidades profundamente ligadas, apoiando-se e reforçando-se mutuamente. Muitas mulheres, em fase problemática da toxicodependência, acaba por encontrar na prostituição uma saída, como forma de sustento para os seus consumos. No entanto, algumas trabalhadoras do sexo desenvolvem dependência química somente depois de estarem integradas no meio da prostituição, passando então a consumir drogas como parte integrante desse estilo de vida. Os mercados de *crack* de cocaína, por exemplo, levam à diminuição do preço dos serviços prestados por estas mulheres, acabando por realizar o trabalho quase gratuitamente como moeda de troca para a dose de que necessitam (Scott & Dedel, 2006).

Assim, alguns estudos têm procurado apurar eventuais relações entre a prostituição, o consumo de drogas e outras variáveis e dimensões que influenciam a dependente de

substâncias. Um desses estudos foi realizado por Borba e Clapis (2006) com objetivo de identificar os fatores sociais, individuais e circunstanciais que envolvem a vulnerabilidade ao Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) em mulheres profissionais do sexo, conclusões interessantes. Os autores destacaram, entre outras conclusões, que o motivo que as levou à prática da prostituição esteve relacionado com questões de sobrevivência. Estas mulheres revelaram, entre outros aspetos, que quando estavam sob efeito de drogas não tinham clara noção do que faziam quando se prostituíam, aumentando por isso a vulnerabilidade de contraírem Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Note-se que poderemos depreender que, neste caso, estas mulheres acabam por estar duplamente vulneráveis, quer pela exposição aos riscos acarretados pela prostituição, quer pelo facto de se encontrarem em estado de intoxicação.

Manita e Oliveira (2002) realizaram um estudo com prostitutas de rua que apresentavam com dois perfis: as que faziam da prostituição uma atividade laboral, a que as autoras chamaram “prostitutas tradicionais”; e as “prostitutas toxicod dependentes” que exerciam essa atividade apenas com objetivo da manutenção problemática dos consumos de drogas que, evidentemente, exigiam grandes quantias de dinheiro. As autoras detetaram ainda a existência de um número pouco significativo de entrada nesta realidade por via tradicional, e que, na sua maioria, estas mulheres se prostituíam após instalado o problema da toxicod dependência. A investigação concluiu também que as “prostitutas toxicod dependentes” eram mais desorganizadas, em praticamente todas áreas de vida, do que as “prostitutas tradicionais”.

Um outro estudo português foi desenvolvido por Pimenta e Rodrigues (2006), com objetivo de caracterizar os consumos de mulheres toxicod dependentes, com prática de prostituição de rua, integradas no programa de saúde e autoestima de Matosinhos. Concluíram os autores da pesquisa que estas mulheres se encontram em elevada deterioração biopsicossocial, pouco recetivas, descrentes, desmotivadas, e frágeis relativamente às

próprias capacidades e no que respeitava ao programa de tratamento opiáceo. A estigmatização dada à prostituição, a discriminação e os consumos, colocavam estas mulheres numa posição muito mais vulnerável e com menos defesas perante os riscos, quando comparadas com prostitutas não toxicodependentes que optavam por assumir comportamentos mais seguros.

Trata-se, sem dúvida, de um conjunto de indicadores que evidencia a maior vulnerabilidade da mulher toxicodependente, na qual acabam por se reunir condições para a múltipla vitimação. A toxicodependência, aliada a práticas como a prostituição, acaba por levar a outros problemas que, cumulativamente, vão tornando a vida destas mulheres progressivamente pior. Ora, se é certo que a contração de doenças infetocontagiosas, por exemplo, se apresenta como um flagelo entre toxicodependentes de ambos os sexos, sobretudo entre os que fazem a administração intravenosa de drogas e partilham os utensílios de consumo (Nunes, 2009), não será menos verdadeiro que a probabilidade de adquirir tais infeções aumenta ainda mais entre mulheres toxicodependentes que se prostituem.

2.3. Vínculos afetivos e toxicodependência

É certo que o padrão predominante de vinculação tem sido estudado no âmbito das toxicodependências em geral, mas não é menos correto que alguns estudos (Farate, 2000; Hans, Bernstein & Henson, 1999) com mulheres toxicodependentes, sobretudo a propósito da maternidade, têm também atendido ao padrão relacional como uma das dimensões a considerar. Por isso, pareceu pertinente integrar este ponto no presente trabalho.

Os primeiros passos dados acerca da vinculação foram do interesse de John Bowlby (1907-1991), que se dedicou fervorosamente às consequências da privação de cuidados maternos na rotura da vinculação. Desde muito cedo, o autor desenvolveu a sua atividade num internato de crianças e adolescentes problemáticos, que manifestavam dificuldades

ligadas a experiências adversas, passadas na fase da infância. Bowlby mencionou que os padrões da vinculação seguem o indivíduo desde o nascimento até à sepultura, e com isto permitiu uma conspeção de continuidade da vinculação ao longo da vida (Soares, 2007).

Canavarro (1999), fundamenta a evidência de que as relações de suporte, de carinho, disponibilidade e de segurança constituem elementos básicos e elementares na construção e aumento da autoestima do Homem, bem como, o desenvolvimento de capacidades de aprendizagem. As relações de índole afetiva podem-se tornar tanto fatores de proteção como de vulnerabilidade. Como tal, é imprescindível que se considere o indivíduo, tendo em particular atenção o seu quadro relacional ao longo da evolução da sua vida.

Farate (2000) relaciona a vinculação à vida do toxicod dependente salientando que a qualidade desta é um elemento importante na vida do toxicod dependente, uma vez que a falta de apego ao nível afetivo do consumidor, face às infrutíferas experiências de reconciliação afetiva com uma figura significativa, é estendível aos restantes objetos do meio, junto dos quais poderia estabelecer uma relação satisfatória. Quando tal não acontece, acaba por desenvolver uma grande sensibilidade ao sistema de conflito ambivalente, que leva a encontrar caminhos, atividades e pessoas às quais possa aderir sem no entanto ter que manter uma verdadeira relação afetiva.

Acrescente-se que Ferros (2011) salientou que várias investigações, nomeadamente de Lichtenberg (1989), Hesse e Main, (1999), Mikulincer e Florian (1998), têm demonstrado que relações disruptivas com figuras significativas de vinculação na fase da infância levam mais tardiamente a um papel negativo no desenvolvimento da personalidade e fomentam o aparecimento de psicopatologias graves na fase adulta.

Seguindo esta ideia, foi realizado um estudo com 50 jovens unicamente do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 13 e os 20 anos que se encontravam a cumprir medidas socioeducativas por comportamentos infratores contra a sociedade, num órgão governamental

na cidade de Porto Alegre. Este estudo teve como objetivo investigar o desenvolvimento das adolescentes e a exposição a fatores de risco. Os resultados encontrados foram de repetidos cortes nas relações com as figuras significativas e de violência intra e extrafamiliar. As informações recolhidas sob a técnica da entrevista foram claras em dois aspetos: por um lado as múltiplas ruturas nos vínculos afetivos e, por outro lado, a exposição à violência intra e extrafamiliar. Verificaram-se sucessivos abandonos e afastamentos dos cuidadores ao longo da vida destas adolescentes ou por outro, o falecimento de um dos progenitores ou outro familiar. Ainda a ausência da figura paterna e divórcio dos pais. Verificou-se ainda a presença de sucessivos cuidadores como mães, avós, tias e instituições, ou por outro, a falta destas figuras durante a infância (Dell`Aglío, Santos & Borges, 2004).

A violência intra e extrafamiliar vivenciada por estas adolescentes no meio social e familiar foi caracterizada por agressões físicas, discussões verbais, ameaças e abuso sexual. O estudo identificou ainda as vivências destas jovens, no que diz respeito a sucessivos e severos maus-tratos, que desencadeavam consequentes fugas de casa e que as expunham a vivências de rua, exploração sexual e envolvimento com uso e tráfico de drogas. Com isto, as relações amorosas eram tendencialmente para companheiros igualmente violentos e praticantes do mundo do crime (Dell`Aglío, Santos & Borges, 2004).

Este estudo concluiu que a ausência de estabilidade e a fragilidade dos vínculos criados durante o desenvolvimento, assim como os aspetos anteriormente mencionados e vivenciados por estas adolescentes, pode estar na raiz destas condutas desviantes e podem como tal ser compreendidos como facilitadores na entrada da vida delinvente (Dell`Aglío, Santos & Borges, 2004).

Assim, torna-se evidente a estreita ligação entre os vínculos afetivos e os comportamentos desviantes onde nestes se podem encontrar o fenómeno da toxicodependência.

Parte B – Contribuição Empírica

Capítulo III – O Estudo

3.1. Método

Este estudo obedeceu a um desenho exploratório, descritivo, retrospectivo, transversal, observacional e baseado no método do inquérito suportado pela técnica da entrevista. A decisão por uma abordagem qualitativa deveu-se ao facto de, se pretender aceder à subjetividade encerrada nas histórias e trajetórias desviantes desta população.

Strauss e Corbin (1998) descrevem a metodologia qualitativa frisando o facto de que, com este método, há possibilidade de se compreender, e por isso descobrir mais pormenorizadamente aspetos envolvidos tacitamente no fenómeno.

A abordagem qualitativa tem subjacente a técnica de análise de conteúdo, aqui utilizada e que é descrita por Bardin (2006, p.16) como “uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação” o autor (Bardin, 2006, p.37) acrescenta ainda que também corresponde a “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção destas mensagens”.

Assim, e com recurso a dados qualitativos e tratados pela técnica de análise de conteúdo, o que se pretende é a obtenção de respostas às questões de investigação anteriormente colocadas, tal como passam a ser recordadas: i) Haverá particularidades biográficas que se apresentem frequentemente entre consumidoras de substâncias? ii) As mulheres com história de abuso de drogas apresentam similaridades em termos do percurso desviante?

Recorde-se que esta investigação persegue objetivos que foram previamente definidos, iniciando-se pelo geral que visa caracterizar o percurso de toxicodependência no género feminino. No que respeita aos objetivos específicos, estes propõem identificar: i) Identificar os pontos convergentes no percurso desenvolvimental em indivíduos do género feminino

consumidores de drogas; ii) Identificar os pontos convergentes nas consequências de consumos em indivíduos do género feminino consumidores de drogas.

Tendo em vista o alcance destes objetivos, e na procura de respostas para as questões de investigação inicialmente colocadas, tornou-se imprescindível a exposição clara daquilo que se deveria averiguar e como se deveria fazê-lo, com uma series de tomadas de decisão que se segue.

3.1.1. Caracterização da Amostra

A seleção da amostra seguiu critérios de inclusão previamente estipulados e que passam a apresentar-se: indivíduos do sexo feminino consumidores de drogas ilícitas em tratamento numa entidade de apoio/assistência a consumidores de substâncias.

Assim sendo, para o presente estudo foi utilizada uma amostra de conveniência constituída por 11 indivíduos unicamente do sexo feminino com diagnóstico de toxicodependência, e cuja caracterização é apresentada de seguida.

Quadro 3.1. **Medidas descritivas da idade das participantes do estudo**

| Idade (anos) | |
|---------------------|------|
| Máximo | 55 |
| Mínimo | 25 |
| Média | 43.2 |
| Moda | 53 |
| Desvio Padrão | 10.5 |

Reparando nos valores que constam do quadro 3.1. a idade dos sujeitos apresenta uma média de 43.2 anos e um desvio padrão de 10.5 anos, denotando uma considerável dispersão relativamente à média.

Quadro 3.2. **Medidas descritivas do estado civil das participantes do estudo**

| Estado Civil | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) |
|-----------------------|---------------------|-------------------------|
| Solteiro | 5 | 45.5 |
| Casado/União de facto | 1 | 9.1 |
| Divorciado/Separado | 5 | 45.5 |
| Total | 11 | 100 |

Do total da amostra, apenas 1 sujeito (9.1%) é casado/união de facto, havendo 45.5% de indivíduos solteiros e outros 45.5% em situação de divórcio/separação.

Quadro 3.3. **Medidas descritivas de existência de filhos nas participantes do estudo.**

| Existência de Filhos | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) |
|-----------------------------|---------------------|-------------------------|
| Sim | 7 | 63.6 |
| Não | 4 | 36.4 |
| Total | 11 | 100 |

No que se refere à existência de filhos, da totalidade da amostra o quadro 3.3. revelou que 63.6% dos indivíduos tem filhos. Note-se que é mais de metade da amostra.

Quadro 3.4. **Medidas descritivas do número de filhos das participantes do estudo.**

| Número de Filhos | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) |
|-------------------------|---------------------|-------------------------|
| 0 | 4 | 36.4 |
| 1 | 3 | 27.3 |
| 2 | 4 | 36.4 |
| Total | 11 | 100 |

Relativamente ao número de filhos das participantes, 36.4% dos sujeitos tem dois filhos, 27.3% tem um único filho e os restantes 36.4% não tem qualquer filho. Vejamos agora a escolaridade das participantes neste estudo.

Quadro 3.5. Medidas descritivas da escolaridade das participantes do estudo.

| Escolaridade | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) |
|---------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Primária | 3 | 27.3 |
| Preparatória | 2 | 18.2 |
| Unificado | 4 | 36.4 |
| Secundária | 2 | 18.2 |
| Total | 11 | 100 |

Analisando o quadro 3.5. verifica-se que o grau de habilitações correspondente ao ensino unificado, com 36.4%, é o que engloba maior número de indivíduos, seguido do ensino primário, com 27.3%, e o ensino preparatório e o unificado com 18.2%. Quanto à situação ocupacional, mais especificamente, no que se refere à situação laboral, todas as participantes no estudo se encontravam em situação de desemprego, conforme pode ver-se no quadro 3.6.

Quadro 3.6. Medidas descritivas da situação ocupacional das participantes do estudo.

| Situação Ocupacional | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) |
|-----------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Desempregado | 11 | 100 |
| Total | 11 | 100 |

Quadro 3.7. Medidas descritivas do número de meses de desemprego das participantes no estudo.

| Número de Meses de Desemprego (meses) | |
|--|-------|
| Máximo | 3333 |
| Mínimo | 4 |
| Média | 387.9 |
| Desvio Padrão | 979.7 |

O quadro 3.7., relativo ao número de meses de desemprego das participantes revela que em média, os indivíduos estão sem ocupação profissional há 387,9 meses, o que corresponde a 32 anos, tratando-se de pessoas que, em geral, nunca desenvolveram uma atividade profissional.

Quadro 3.8. **Medidas descritivas que identificam se as participantes do estudo vivem sós.**

| Se Vive Só | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) |
|-------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Sim | 2 | 18.2 |
| Não | 9 | 81.9 |
| Total | 11 | 100 |

O quadro 3.8. mostra que 81.9% dos indivíduos vive acompanhado, ao contrário dos restantes 18.2%.

Quadro 3.9. **Medidas descritiva que identifica com quem vivem as participantes do estudo.**

| Com Quem Vive | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) |
|----------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Companheiro | 2 | 18.2 |
| Filho | 1 | 9.1 |
| Instituição | 6 | 54.5 |
| Mãe | 1 | 9.1 |
| Não se aplica | 1 | 9.1 |
| Total | 11 | 100 |

No quadro 3.9. revela que mais de metade da amostra se encontra institucionalizada, seguindo-se a percentagem de 18.2% que corresponde aos indivíduos que moram com um companheiro.

Apresentada a amostra do estudo, passemos agora à apresentação do material utilizado.

3.1.2. Material

Toda a informação necessária para a investigação implicou o recurso a material que passa a apresentar-se:

i) A declaração de consentimento informado (cf. Anexo A), cuja assinatura por parte das participantes indica terem consentido em colaborar de livre e espontânea vontade (Ribeiro, 1999). Trata-se de um documento escrito em que se encontra a definição do estudo, bem como da necessidade de informar as participantes a respeito da investigação, sendo-lhes

dadas garantias de confidencialidade e anonimato, observando-se todos os princípios éticos e deontológicos que o investigador deve seguir;

ii) Entre o material utilizado, encontra-se a declaração de autorização para gravação da entrevista (cf. Anexo B), cuja assinatura por parte do sujeito, comprova a sua permissão para gravar, em suporte áudio, todas as informações cedidas ao longo da entrevista;

iii) Foi também elaborado uma ficha de identificação (cf. Anexo C) com a finalidade de registar as informações fundamentais de cada participante, nomeadamente, os dados sociodemográficos;

iv) O guião da entrevista (cf. Anexo D), semiestruturada e, obviamente, semidiretiva, serviu de orientador ao longo da conversa. O guião foi elaborado propositadamente para o estudo e, por isso, foi submetido a um pré-teste junto de cinco indivíduos do sexo feminino e consumidores de drogas, que gentilmente colaboraram. Verificou-se que a entrevista era facilmente percebida e que as respostas eram também obtidas com facilidade, sem que se tivesse levantado qualquer problema. Segundo Boni e Quaresma (2005), a entrevista permite ao investigador obter informações tanto objetivas como subjetivas. Os dados subjetivos só são facultados através da entrevista uma vez que se relacionam com os valores, as atitudes e as opiniões dos sujeitos entrevistados. É uma técnica de recolha de dados que Haguette (1997, p. 86) define como um “processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. O facto de ser uma entrevista semiestruturada permitiu a possibilidade de colocar tanto perguntas abertas como fechadas.

Em suma, foram utilizados quatro instrumentos, entre os quais se encontram as declarações de consentimento informado e de autorização para gravação de áudio da entrevista e os restantes (ficha de identificação e guião de entrevista) construídos propositadamente para o estudo.

3.1.3. Procedimento

Para a realização do estudo foi essencial primeiramente obter a autorização por parte do diretor do centro de respostas integradas para prosseguir com as entrevistas. Após obtenção da autorização, ficou estabelecido pelos profissionais do centro de acolhimento, os melhores dias para a condução das entrevistas. As entrevistas realizaram-se entre os meses de Janeiro e Março de 2013.

Sendo a participação de carácter voluntário, a investigadora de modo informal dirigia-se aos utentes solicitando a sua participação na investigação e explicando os objetivos e o conteúdo da mesma. Antes da administração da entrevista propriamente dita, foi entregue a cada indivíduo a declaração de consentimento informado para que assim fosse autorizada a gravação de áudio bem como a participação voluntária no presente estudo.

Assim, a recolha de dados junto de cada participante foi antecedida da transmissão de informação clara da forma como seriam utilizados esses dados, assim como dos objetivos do estudo e dos fins a que todas as informações cedidas se destinavam, conforma já mencionado. O encontro entre cada participante variou entre os 20 e os 40 minutos.

3.1.4. A Categorização

Após a definição dos objetivos, seguiu-se com a elaboração do *corpus* de análise com a respetiva categorização e a definição de unidades de análise. Segundo Bardin (2006) a categorização é uma operação classificativa dos vários elementos que fundem um determinado conjunto, através de processos de diferenciação que voltam a reagrupar-se em função de critérios antecipadamente definidos. Este estudo segue uma análise temática categorial, desenvolvida sobre o *corpus* de análise previamente definido, na qual o processo de recorte, categorização e codificação foi realizado segundo um procedimento por “caixas”, em que todo o sistema de categorias foi antecipadamente pensado. Deste modo, a criação de

categorias elaborou-se a partir do guião da entrevista, que constituíram diferentes classes de resposta, dentro de cada subcategoria.

Na figura 4.1. vem representado um sistema de grandes categorias, dentro das quais se criaram subcategorias.

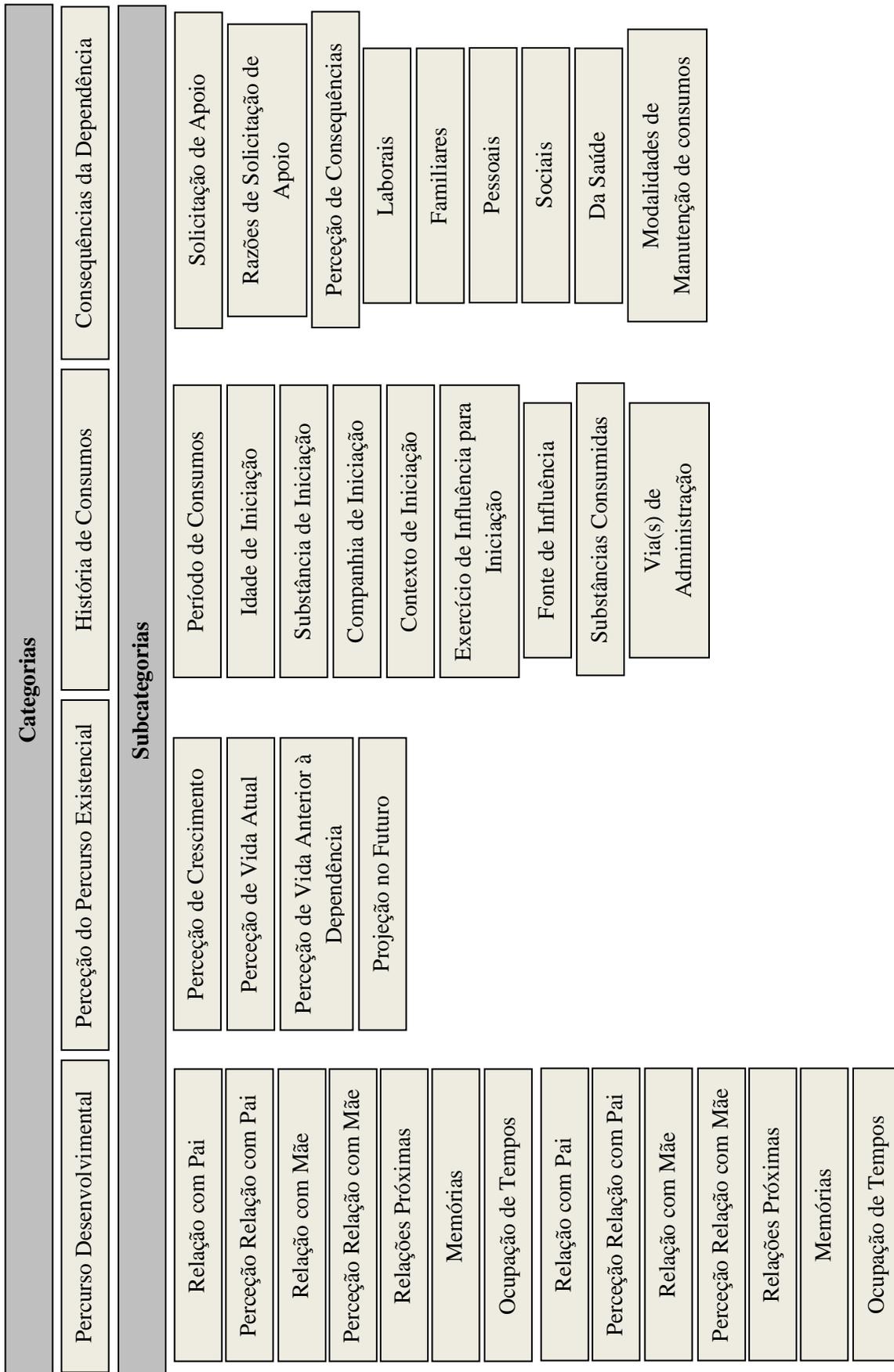


Figura 4.1. Sistema de categorias

Ao longo do processo de análise temática e categorial, foi-se desenvolvendo a classificação analógica e progressiva dos vários elementos até se criar o sistema de categorias que se passa a descrever:

A primeira grande categoria intitulada por Percurso Desenvolvidor abarcou duas grandes subcategorias, as quais, por sua vez, integraram outras sete subcategorias correspondentes às classes de resposta dadas pelas participantes no estudo.

Na categoria Percurso Desenvolvidor foram envolvidos elementos referentes ao percurso de vida de cada participante, desde a sua infância à adolescência. Esta categoria procurou reunir aspetos relativos às relações dos sujeitos com os seus progenitores e outras figuras de autoridade, bem como compreender a percepção dos próprios face a essas relações. Procurou-se também perceber como foi vivido o processo de socialização, compreender quais foram as relações de proximidade das entrevistadas, dando também atenção especial às memórias e à ocupação dos tempos livres, naquele período das suas vidas.

Assim, as subcategorias que integram o Percurso Desenvolvidor podem descrever-se quer no momento da infância, quer no decorrer da adolescência, conforme se expõe de seguida.

A subcategoria Relação com o Pai teve em conta questões correspondentes ao carácter e à qualidade das relações estabelecidas entre participante e progenitor, durante o período da infância e, mais tarde, na adolescência. Esta subcategoria inclui diferentes classes de respostas como é o caso de Inexistente, quando os sujeitos mencionam não ter existido uma relação com a figura paterna, ou então, quando a relação é tão sutil que é como se não tivesse existido. A classe de resposta Falecido inclui os sujeitos cujo progenitor havia falecido. As restantes classes de respostas variam entre o Muito Má e o Muito Boa, sendo que, a relação Muito Má com o progenitor, era concebida na presença de maus tratos e/ou frequentes situações de confrontos violentos, e a relação Muito Boa, era registada como sendo uma

relação de proteção, de carinho e admiração pelo pai. A subcategoria Relação com a Mãe segue as mesmas classes de resposta que a subcategoria anterior, mas desta vez referentes à figura materna, também no período da infância e no decurso da adolescência.

A subcategoria Percepção da Relação com o Pai levou em conta unicamente a percepção das participantes relativamente ao caráter e à qualidade das relações estabelecidas entre participante e figura paterna, durante o período da infância e, mais tarde, na adolescência. Esta subcategoria inclui diferentes classes de respostas como é o caso de Inexistente, que corresponde à percepção dos sujeitos face à ausência de relação com a figura paterna, ou então, quando percecionam a relação como ténue, que é praticamente como se não tivesse existido. Não se Aplica foi uma outra classe de resposta, que se caracteriza deste modo, devido à impossibilidade de apurar a relação, por conta do falecimento do pai. As restantes classes de resposta variam entre o Muito Má e o Muito Boa, sendo que, a relação Muito Má com o progenitor, era percecionada pelos sujeitos aquando da presença de maus tratos e/ou de situações de confrontos violentos. Já a classe de resposta Muito Boa, era registada através da percepção das participantes na sequência de uma relação de proteção, de carinho e admiração pelo pai. A subcategoria Percepção da Relação com a Mãe, segue as mesmas classes de resposta que a subcategoria anterior mas direcionado para a figura materna. Tratou-se de introduzir unicamente a percepção das entrevistadas no que concerne aos aspetos de índole relacional, entre cada participante e a sua progenitora, também no período da infância e no decurso da adolescência.

No âmbito da subcategoria Relações Próximas, para os períodos da infância e da adolescência, registaram-se as figuras presentes e/ou de proximidade com quem os sujeitos passavam mais tempo e se relacionavam. Neste caso, as classes de resposta encontradas nesta subcategoria foram Com Empregados, Com Mãe/Família, Com Freiras, Com Pares e Sozinha.

Na subcategoria Memórias, no período da infância e da adolescência, registou-se a lembrança positiva e/ou a melhor recordação desses períodos, do ponto de vista das participantes. Esta subcategoria incluiu diferentes classes de respostas como é o caso Do Natal/Prendas, quando as entrevistadas direcionam as suas lembranças para a época natalícia e/ou orientando as suas memórias positivas na aquisição de presentes. Da Mãe/Pai é outra classe de resposta que reporta para momentos de cumplicidade e carinho entre participante e figura materna e/ou paterna. A classe de resposta Nenhuma remete para a ausência de boas recordações, ou, para a incapacidade dos sujeitos de recuar cronologicamente e descrever memórias positivas. Do Professor, é uma classificação encaminhada para uma pessoa em particular, neste caso o professor, que ficou marcado positivamente. A classe de resposta designada por Morte do Pai considerou como positivo o falecimento do progenitor, pois após esse episódio adquiriu qualidade de vida que, anteriormente e na presença do mesmo, não existia. A classe de resposta intitulada de Nascimento do Filho associou o nascimento de um descendente como melhor memória. A classe de resposta A Motorizada que registou este meio de transporte como o meio facilitador na obtenção de maior liberdade, na obtenção de mais amigos e de maiores passeios.

Uma outra subcategoria designada de Ocupação de Tempos Livres é relativa aos períodos da infância e da adolescência, e levou em conta a realização de atividades dos sujeitos nos seus momentos livres. Esta subcategoria incluiu diferentes classes de respostas como é o caso de Brincar, onde se envolveu as atividades específicas e comuns da infância e que daí proporcionem momentos de diversão, de prazer e de jogo. Contrariamente à classe de resposta anterior, a que se segue foi apelidada de Trabalhar, na qual se considerou as participantes com muito pouco tempo ou mesmo ausência de tempos livres para momentos de diversão, sendo todos os momentos preenchidos por obrigações diárias de trabalho e de

responsabilidade. Por último Lazer, associado às várias ocupações das quais os sujeitos se entregaram de livre vontade, com intenção de disfrutar desses momentos de prazer.

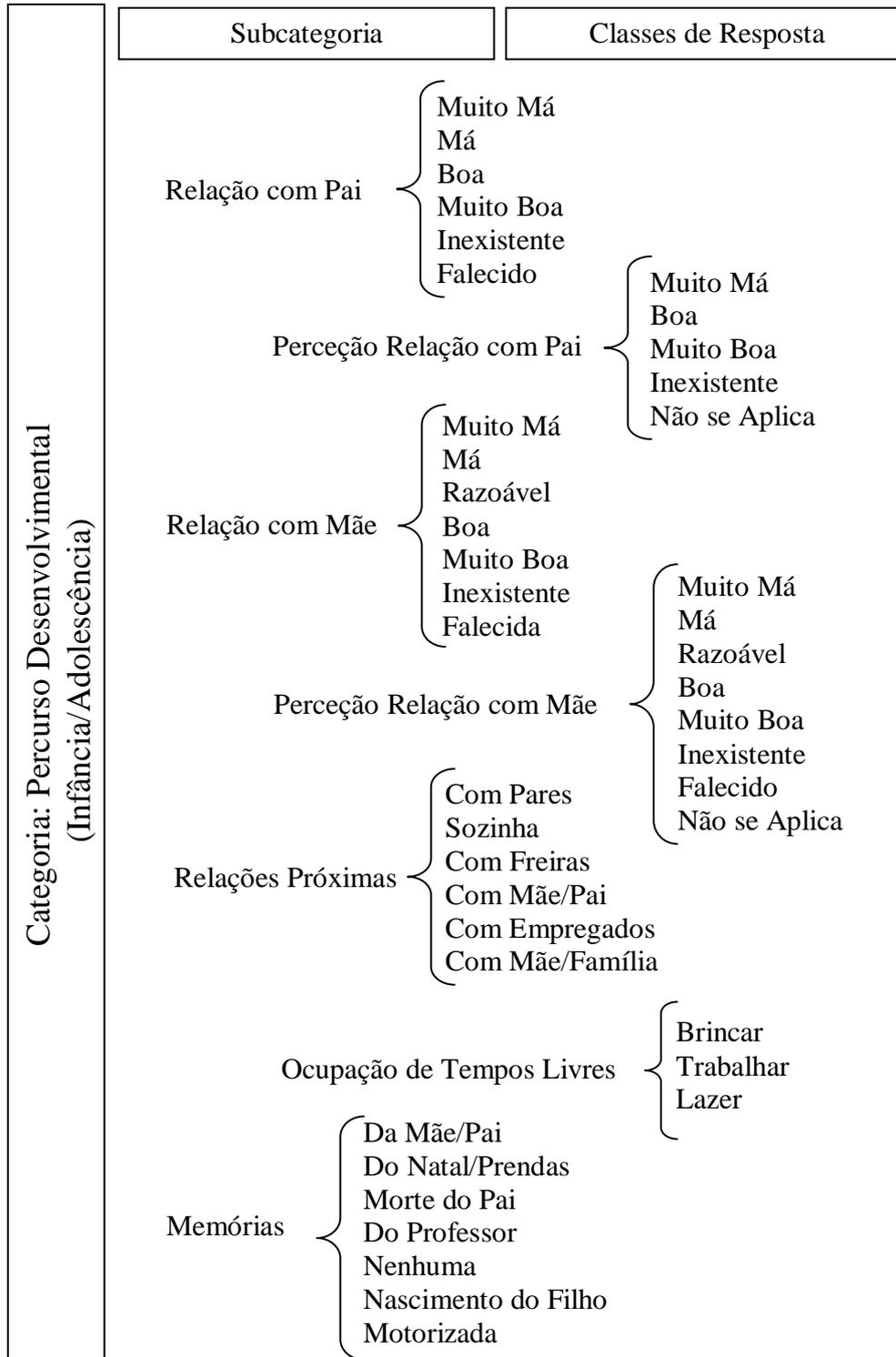


Figura 5.1. Categoria percurso desenvolvimental no período da infância, as correspondentes subcategorias e as respectivas classes de resposta.

Relativamente à categoria correspondente à Percepção do Percurso Existencial, o que se pretendeu foi agrupar informações referentes ao percebido pelas entrevistadas sobre o seu crescimento, o estado atual das suas vidas e da vida anterior à dependência, bem sobre o seu futuro.

Desta forma, a subcategoria Percepção de Crescimento, referiu-se essencialmente à forma como os indivíduos perceberam e analisaram todo o seu processo de crescimento. Também esta subcategoria incluiu algumas classes de resposta, como é o caso de Insegura, que remete para os sujeitos em que se percebeu terem histórico de pouca segurança e ausência de estabilidade emocional. Outra classe de resposta para esta subcategoria foi denominada de Muito Mau/Focalizado na Fase das Drogas, onde se enquadraram as respostas percebidas pelas participantes como muito negativas relativamente ao crescimento, e ao mesmo tempo manifestaram grandes dificuldades em analisar e em se descentrarem para outro período de suas vidas, que não o das drogas. Na classe de resposta Boa, incluiu-se a percepção positiva das participantes, tendo esta percepção terminado no momento da entrada na droga.

No que confere à subcategoria Percepção da Vida Atual, esta englobou verbalizações respeitantes à forma como os sujeitos perceberam o estado das suas vidas no momento da entrevista. Seguindo com as classes de resposta que se encontram vinculadas a esta subcategoria, encontra-se Sem Apego/Com Medo onde se verificou um misto de sentimentos, por um lado os indivíduos encontravam-se presos a um enorme sofrimento verbalizando ter muitas vezes vontade de pôr termo à vida, e por outro, um constante receio da vida nos seus vários níveis. Com Apego/Com Medo remete para as participantes que demonstraram vontade de lutar pela vida esperando ainda que a mesma lhe traga momentos positivos mas ao mesmo tempo revelaram-se receosos em vários níveis da vida. A classe de resposta Com Apego abarcou os sujeitos motivados a viver ou que demonstraram ter vontade de lutar pela

vida. Sem Apego corresponde à classe de resposta que abrangeu as entrevistadas que se encontravam em sofrimento e sem motivação pela vida. A seguinte classe de resposta designada de Como Doente incluiu as participantes do estudo que colocaram os seus problemas de saúde, como problemática central aquando da análise das suas vidas atuais. A última classe de resposta da subcategoria Percepção da Vida Atual diz respeito aos indivíduos em situação difícil e sem capacidades para caracterizar a situação atual das suas vidas e que viam a sua vida Como Complicada.

Uma outra subcategoria intitulada de Percepção da Vida Anterior à Dependência referiu-se essencialmente ao modo como as entrevistadas analisavam e percebiam as suas vidas antes da instalação da dependência de drogas. Uma das classes de resposta desta subcategoria diz respeito à Ânsia de Esquecimento, na qual se englobaram os sujeitos presos a passados dolorosos e que tentaram esquecer esse período. Uma segunda classe de resposta chamada de Não Caracterizo/Centrada nas Drogas e definiu-se devido à incapacidade das participantes de realizar uma retrospeção que lhes permitisse caracterizar as suas vidas antes do ingresso na dependência. A classe de resposta seguinte é a Boa e incluiu os indivíduos que consideraram ter tido uma boa qualidade de vida, na fase precedente à dependência. A última classe de resposta diz respeito à Solitária na qual os sujeitos percecionaram a vida anterior à dependência como uma época em que praticamente viveram sem apoio familiar, e por isso terem estado quase sempre por conta própria.

A subcategoria Projeção no Futuro registou as verbalizações das entrevistadas relativamente à maneira como cada um planeava e caracterizava a sua vida futura. Neste caso, uma das classes de respostas que se segue é Ir para Angola, e aqui as participantes mencionaram ter como pretensão futura regressar para a sua terra Natal. Trabalhar é outra classe de resposta encontrada e corresponde ao desejo das participantes de encontrar um trabalho que lhes permita equilibrar as suas vidas. Por outro lado também se registou a classe

de resposta Maternidade na qual manifestaram desejo de serem mães. A classe de resposta Voltar a Estudar incluiu os sujeitos que planearam no futuro regressar à escola para retomar os estudos, assim como a classe de resposta Fazer Teatro que englobou os indivíduos que manifestaram o sonho da representação como uma possível opção no futuro. Ainda a classe de resposta Ter Casa, incluiu as pessoas que verbalizaram grande desejo de ter um lar como forma de poder sair da instituição acolhedora e também, com isso consideraram melhorar a qualidade de vida. Por último e não menos importante, a classe de resposta Ausente que remete para as entrevistadas que não conseguiram projetar-se no futuro, não sendo capazes de definir objetivos concretos a curto, médio ou longo prazo.

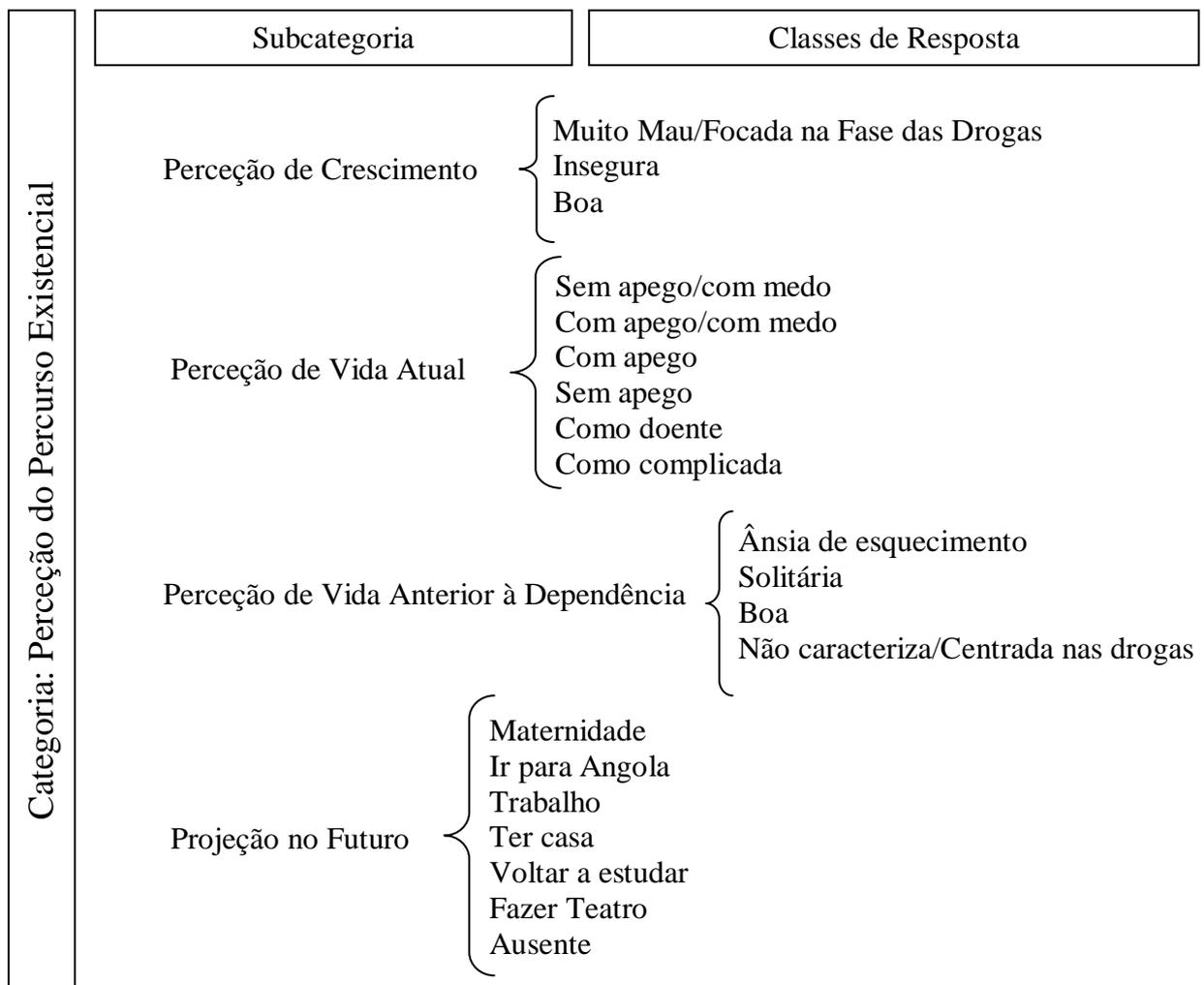


Figura 5.2. Categoria percepção do percurso existencial, as correspondentes subcategorias e as respectivas classes de resposta.

Em relação à categoria correspondente à História de Consumos, o que se procurou enfatizar foram os elementos respeitantes ao início dos consumos de drogas, o desenvolvimento, a instalação e a evolução da dependência. As subcategorias subjacentes são, essencialmente, acerca de dados relativos ao percurso de consumo de drogas no seu todo.

Assim, a subcategoria Período de Consumos registou o tempo durante o qual os sujeitos fizeram consumos regulares de drogas. Registo esse, elaborado sob forma de intervalos de idades designadamente: 5 anos ou menos, 6 a 10 anos, 11 a 15 anos, 16 a 20 anos e Não sabe/Não responde. Na sequência da anterior, uma outra subcategoria necessária foi Idade de Iniciação na qual se inseriu a idade em que as participantes se recordavam de terem consumido pela primeira vez. Também aqui foram incluídos por intervalo de idades: Antes dos 10, entre os 10 e os 14, entre os 15 e os 19, entre os 20 e os 24, entre os 25 e os 29, após os 29 e Não se lembra. A subcategoria seguinte diz respeito à Substância de Iniciação onde pertencem as seguintes classes de resposta: Álcool, Cannabis, Heroína, Cocaína, LSD, Anfetaminas e Outra. A subcategoria referente à Companhia de Iniciação reuniu informação no sentido de perceber se a primeira experiência ocorreu Sozinha, Com Pares ou ainda com o Marido/Namorado. A seguinte subcategoria designou-se de Contexto de Iniciação, e aqui englobou-se o meio físico no qual ocorreu a primeira experiência com drogas. As classes de respostas obtidas foram de vários contextos tais como: Casa de Fados, Prédio em Obras, Casa, Rua, Trabalho, Escola e Bairro. Quanto à subcategoria Exercício de Influência para Iniciação, corresponde à presença/ausência de influências sobre a primeira experiência com drogas. A seguinte subcategoria designada de Fontes de Influência, mais não é do que a descrição concreta da influência, nomeadamente Pares, Vizinhos, Família, Namorado e Companheiro. A seguinte subcategoria intitulada de Substâncias Consumidas tem em conta uma lista de vários tipos de drogas, que as entrevistadas ao longo do percurso desviante foram consumindo, designadamente Álcool, Cannabis, Heroína, Cocaína, LSD, Anfetaminas

e Outra. A última subcategoria diz respeito à Via(s) de Administração que corresponde a um ou vários métodos utilizados pelos sujeitos de consumo de substâncias, que se passa a citar Endovenosa, Pulmonar, Oral e Nasal.

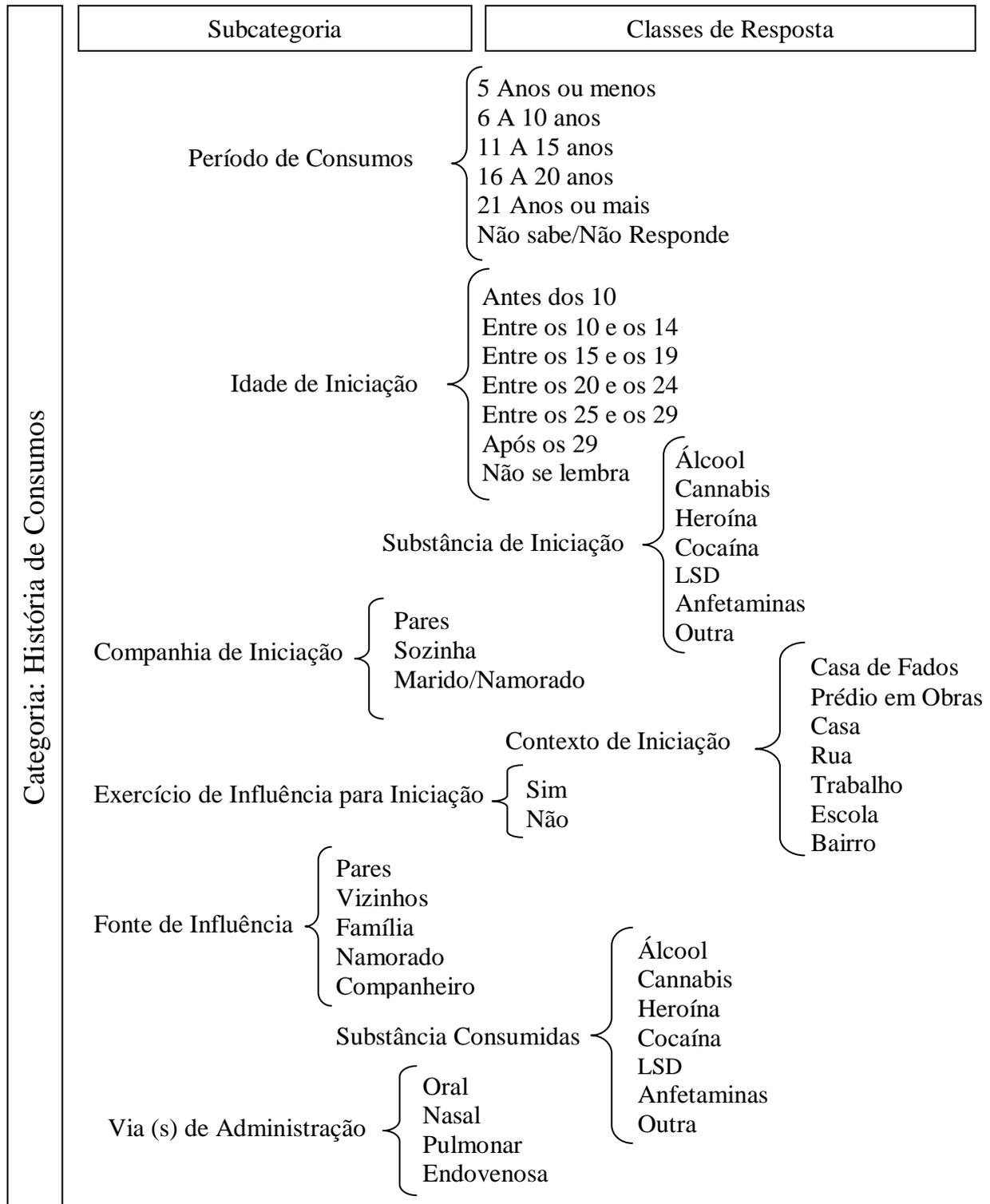


Figura 5.3. Categoria história de consumos, as correspondentes subcategorias e as respetivas classes de resposta.

A última grande categoria designou-se por Consequências da Dependência, e aqui a preocupação foi perceber em que situação é que a problemática da dependência de drogas afetou de facto a vida dos indivíduos nas suas várias dimensões e também quais foram os limites e/ou motivações que levou esta população a solicitar apoio junto dos serviços especializados.

Deste modo, a primeira subcategoria corresponde à Solicitação de Apoio e registou-se a descrição dos sujeitos face a um determinado acontecimento das suas vidas que os levou a sentir necessidade de pedir auxílio junto de serviços especializados na área da toxicodependência. Uma das classes de resposta que advêm desta subcategoria é Situação de Doença, nesta englobaram-se as verbalizações dos indivíduos que se viram obrigados a recorrer ao apoio devido ao avançado estado de debilitação, tanto a nível físico como psíquico. Uma outra classe de resposta é Situação de Sem-abrigo na qual se inseriram os sujeitos que recorreram ao apoio por não terem onde dormir e estarem por isso a viver na rua. A seguinte classe de resposta designa-se de Situação de Vitimação e abrange os indivíduos que se tornaram vítimas de terceiros por questões de humilhação, discriminação e maus-tratos. Quanto à subcategoria Vontade, incluiu os indivíduos que decidiram mudar de vida, por sua livre vontade, por estarem esgotados da situação em que se encontravam. Para finalizar, a classe de resposta Não Explica corresponde às participantes que não responderam à razão da solicitação de apoio.

A subcategoria Percepção de Consequências registou a percepção das entrevistadas perante os efeitos nefastos que a dependência lhes trouxe em várias áreas de vida nomeadamente laborais, familiares, pessoais, sociais e da saúde. Começando pelas consequências Laborais, registou-se a visão das participantes relativamente aos efeitos trazidos na vida laboral e registaram-se as seguintes classes de respostas: Trabalho Sexual, na qual se englobaram os sujeitos que durante quase toda a vida se prostituíram para angariar dinheiro ou como moeda

de troca de garantia de consumos; a classe de resposta Perda de Emprego circunscreveu as situações em que as entrevistadas mencionaram não terem conseguido manter os consumos e o emprego, acabando por abandonar o emprego ou ser despedidos por conta dos consumos; Não Explica é a classe de resposta que incluiu as participantes que se mostraram incapazes de fazer a análise das consequências laborais. A subcategoria Consequências Familiares abrangeu a percepção dos indivíduos perante os efeitos que a dependência lhes trouxe no campo familiar, com as seguintes classes de resposta: Rotura, onde se englobaram as verbalizações dos sujeitos que descreveram ter existido um corte radical com a família por iniciativa dos próprios ou por opção daquela; a classe de resposta Afastamento integrou as situações das participantes que optaram por se manterem afastados do seio familiar devido à situação da dependência de drogas. Consequências Pessoais disse respeito à subcategoria referente à percepção dos sujeitos perante os resultados negativos que a situação de dependência lhes trouxera. Nesta categoria obtiveram-se as seguintes classes de resposta: Sofrimento/Angústia para aqueles que descreveram de forma clara terem vivido (até à data da entrevista) num imenso tormento e agonia acompanhada de uma profunda inquietude; a classe de resposta Solidão incluiu os sujeitos que mencionaram o isolamento como consequência da dependência; também houve necessidade de incluir a classe de resposta Não Explica que já foi acima descrita e, por último, a Dissipação da Existência, em que foram integrados as participantes que denunciaram terem-se fechado para a vida que perdeu o sentido. A subcategoria intitulada de Consequências Sociais circunscreveu os efeitos que a dependência de substâncias acarretou junto da vida social dos sujeitos. Assim, as classes de respostas que resultaram foram as seguintes: Estigma/Vitimação, que corresponde aos sujeitos que descreveram terem sido vítimas de discriminação e de maus-tratos enquanto toxicod dependentes; a classe de resposta Exclusão/Autoexclusão concentra as respostas dos indivíduos que referiram, por opção própria ou por força das circunstâncias terem-se afastado

e/ou recusado uma vida em sociedade. Relativamente à subcategoria Consequência na Saúde, abrange o estado de saúde das participantes, em resultado dos efeitos das drogas. As classes de resposta advindas desta subcategoria são: Comprometimento da Saúde em Geral, que corresponde a uma situação muito frágil de debilitação tanto a nível físico como psicológico; a classe de resposta Comprometimento da Saúde Mental diz respeito aos sujeitos que evidenciaram essencialmente debilitações ao nível da saúde mental; Comprometimento Oral corresponde à degradação essencialmente ao nível da dentição; e a classe de resposta Diagnóstico de Infetocontagiosas incluiu um rol de doenças infetocontagiosas contraídas. A última subcategoria designou-se de Modalidades de Manutenção de Consumos na qual se englobaram as atividades exercidas pelos indivíduos para obtenção de consumos. Seguem-se as respetivas classes de resposta: Prostituição e Mendicidade; Prostituição e Furto; Prostituição; Tráfico de drogas; Prostituição e Arrumar carros; Prostituição, Mendicidade e Furto; Prostituição e Tráfico de drogas.

| Categoria: Consequências da Dependência | Subcategoria | Classes de Resposta |
|---|---|--|
| | Razões Solicitação de Apoio | <ul style="list-style-type: none"> Situação de Doença Situação Sem-abrigo Situação vitimação Vontade Não Explica |
| | Consequências Laborais | <ul style="list-style-type: none"> Trabalho Sexual Perda de Emprego Não Explica |
| | Consequências Familiares | <ul style="list-style-type: none"> Rotura Afastamento |
| | Consequências Pessoais | <ul style="list-style-type: none"> Sofrimento/Angústia Dissipação da Existência Solidão Não Explica |
| | Consequências Sociais | <ul style="list-style-type: none"> Estigma/Vitimação Exclusão/Autoexclusã |
| | Consequências Saúde | <ul style="list-style-type: none"> Comprometimento Saúde Geral Comprometimento saúde mental Comprometimento saúde oral Diagnóstico infetocontagiosas |
| Modalidades de Manutenção de Consumos | <ul style="list-style-type: none"> Prostituição e Mendicidade Prostituição e Furto Prostituição Tráfico de Drogas Prostituição e Arrumar Carros Prostituição, Mendicidade e Furto Prostituição e Tráfico de Drogas | |

Figura 5.4. Categoria consequências da dependência, as correspondentes subcategorias e as respetivas classes de resposta.

4. Apresentação dos Resultados

Uma vez feita a apresentação do estudo propriamente dito, do seu método e do procedimento, é pertinente passar à apresentação dos resultados. Os mesmos serão expostos de forma sintética, através de quadros, cujo descritivo pretende clarificar os valores mais relevantes.

Quadro 4.1. Resultados obtidos para as subcategorias Relação com Pai, Percepção da Relação com Pai, Relação com Mãe e Percepção da Relação com Mãe, da categoria Percurso Desenvolvidor no período da Infância.

| Categoria Percurso Desenvolvidor | | | |
|---|---------------------|-------------------------|--|
| Relação com Pai - Infância | | | |
| Respostas | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) | Exemplo de Verbalização |
| Muito Má | 2 | 18.2 | "...aos 8 anos violou-me..." |
| Má | 1 | 9.1 | "...bebia e fazia-me ir pedir na rua para o álcool..." |
| Boa | 3 | 27.3 | "...era um pai presente e carinhoso..." |
| Muito Boa | 2 | 18.2 | "Todos os dias ao deitar e ao levantar vinha-me dar carinho e o beijo na cara." |
| Inexistente | 3 | 27.3 | "Não tive nenhuma relação com os meus pais" |
| Total | 11 | 100 | |
| Percepção da Relação com Pai - Infância | | | |
| Muito Má | 2 | 18.2 | "Muito má...porrada nos filhos ou na minha mãe..." |
| Boa | 5 | 45.5 | "8 anos violou-me.. mas nunca deixou de ser aquele pai marcado, pela meiguice e pela ternura..." |
| Muito Boa | 2 | 18.2 | "Tenho muitas boas recordações do meu pai." |
| Inexistente | 2 | 18.2 | ----- |
| Total | 11 | 100 | |
| Relação com Mãe - Infância | | | |
| Muito Má | 2 | 18.2 | "... Tanto batia como me humilhava, me chamava nomes..." |
| Boa | 2 | 18.2 | ----- |
| Muito Boa | 3 | 27.3 | "Sempre fui amada pela minha mãe" |
| Inexistente | 3 | 27.3 | ----- |
| Falecida | 1 | 9.1 | ----- |
| Total | 11 | 100 | |
| Percepção da Relação com Mãe - Infância | | | |
| Muito Má | 3 | 27.3 | "...leveí grandes tarefas..." |
| Boa | 2 | 18.2 | ----- |
| Muito Boa | 3 | 27.3 | "Sempre tivemos uma relação muito boa e agradável." |
| Inexistente | 2 | 18.2 | ----- |
| Não se aplica | 1 | 9.1 | ----- |
| Total | 11 | 100 | |

Conforme se pode verificar no quadro 4.1. para a categoria Percurso Desenvolvidor no período da Infância, os resultados, correspondentes à subcategoria Relação com o Pai, que mais se evidenciaram foram os relativos à relação Boa com 27.3% dos sujeitos, bem como, a inexistência de relação com igual percentagem. No que respeita à Percepção da Relação com o Pai destacou-se a relação considerada Boa, com uma percentagem de 45.5% das participantes no estudo. Prosseguindo com a subcategoria Relação com a Mãe, predominaram dois resultados com igual percentagem de 27.3% relativos à relação considerada Muito Boa e à relação Inexistente. Quanto à subcategoria Percepção da Relação com a Mãe, os resultados mais frequentemente encontrados foram os relativos a extremos, nomeadamente, à relação Muito Má e a relação Muito Boa, cada uma das classes de resposta com 27.3%.

Quadro 4.2. Resultados obtidos para as subcategorias Relações Próximas, Memórias e Ocupação dos Tempos Livres, da categoria Percurso Desenvolvidor no período da Infância.

| Categoria Percurso Desenvolvidor | | | |
|--|----------------------------|--------------------------------|---|
| Relações Próximas - Infância | | | |
| Respostas | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) | Exemplo de Verbalizações |
| Com Empregados | 2 | 18.2 | “Passava o tempo com os criados” |
| Com Freiras | 1 | 9.1 | “Era com as freiras a trabalhar...” |
| Com Mãe/Família | 5 | 45.5 | “Era com a minha mãe e com o meu irmão...” |
| Com Pares | 2 | 18.2 | “Eram as colegas que estavam comigo nas camaratas.” |
| Sozinha | 1 | 9.1 | “Olhe era sozinha... eramos muito presas em casa” |
| Total | 11 | 100 | |
| Memórias - Infância | | | |
| Do Natal/Prendas | 5 | 45.5 | “... os natais, eu gostava dos Natais por causa das prendas que recebia.” |
| Da Mãe/Pai | 3 | 27.3 | “...quando ia apanhar grilos com o meu pai pró monte.” |
| Do Professor | 1 | 9.1 | “Tenho uma lembrança de um amigo, que era um professor... ele para mim foi como um pai que eu tive” |
| Nenhuma | 2 | 18.2 | “Não me recordo assim nada de especial...” |
| Total | 11 | 100 | |
| Ocupação dos Tempos Livres - Infância | | | |
| Andar na Rua | 1 | 9.1 | “...andar na minha rua montes de vezes até às tantas da manhã de bicicleta” |
| Brincar | 8 | 72.7 | “Fazia roupa para as bonecas...” |
| Trabalhar | 2 | 18.2 | “Trabalhar na cozinha, a encerrar, a engomar a roupas dos padres e a fazer coisas para a missa, hóstias...” |
| Total | 11 | 100 | |

O quadro 4.2. correspondente à categoria Percurso Desenvolvidor no período da Infância e registou nas Relações Próximas 45.5% de indivíduos que responderam Mãe/Família. Com igual percentagem, mas para a subcategoria Memórias, os sujeitos recordaram o Natal/Prendas. Relativamente à Ocupação dos Tempos Livres, o resultado que registou maior percentagem de sujeitos, com 72.7%, foi Brincar.

Quadro 4.3. Resultados obtidos para as subcategorias Relação com Pai, Percepção da Relação com Pai, Relação com Mãe e Percepção da Relação com Mãe, da categoria Percurso Desenvolvimental no período da Adolescência.

| Categoria Percurso Desenvolvimental | | | | |
|---|---------------------|-------------------------|---|--|
| Relação com Pai - Adolescência | | | | |
| Respostas | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) | Exemplo de Verbalização | |
| Muito Má | 2 | 18.2 | “... havia queixas de alunas.. eu tinha 16 anos e saber o porquê foi horrível...” | |
| Boa | 2 | 18.2 | “Continuei a manter uma boa relação com o meu pai.” | |
| Inexistente | 3 | 27.3 | “...nem os considero meus pais...” | |
| Falecido | 4 | 36.4 | ----- | |
| Total | 11 | 100 | | |
| Percepção da Relação com Pai - Adolescência | | | | |
| Muito Má | 3 | 27.3 | “Os meus pais deixaram-me na minha avó...desde os meus 30dias...filho nunca se dá...” | |
| Boa | 2 | 18.2 | ----- | |
| Inexistente | 2 | 18.2 | ----- | |
| Não se Aplica | 4 | 36.4 | ----- | |
| Total | 11 | 100 | | |
| Relação com Mãe - Adolescência | | | | |
| Muito Má | 1 | 9.1 | “Fazia as coisas mais incríveis. Não tenho nada de bom a dizer dela, não tenho...” | |
| Má | 3 | 27.3 | “Eu estava dorida com ela, e ela estava rancorosa pela situação do meu padrasto” | |
| Razoável | 1 | 9.1 | ----- | |
| Boa | 4 | 36.4 | ----- | |
| Inexistente | 1 | 9.1 | ----- | |
| Falecida | 1 | 9.1 | ----- | |
| Total | 11 | 100 | | |
| Percepção da Relação com Mãe - Adolescência | | | | |
| Muito Má | 2 | 18.2 | ----- | |
| Má | 3 | 27.3 | ----- | |
| Razoável | 1 | 9.1 | ----- | |
| Boa | 4 | 36.4 | ----- | |
| Não se aplica | 1 | 9.1 | ----- | |
| Total | 11 | 100 | | |

O quadro 4.3. apresenta os resultados para a categoria Percurso Desenvolvimental no período da Adolescência. No que confere à subcategoria Relação com Pai, a resposta que mais se evidenciou, com 27.3% de respostas, diz respeito à inexistência de relação. Seguiu-se

a subcategoria Percepção da Relação com o Pai, em que sobressaiu o resultado de relação considerada Muito Má para 27.3% das participantes no estudo. Já no que diz respeito à Relação com a Mãe, a relação considerada Boa foi a que agrupou maior percentagem de indivíduos (36,4%), seguida da relação Má com 27.3% de respostas. Verificou-se ainda, na Percepção da Relação com a Mãe, que os resultados com maior destaque foram os relativos às relações consideradas Boa e Má, com percentagens de 36.4% e 27.3%, respetivamente.

Quadro 4.4. Resultados obtidos para as subcategorias Relações Próximas, Memórias e Ocupação dos Tempos Livres, da categoria Percurso Desenvolvidor no período da Adolescência.

| Categoria Percurso Desenvolvidor | | | |
|--|----------------------------|--------------------------------|--|
| Relações Próximas - Adolescência | | | |
| Respostas | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) | Exemplo de Verbalização |
| Com Mãe/Família | 2 | 18.2 | ----- |
| Com Pares | 8 | 72.7 | “Comecei a ter um grupo de amigos, a sair mais de casa.” |
| Sozinha | 1 | 9.1 | “Era sozinha... desde muito cedo que saí de casa, aos 14.” |
| Total | 11 | 100 | |
| Memórias - Adolescência | | | |
| A Motorizada | 1 | 9.1 | “Com a mota tinha mais liberdade, passeava mais, tinha mais amigos...” |
| Morte do Pai | 1 | 9.1 | “Foi a morte do meu pai... foi um alívio.” |
| Nenhuma | 7 | 63.6 | ----- |
| Namoro | 1 | 9.1 | “Nessa altura gostava mesmo de um rapaz que estava lá a estudar... Foi isso que mais me marcou.” |
| Nascimento do Filho | 1 | 9.1 | “Quando o meu filho nasceu...” |
| Total | 11 | 100 | |
| Ocupação dos Tempos Livres - Adolescência | | | |
| Lazer | 9 | 81.8 | “Saía com as amigas...” |
| Trabalhar | 2 | 18.2 | “Tinha que lavar roupa, lavar louça, cuidar dos meus irmãos, eu é que cuidava deles.” |
| Total | 11 | 100 | |

Tal como se pode verificar no quadro 4.4., para a categoria Percurso Desenvolvimental no período da Adolescência, o resultado que mais se evidenciou na subcategoria Relações Próximas, foi o correspondente ao grupo de Pares, com 72.7%. A subcategoria Memórias assinalou, com maior destaque (63.6%), a ausência de memórias positivas. Finalmente, a Ocupação de Tempos livres reuniu 81.8% dos sujeitos que responderam ser o Lazer.

Ainda a respeito da categoria Percurso Desenvolvimental estabeleceu-se uma análise comparativa entre os resultados de ambos os períodos. Assim, relativamente à relação Muito Má encontrada na Infância, constatou-se uma manutenção dessa relação para o período da Adolescência. O mesmo não se observou na relação de qualidade Boa, que no mesmo período baixou de 27.3% para 18.2%. Verificou-se também, que a relação Má e a relação Muito Boa se extinguíram do período da Infância para o da Adolescência. Relativamente à relação percebida como Inexistente, comprovou-se uma manutenção dessa relação em ambos os períodos.

No que concerne à subcategoria Percepção da Relação com o Pai, a relação considerada pelos sujeitos como Muito Má, na Infância, agravou ligeiramente para o período da Adolescência. Mais evidente foi a diminuição de percentagem da relação considerada como Boa, de 45,5% no período da Infância para 18.2% no decorrer da adolescência. Já a relação percebida como Inexistente manteve-se igual em ambos os períodos. Verificou-se também o desaparecimento da relação Muito Boa encontrada apenas na Infância.

No que se refere à Relação com a Mãe, constatou-se um ligeiro decréscimo da frequência de indivíduos que apontou ter uma relação Muito Má na Infância para a fase da Adolescência. Já a relação Boa, subiu no desenrolar da Adolescência. A relação Muito Boa extinguiu-se no decorrer da Adolescência contrariamente à relação considerada como razoável e Má apenas encontrada na Adolescência. Verificou-se também uma descida da relação percebida como Inexistente, do período da Infância para o da Adolescência.

Quanto à subcategoria Percepção da Relação com a Mãe, verificou-se que a relação percebida pelos sujeitos como Muito Boa e a relação Inexistente, apenas foi encontrada no primeiro período das suas vidas. A relação Má e a relação Razoável foram duas classes de respostas que somente se verificaram na fase da Adolescência. Onde se verificou uma diminuição, foi na relação percebida pelos sujeitos como Muito Má, entre a Infância e Adolescência. Pelo contrário, na relação Boa encontrou-se um aumento em igual período.

Quadro 4.5. Resultados obtidos para a categoria Percepção do Percurso Existencial.

| Categoria Percepção do Percurso Existencial | | | |
|---|---------------------|-------------------------|--|
| Percepção de Crescimento | | | |
| Respostas | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) | Exemplo de Verbalizações |
| Boa | 4 | 36.4 | “... sempre fui criada com amor e com carinho, nunca me faltou nada, sempre tive tudo que quis.” |
| Insegura | 2 | 18.2 | “Nunca foi uma infância... tranquila, estável, nunca tive segurança, fui sempre criada no limite.” |
| Muito Mau/Focalizado na fase das drogas | 5 | 45.5 | “Muito mau... nas drogas... foi depois dos 18 anos, foi aí que comecei com as drogas pesadas.” |
| Total | 11 | 100 | |
| Percepção da Vida Atual | | | |
| Com Apego | 4 | 36.4 | “Com muita força de vontade...” |
| Com Apego/Com Medo | 2 | 18.2 | “Tou a começar uma vida normal, pelo menos sem drogas, o que é muito difícil...” |
| Como Complicada | 1 | 9.1 | “Um bocado complicada né? Se estou aqui no centro...” |
| Como Doente | 1 | 9.1 | “Estou doente, sou doente tanto que estou de cama. Vou andando assim.” |
| Sem Apego | 1 | 9.1 | “Atualmente está pior do que nunca!” |
| Sem Apego/Com Medo | 2 | 18.2 | “Eu só ainda luto por causa do meu filho... Porque se não eu sabia como me matar...” |
| Total | 11 | 100 | |
| Percepção da Vida Anterior à Dependência | | | |
| Ânsia de Esquecimento | 3 | 27.3 | “Quero esquecer e tirar da minha cabeça.” |
| Boa | 5 | 45.5 | ----- |
| Não Carateriza/Centrada nas drogas | 2 | 18.2 | ----- |
| Solitária | 1 | 9.1 | “Nunca tive um apoio...” |
| Total | 11 | 100 | |
| Projeção no Futuro | | | |
| Ausente | 4 | 36.4 | ----- |
| Fazer Teatro | 1 | 9.1 | ----- |
| Ir para Angola | 1 | 9.1 | ----- |
| Maternidade | 1 | 9.1 | ----- |
| Ter Casa | 2 | 18.2 | ----- |
| Trabalho | 1 | 9.1 | ----- |
| Voltar a Estudar | 1 | 9.1 | ----- |
| Total | 11 | 100 | |

No que respeita à categoria Percepção do Percurso de Desenvolvimento e a subcategoria designada por Percepção de Crescimento, 45.5% dos indivíduos integrou a classe de resposta Muito Mau/Focalizado na fase das drogas. A seguinte verbalização exemplifica bem esta

resposta “Cresceu mal... Meti-me na droga”. Uma percentagem de 18.2% correspondeu aos sujeitos com percepção de crescimento Inseguro como se pode comprovar “...educou-nos de modo a que tudo e qualquer pensamento era pecado, e a gente próprios até tinha medo de morrer porque podíamos ir para o inferno”. Os restantes 36.4% completaram a classe de resposta Boa claramente expressado na verbalização “...até aos meus 15 anos fui muito feliz”.

Quanto à subcategoria Percepção da Vida Atual, incluiu com maior percentagem de participantes a resposta Apego (36.4%). O Apego pela vida foi sendo revelada através de expressões como “Atualmente, eu acho que estou encontrada... estou a encontrar alguma paz e alguma felicidade”. Em seguida encontraram-se outras duas respostas com 18.2% respeitante ao Com Apego/Com Medo e também Sem Apego/Com Medo. Apenas 9.1% dos indivíduos seguiu as classes de resposta Como Complicada, Como Doente e Sem Apego. O excerto “Atualmente está pior do que nunca... estou cansada de tudo.” comprovou clarifica a classe de resposta Sem Apego.

A subcategoria Percepção da Vida Anterior à Dependência apresentou a classe de resposta definida como Boa, com o resultado considerável de 45.5%. Ânسيا de Esquecimento apresentou um resultado de 27.3% expressado por exemplo como “Quero me lembrar só do agora, daquilo que eu passei não quero”. A resposta Não Carateriza/Centrada nas drogas, registou 18.2% das participantes neste estudo, e por fim, a classe de resposta Solitária completou uma percentagem de 9.1%.

Na última subcategoria designada Projeção no Futuro, verificou-se que 36.4% dos indivíduos não tem qualquer projeção de futuro, o que é relativo à classe de resposta Ausente. Com 18.2% encontrou-se a resposta Ter Casa, na qual os indivíduos objetivam ter futuramente casa própria. As restantes respostas repartiram-se entre Fazer Teatro, Ir para

Angola, Maternidade, Trabalho e Voltar a Estudar, cada uma delas com percentagem de 9.1%.

Quadro 4.6. Resultados obtidos para as subcategorias Período de Consumos, Idade de Iniciação, Substâncias de Iniciação, Companhia de Iniciação, Contexto de Iniciação, Exercício de Influência para Iniciação e Fonte de Influência, da categoria História de Consumos.

| Subcategorias | Categoria História de Consumos | | |
|--|--------------------------------|---------------------|-------------------------|
| | Período de Consumos | | |
| | Respostas | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) |
| | 6 a 10 anos | 1 | 9.1 |
| | 11 a 15 anos | 1 | 9.1 |
| | 16 a 20 anos | 4 | 36.4 |
| | 21 anos ou mais | 5 | 45.5 |
| | Total | 11 | 100 |
| | Idade de Iniciação | | |
| | Entre os 10 e os 14 | 1 | 9.1 |
| Entre os 15 e os 19 | 6 | 54.5 | |
| Entre os 20 e os 24 | 3 | 27.3 | |
| Após os 29 anos | 1 | 9.1 | |
| Total | 11 | 100 | |
| Substância de Iniciação | | | |
| Cannabis | 4 | 36.4 | |
| Heroína | 3 | 27.3 | |
| Cocaína | 4 | 36.4 | |
| Total | 11 | 100 | |
| Companhia de Iniciação | | | |
| Marido/Namorado | 4 | 36.4 | |
| Pares | 6 | 54.5 | |
| Sozinho | 1 | 9.1 | |
| Total | 11 | 100 | |
| Contexto de Iniciação | | | |
| Bairro | 1 | 9.1 | |
| Casa | 4 | 36.4 | |
| Casa de Fados | 1 | 9.1 | |
| Escola | 1 | 9.1 | |
| Prédio em Obras | 1 | 9.1 | |
| Rua | 2 | 18.2 | |
| Trabalho | 1 | 9.1 | |
| Total | 11 | 100 | |
| Exercício de Influência para Iniciação | | | |
| Sim | 7 | 63.6 | |
| Não | 4 | 36.4 | |
| Total | 11 | 100 | |
| Fonte de Influência | | | |
| Ninguém | 4 | 36.4 | |
| Pares | 3 | 27.3 | |
| Companheiro | 4 | 36.4 | |
| Total | 11 | 100 | |

A categoria que se segue diz respeito à História de Consumos e, entre outras subcategorias, a primeira é a subcategoria referente ao Período de Consumos. O intervalo de tempo de consumos que se verificou mais frequente, com 45.5%, foi a dos 21 anos ou mais. Seguindo-se-lhe o intervalo dos 16 a 20 anos, com uma percentagem de 36.4%. Os restantes indivíduos referiram ter um tempo de consumo de drogas de 6 a 10 anos, para 9.1%, e no intervalo dos 11 a 15 anos, para 9.1%.

A Idade de Iniciação no consumo de drogas com maior percentagem foi entre os 15 e os 19 anos, apontado por 54.4% das entrevistadas. Com uma frequência relativa de 27.3% registou-se o intervalo entre os 20 e os 24 anos. Os restantes intervalos, compreendidos entre os 10 e os 14 e após os 29 anos, apresentaram percentagens de 9.1%.

Quanto à subcategoria Substâncias de Iniciação, verificou-se que o rol de substâncias referido como droga de experimentação inicial não foi muito alargado. Assim sendo, 36.4% de indivíduos referiu a Cannabis e outros 36.4% apontaram a Cocaína. Os restantes 27.3% deram como resposta a Heroína.

Relativamente à Companhia de Iniciação, uma percentagem significativa de sujeitos referiu Pares, o que integrou mais de metade da amostra com 54.5%. Com 36.4% registou-se Marido/Namorado como companhia, e por último, com 9.1% de indivíduos mencionaram não terem tido companhia, e como tal corresponde à classe de resposta Sozinho.

No que confere à subcategoria Contexto de Iniciação, os indivíduos descreveram ter tido o primeiro consumo em Casa, com uma percentagem de 36.4%. Seguiu-se-lhe o resultado de 18.2% para o contexto de Rua. Os restantes contextos, nomeadamente, Bairro, Casa de Fados, Escola, Prédio em Obras e Trabalho incluíram 9.1% das inquiridas.

Passando agora a Exercício de Influência para Iniciação, nesta subcategoria verificou-se que 63.6% dos sujeitos sofreram algum tipo de influência por parte de terceiros, aquando do

primeiro consumo de drogas. As restantes 36.4% participantes revelaram terem-se iniciado a sem qualquer tipo de pressão.

A subcategoria denominada Fonte de Influência foi para a resposta Companheiro, em 36.4% dos indivíduos. Já 27.3% das participantes registou a fonte de influência os Pares. E uma percentagem 36.4% englobou os sujeitos que não sofreram pressões de terceiros na primeira experiência com drogas, na qual se nomeou a resposta Nenhum.

Quadro 4.7. Resultados obtidos para as subcategorias Substâncias Consumidas e Via(s) de Administração, da categoria História de Consumos.

| Categoria História de Consumos | | | | |
|---|---|----------------------------|--------------------------------|--|
| Substâncias Consumidas | | | | |
| Subcategorias | Respostas | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) | |
| | Álcool, Cannabis, Heroína, Cocaína, LSD e Anfetaminas | 1 | 9.1 | |
| | Cannabis, Heroína e Cocaína | 3 | 27.3 | |
| | Heroína e Cocaína | 2 | 18.2 | |
| | Álcool, Cannabis, Heroína e Cocaína | 3 | 27.3 | |
| | Cannabis, Heroína, Cocaína e Anfetaminas | 1 | 9.1 | |
| | Cannabis e Cocaína | 1 | 9.1 | |
| | Total | 11 | 100 | |
| | Frequência de cada Substância | | | |
| | Álcool | 4 | 34,4 | |
| Cannabis | 9 | 81.8 | | |
| Heroína | 10 | 90.9 | | |
| Cocaína | 11 | 100 | | |
| LSD | 1 | 9.1 | | |
| Anfetaminas | 2 | 18.2 | | |
| Via (s) de Administração | | | | |
| Endovenosa, Pulmonar e Oral | 4 | 36.4 | | |
| Pulmonar | 2 | 18.2 | | |
| Endovenosa e Pulmonar | 4 | 36.4 | | |
| Endovenosa, Pulmonar, Oral e Nasal | 1 | 9.1 | | |
| Total | 11 | 100 | | |
| Frequência de Via de Administração | | | | |
| Endovenosa | 9 | 81.8 | | |
| Pulmonar | 11 | 100 | | |
| Oral | 5 | 45.5 | | |
| Nasal | 1 | 9.1 | | |

Ainda no que respeita à categoria História de Consumos, as Substâncias Consumidas ao longo da vida dos sujeitos, incluíram um conjunto constituído por Cannabis, Heroína, e Cocaína, a par do grupo Álcool, Cannabis, Heroína e Cocaína, como os mais frequentemente consumidos, por 27,3% de participantes. Logo a seguir, com 18.2%, encontrou-se um grupo formado por Heroína e Cocaína. Seguiu-se 9.1% com os conjuntos constituídos por Álcool, Cannabis, Heroína, Cocaína, LSD e Anfetaminas; Cannabis, Heroína, Cocaína e Anfetaminas; Cannabis e Cocaína.

De salientar, o facto de todos os indivíduos consumirem mais do que uma substância. Desta subcategoria sobressai, também, a frequência com que cada uma das substâncias mencionadas foi consumida pelas participantes. Assim, destaca-se indiscutivelmente a Cocaína, com 100% dos indivíduos. Logo em seguida, registou-se a Heroína com uma percentagem também muito elevada de 90.9%. Não muito menos consumido foi a Cannabis, que se apresentou com uma frequência de 81.8%. Já o Álcool, completou uma percentagem de 34.4% seguido de 18.2% correspondente a Anfetaminas. Constatou-se ainda, que a substância menos consumida diz respeito ao LSD com percentagem de 9.1%.

A subcategoria Via(s) de Administração apresentou um conjunto constituído por Endovenosa, Pulmonar e Oral, a par do grupo Endovenosa e Pulmonar, como sendo as vias de administração a que os sujeitos mais recorreram. Em seguida encontrou-se a via de administração Pulmonar com 18.2% dos indivíduos. O conjunto Endovenosa, Pulmonar, Oral e Nasal, foi o que obteve menos percentagem com 9.1%. Ainda nesta subcategoria, evidenciou-se a frequência dos indivíduos no que concerne ao uso da via de administração. Deste modo, a via de administração Pulmonar, foi praticada por 100% da amostra no estudo. A via de administração endovenosa vem também representada em grande percentagem, mais concretamente em 81.8% dos sujeitos. Imediatamente a seguir apareceu Oral, enquanto via de administração com 45.5% e por fim Nasal, com apenas 9.1% da amostra.

Quadro 4.8. Resultados obtidos para as subcategorias Razões de Solicitação de Apoio, Percepção das Consequências da Dependência em dimensões Laborais, Familiares, Pessoais, Sociais e da Saúde, da categoria Consequências da Dependência.

| Categoria Consequências da Dependência | | | |
|--|----------------------------|--------------------------------|---|
| Razões de Solicitação de Apoio | | | |
| Respostas | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) | Exemplo de Verbalizações |
| Situação de doença | 5 | 45.5 | ----- |
| Situação de sem-abrigo | 3 | 27.3 | “Porque vivia na rua.” |
| Situação de vitimação | 1 | 9.1 | “...quando fui mal tratada...” |
| Vontade | 1 | 9.1 | “... senti que tinha necessidade de sair.” |
| Não explica | 1 | 9.1 | ----- |
| Total | 11 | 100 | |
| Percepção das Consequências Laborais da Dependência | | | |
| Perda de emprego | 6 | 54.5 | “Trabalhei em grandes salões de cabeleireiro e perdi-os.” |
| Trabalho Sexual | 4 | 36.4 | “O que trabalhava era na rua.” |
| Não explica | 1 | 9.1 | ----- |
| Total | 11 | 100 | |
| Percepção das Consequências Familiares da Dependência | | | |
| Afastamento | 2 | 18.2 | “Tenho muita pena não ter podido acompanhar o crescimento do meu filho.” |
| Rotura | 9 | 81.8 | “Rotura total desde a altura em que eles souberam que eu era toxicod dependente.” |
| Total | 11 | 100 | |
| Percepção das Consequências Pessoais da Dependência | | | |
| Dissipação da Existência | 2 | 18.2 | “Não sentir bem com nada, parece que a vida não tem sentido nenhum.” |
| Sufrimento/Angústia | 3 | 27.3 | “...muita dor ca dentro, muita angústia...” |
| Não explica | 2 | 18.2 | ----- |
| Solidão | 4 | 36.4 | “... acho que não tive vida social.” |
| Total | 11 | 100 | |
| Percepção das Consequências Sociais da Dependência | | | |
| Estigma/Vitimação | 9 | 81.8 | “Várias vezes fui mal tratada...” “Somos vistos como os parasitas da sociedade, olham-nos de lado...” |
| Exclusão/Autoexclusão | 2 | 18.2 | “Só me dou bem com pessoas que consomem.” |
| Total | 11 | 100 | |
| Percepção das Consequências da Saúde na Dependência | | | |
| Comprometimento da Saúde em Geral | 3 | 27.3 | “Tenho a saúde desfeita... Mental... Física...” |
| Comprometimento da Saúde Mental | 1 | 9.1 | “...tive este problema do sistema nervoso...” |
| Comprometimento da Saúde Oral | 1 | 9.1 | “...eu não posso sorrir.” |
| Diagnóstico de Infetocontagiosas | 6 | 54.5 | “sou seropositiva...” “Hepatite C...” |
| Total | 11 | 100 | |

Subcategorias

A última categoria denominada Consequências da Dependência incluiu a subcategoria Razões de Solicitação de Apoio, na qual a percentagem que mais se evidenciou foi a referente à resposta Situação de Doença com 45.5% dos indivíduos, tal como exemplifica o excerto “...desde que fiquei doente, estive internada no Joaquim Urbano porque apanhei uma grande pneumonia...”. Com uma percentagem de 27.3% encontrou-se a Situação de Sem-abrigo, tal como se pode constatar através da verbalização “Trouxeram-me aqui porque não tinha onde dormir e aqui era um sítio que havia para dormir”. Apenas 1 sujeito (9.1%) enquadrou a classe de resposta Situação de Vitimização tal como se pode testemunhar com a expressão “...quando me começaram a faltar ao respeito... Canalha a passar pela gente e a tratar mal uma pessoa...”. Também com percentagem de 9.1%, encontrou-se a resposta Vontade, havendo ainda necessidade de introduzir a classe de resposta Não Explica com igual percentagem (9.1%), relativa ao participante que não mostrou capacidades de justificação no que respeita às razões da solicitação de apoio.

Apresentados os resultados relativos às razões de solicitação de apoio, é chegada a altura de analisar a forma como estes indivíduos percebem as consequências nas várias dimensões de vida. Iniciando com a subcategoria Consequências Laborais, esta desencadeou três classes de respostas, a que revelou maior percentagem diz respeito a Perda de Emprego completando 54.5% das participantes. A seguinte expressão justifica bem esta classe de resposta “Os primeiros anos trabalhava mas depois comecei a querer consumir cada vez mais e mais e acabou por não dar”. A resposta relativa a Trabalho Sexual registou 36.4% dos sujeitos, na qual incluiu verbalizações como “O que trabalhava era na rua. Não tinha cabeça para nada”. Os restantes 9.1% preenchem a classe de resposta Não Explica.

Já em termos da subcategoria Consequência Familiares, esta repartiu os indivíduos em duas classes de resposta, Rotura com uma percentagem significativa de 81.8% e Afastamento com 18.2% das participantes. Relativamente à primeira resposta, segue uma expressão

elucidativa como “Perdi o contacto. Nunca mais fui ter com a minha família. Deixei completamente”, já em relação ao Afastamento “Tenho muita pena não ter podido acompanhar o crescimento do meu filho”.

Quanto às Consequência Pessoais, daqui resultou com maior percentagem (36,4%) a resposta Não Explica, o que evidencia um número significativo de sujeito que não conseguiram especificar consequências a nível pessoal. Seguiu-se-lhe a classe de resposta Sofrimento/Angustia com 27.3%, e um bom exemplo de como isso foi transmitido é o seguinte: “...a droga comeu-me a vida e o caco, e a terra ade comer-me os ossos”. No que toca à Dissipação da Existência, assinalou 18.2% dos indivíduos e diz respeito a verbalizações como a seguinte “Deixei de ter estima por mim própria... Abandalhei-me mesmo fechei-me em mim mesma...”. A classe de resposta Solidão justifica a resposta de 2 indivíduos do estudo (18.2%) na qual se expressão da seguinte maneira: “... acho que não tive vida social”.

Passando para as Consequências Sociais verificou-se que uma margem grande (81.8%) revelou Estigma/Vitimação como consequências de índole social, tal como pode comprovar a seguinte verbalização “Senti-me várias vezes discriminada.... Várias vezes fui mal tratada, como drogada, como sai daqui...”. Outras participantes (18.2%) incluíram-se em Exclusão/Autoexclusão, (e.g., “Perdi muitas amigas, renegaram-me e depois também já não queria saber...”).

Já em termos das Consequências da Saúde, a resposta mais frequente (54.5%) foi Diagnóstico de Infetocontagiosas, na qual os sujeitos se centraram unicamente em doenças deste cariz. Em seguida encontrou-se o Comprometimento da Saúde em Geral, com 27.3%, e aqui os indivíduos analisaram mais amplamente os estado de saúde como torna evidente na seguinte citação: “Enfim... tenho a saúde desfeita... Mental... física... a cabeça nunca mais voltou a ser a mesma, e agora é que eu senti mesmo que a minha cabeça... preciso aqui de 2

ou 3 meses certamente pra começar a reagir”. As outras duas classes de respostas dizem respeito a Comprometimento da Saúde Oral e Comprometimento da Saúde Mental em que cada uma delas obtivera 9.1% das participantes.

Quadro 4.9. Resultados obtidos para a subcategoria Modalidades de Manutenção de Consumos, da categoria Consequências da Dependência.

| Categoria Consequências da Dependência | | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------------|---|
| Modalidades de Manutenção de Consumos | | | | |
| Subcategorias | Respostas | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) | Exemplo de Verbalizações |
| | Prostituição | 3 | 27.3 | “Recorria á prostituição.” |
| | Prostituição e Arrumar Carros | 2 | 18.2 | “Prostituição e estacionar carros.” |
| | Prostituição e Furto | 2 | 18.2 | “Foi com prostituição e alguns roubos.” |
| | Prostituição e Mendicidade | 1 | 9.1 | “Peço na rua... prostituição...” |
| | Prostituição e Tráfico de Drogas | 1 | 9.1 | “Houve uma cigana que me disse que se vendesse para ela me dava o consumo, e foi o que eu fiz até ser presa.” |
| | Prostituição, Mendicidade e Furto | 1 | 9.1 | “Cheguei a prostituir-me, a pedir, cheguei a ir aos supermercados roubar...” |
| | Tráfico de Drogas | 1 | 9.1 | |
| | Total | 11 | 100 | |

As participantes no estudo nomearam algumas Modalidades De Manutenção de Consumo, e aquela que revelou, isoladamente, maior percentagem foi a prática de Prostituição, especificamente com uma frequência de 27.3%. A este respeito, é importante fazer notar que, em conjunto com outras modalidades de manutenção de consumos, a prostituição é mencionada por quase todas as participantes neste estudo (90.9%). Surgiram outras duas modalidades com 18.2% dos indivíduos, nomeadamente Prostituição e Arrumar Carros e também, Prostituição e Furto. As restantes quatro modalidades de manutenção de consumos e cada uma delas com 9.1% dos sujeitos são: Prostituição e Mendicidade; Prostituição e Tráfico de Drogas; Prostituição, Mendicidade e Furto; Tráfico de Drogas.

5. Discussão dos Resultados

Uma vez apresentados os resultados, parece ser chegado o momento de, a partir dos mesmos, procurar confrontar o que aqui se encontrou com as análises anteriormente exploradas e apresentadas no enquadramento teórico deste trabalho.

Começar-se-á pela interpretação dos resultados obtidos para a categoria Percurso Desenvolvidor, na qual relembramos que se analisaram dois períodos da vida dos sujeitos, a Infância e a Adolescência.

Iniciando então pela categoria Percurso Desenvolvidor, nos períodos da Infância e Adolescência, foi possível constatar que 27.3% dos indivíduos relatou, na Infância, uma relação Boa com o pai. Curiosamente, em igual percentagem (27.3%), os sujeitos referiram essa relação para que se evidenciasse a sua inexistência. Já no período da Adolescência, verificou-se um agravamento da relação considerada Boa para um valor percentual de 18.2% e a manutenção da relação referida como Inexistente. No entanto, 36.4% das participantes perderam o pai (Falecido) no decorrer da Adolescência, o que poderá ter contribuído para o decréscimo da relação classificada como Boa no período da Infância. No que confere à Percepção da Relação com o Pai, os resultados obtidos para o progenitor na Infância, surgiu com uma percentagem considerável de 45.5% para a relação considerada Boa, o que nos leva a estabelecer uma comparação com o resultado de 27.3% referente à subcategoria Relação com Pai, onde se denota claramente uma distorção da realidade, relativamente à relação com o mesmo. Ainda na Percepção da Relação com o Pai mas para o período da adolescência, registou-se uma drástica diminuição da relação Boa, para 18.2%. Este decréscimo de percentagem poderá estar relacionado com o falecimento de quatro progenitores entre ambos os períodos.

Analisando agora a Relação com a Mãe, no período da infância, os resultados mais evidentes prendem-se com a relação Muito Boa e relação Inexistente, ambas com igual

percentagem de 27.3%. Na adolescência, o resultado que mais se evidenciou foi o da relação Boa com valor percentual de 36.4%, verificando-se a extinção da relação Muito Boa. A Relação com a Mãe, na Adolescência, constatou melhoras, uma vez que dos 27.3% encontrados no período anterior relativos à relação Inexistente, baixou para 9.1% dos indivíduos. A Percepção da Relação com a Mãe obteve respostas mais coerentes do que as relativas ao pai. Assim, verificou-se que a relação considerada Muito Boa manteve-se estática quando comparada com a subcategoria Relação com a Mãe no período da Infância. Já quando comparado com a Inexistência de relação verifica-se um ligeiro decréscimo de 27.3% para 9.1%, podendo ter sido confundido pelas participantes por uma relação Muito Má. O resultado mais indicativo relativo à Percepção da Relação com a Mãe, na Adolescência, adquiriu 36.4% para a relação Boa, o que vai corroborar o igual valor encontrado na subcategoria Relação com a Mãe em igual período. A panorâmica geral da relação das participantes no estudo com os respetivos pais, revelou-se bastante dividida, onde se encontrou por um lado, uma variação entre o Muito Boa e o Boa, e por outro, uma constante permanência da relação Inexistente, tanto para o pai como para a mãe, que se mantêm em ambos os períodos. Importa salientar que estas relações são encontradas apenas nos extremos de qualidade relacional, tanto positivamente (muito boa ou boa) como negativamente (inexistente), não se verificando um ponto intermédio, de qualidade satisfatória ou razoável, nas relações com as figuras parentais. O facto é que o modo como os pais educam os seus filhos está profundamente ligado ao desenvolvimento de comportamentos adequados, assim como a forma como as famílias, por meio de práticas parentais inadequadas, como é o caso do pouco investimento nos filhos, pouca supervisão e monitorização, advertência, entre outros, pode estimular condutas inapropriadas (Granetto, 2008). Já Canavarro (1999) havia atribuído grande importância às relações afetivas, podendo estas desenvolverem-se tanto em fatores de proteção, como de vulnerabilidade. Também o modelo de Catalano & Hawkins

(1996) refere que o desenvolvimento de comportamentos antissociais pode estar ligado à exposição a determinados fatores de risco, que resulta de uma diversidade de aspetos de cariz biológico, psicológico e social, que estão sujeitos a várias esferas de influência, como é o caso da família. Como tal, é crucial, considerar a evolução da vida relacional do indivíduo.

Relembra-se ainda o estudo de Negrete & García-Aurrecochea (2008) que procurou identificar aspetos da relação familiar como fatores de risco e/ou de proteção para o uso de drogas. Os autores constataram que a intensidade desses fatores é estabelecida por elementos de famílias disfuncionais, problemáticas e distantes.

Voltando ainda à questão da Percepção da Relação tanto para a Pai como para Mãe, constatou-se através de alguns relatos, a presença de distorções relacionais com os progenitores. Estas distorções podem ter-se desenvolvido, enquanto crianças e ter-se estendido até então, pois tal como os autores Marchezan, Ferreira, Medeiros e Pereira (2009) referem, apesar dos maus-tratos, algumas crianças mantêm amor aos pais, acreditando que tais ações são praticadas com boas intenções, não perdendo capacidade de os amar. Também o abuso do álcool é um fator desencadeante da violência, que adquire um significado distorcido para a criança vítima, que se considera culpada e merecedora dos maus-tratos (Frota, Martins, Gonçalves, Filho & Casimiro, 2011).

No âmbito das Relações Próximas, foi sentida uma drástica diminuição no momento da Infância para o da Adolescência. Assim, 45.5% dos sujeitos relatou, passarem a grande maioria do tempo durante a infância com Mãe/Família, tendo essa percentagem decrescido para 18.2% no decorrer da Adolescência e sido substituído com valor percentual de 72.7% pelo grupo de Pares. Na adolescência, o grupo de pares, passa a ser o elemento fundamental na vida dos jovens, reproduzindo comportamentos e adquirindo sentimentos de pertença. Neste ponto é de recordar que Silber e Souza (1998, p.13) haviam chamado a atenção afirmando que “um dos mais poderosos fatores predisponentes ao uso de substâncias é a

influência do grupo de iguais. Um adolescente cujos melhores amigos usam o fumo, o álcool e outras drogas será mais facilmente levado a experimentar do que aquele cujos amigos evitam as drogas e não estão de acordo com seu uso”.

No que concerne às Memórias, um número considerável de indivíduos, com 45.5%, lembrou positivamente as Prendas/Natal no período da Infância. Curiosamente no período da Adolescência, uma grande percentagem (63.6%) referiu não ter nenhuma memória. A ausência de memórias positivas, na fase da Adolescência, poderá prender-se com o facto de a maioria dos sujeitos terem ingressado por essa altura na trajetória desviante do consumo de drogas. Já relativamente à Ocupação dos Tempos Livres, o resultado que mais sobressaiu para o primeiro momento da vida dos sujeitos foi Brincar, com 72,7%, e no decorrer da adolescência, o resultado que mais se evidenciou foi de 81.8% correspondente ao Lazer. E aqui, parece-nos que os resultados obtidos compreendem o panorama da normalidade, quando comparado com o percurso evolutivo de vida da população em geral.

Prosseguindo com os resultados obtidos para a categoria Percepção do Percurso Existencial e relativamente à Percepção de Crescimento, a opinião mais significativa com 45.5% das participantes, revelou um crescimento Muito Mau/Focalizado na Fase das Drogas, seguido de 36.4% referente a Boa e 18.2% relativo a Insegura. Identifica-se portanto que, percentualmente a maioria dos indivíduos (45.5% e 18.2%) perceberam negativamente o seu crescimento, na qual em alguns casos o relato apesar de negativo caía tendencialmente para o período de entrada nas drogas. Poder-se-á interpretar que os sujeitos terão crescido sem se percecionarem como alvo de cuidado, de carinho e atenção, de supervisão, o que constitui um conjunto de aspetos que segundo vários autores (Becoña, 1999 & Catalano e Hawkins, 1996) associam-se ao modo com a família e a escola são importantes no comportamento futuro dos sujeitos.

Seguindo com a Percepção da Vida Atual, verificou-se que mais de metade da amostra descreveu a situação atual de vida com apego, sendo que deste resultado, 36.4% enquadraram-se em estado de Apego e 18.2% Com Apego/com medo. Estes resultados terão certamente ligação ao sucesso do trabalho realizado por serviços especializados ao toxicod dependente, que no caso da população em estudo encontravam-se vinculados, na sua maioria em regime interno e os restantes em regime externo. Acrescente-se que Bowlby (1985) na sua teoria da vinculação havia já referido que é a partir das ações de apego que o indivíduo sobrevive e garante o contacto com aqueles que “cuidam” dele. Lembra-se que também Farate (2000) relacionou a vinculação ao toxicod dependente realçando que é fundamental existir uma qualidade entre esta dualidade, uma vez que a falta de apego ao nível afetivo é estendível aos restantes objetos do meio.

Ainda a respeito da Percepção do Percurso Existencial, acrescente-se a Percepção da Vida Anterior à Dependência, que foi percebida como Boa, por 45.5% dos indivíduos, no entanto, 27.3%, revelou uma Ânasia de Esquecimento quando interrogados acerca do período antecedente à entrada nas drogas. Foi notória a ansiedade transmitida no discurso destes indivíduos, revelando claramente desconforto e sofrimento, querendo quase que forçar uma amnésia dessa época. Segue um exemplo de lembranças traumáticas vividas pelos sujeitos nesta fase: “uma noite ele (pai) a chegar a casa com um cinzeiro de ferro abriu a cabeça à minha mãe... quer dizer, são essas lembranças todas que ficaram. O meu pai bebia muito, batia nos vizinhos, batia em toda a gente!” Estes resultados são semelhantes aos da investigação de Dell`Aglia, Santos & Borges (2004), em que se identificaram vivências de repetidos e violentos maus-tratos, nas adolescentes que se encontravam a cumprir medidas socioeducativas. Devido a esses episódios fugiam de casa e expunham-se a outras vivências na rua tal com a exploração sexual e o envolvimento com o uso e tráfico de drogas. A

ausência de estabilidade e a debilidade dos vínculos ao longo do percurso evolutivo pode por isso estar na raiz dos comportamentos desviantes.

No que diz respeito à Projeção no Futuro, 36.4% foi o resultado mais evidente mas referente à Ausência de objetivos claros face ao futuro. Estes resultados vão de encontro com aquilo que Agra (2002) referiu sobre a formação Droga/Crime, em que o indivíduo acaba por ser enredado num registo de desvanecimento da própria existência. O autor explicou este fenómeno como um consumo da própria personalidade, dos comportamentos e dos planos de vida, que por consequência desaparecem, e por isso o funcionamento do sujeito não adquire espaço para projeções futuristas.

Passando agora para a História de Consumos, verificou-se que mais de 45% das participantes apresentou um Período de Consumos de 21 anos ou mais, seguido de 36.4%, para o intervalo entre os 16 a 20 anos de consumos. Também para Idade de Iniciação do consumo de drogas, vem representado com mais de 50% da amostra o intervalo de idades compreendido entre os 15 e os 19 anos. Já no que consiste à Substância de Iniciação, a amostra dividiu-se entre três tipos de substâncias, a cannabis respondido por 4 indivíduos, a cocaína por 4 indivíduos e a heroína por três. Perante estes resultados tornou-se imperativo compreender se os indivíduos do estudo se enquadram no padrão de comportamentos da população em geral portuguesa e europeia. Assim, segundo o Instituto da Droga e da Toxicodependência (2012), a cannabis foi a substância ilícita que registou a maior prevalência de consumo na população total (15-64 anos) e na jovem adulta (15-34 anos) em Portugal, seguindo-lhe com prevalências de consumo bastante inferiores, a cocaína como a segunda droga preferencialmente consumida pelos portugueses. O OEDT (2012) reforçou esta ideia, os jovens que mencionam a cannabis como droga principal representam 76% dos utentes que iniciam tratamento registados na faixa etária dos 15 aos 19 anos, no entanto, o rácio entre homens e mulheres é o mais elevado registado entre os utentes com uma

proporção de cinco homens para cada mulher. Relativamente à heroína, o seu consumo tem vindo a perder relevância comparativamente a outras drogas, continuando no entanto, a ser a principal droga envolvida nos consumos problemáticos. Face a estes dados, estamos em condições de dizer que o padrão de trajetórias iniciantes ao consumo de droga encontrado nos sujeitos do estudo enquadra-se nas estatísticas encontradas em Portugal e na Europeu.

Quanto à Companhia de Iniciação, o resultado que mais se impôs foi o referente aos Pares, com 54,5% e imediatamente a seguir com 36,4%, o relativo ao Marido/Companheiro. Aqui, a grande prevalência da influência do grupo de pares leva-nos, uma vez mais, para os autores Silber e Souza (1998) que garantem que o indivíduo cujo grupo de pares é adepto do consumo de drogas encurta o período de cedência da pressão, por parte dos mesmos, face à experimentação. O estudo de Cardoso e Manita (2004) comprovou a ideia de que um relacionamento amoroso entre uma mulher e um homem toxicodependente aproxima, em muito, a mulher das drogas, acabando por experimenta-las, tal como se interpreta com o elevado número de respostas das participantes neste estudo. Por outro lado, uso de drogas pode também constituir-se como meio através do qual se assume uma determinada posição social e a sua significação existencial, face a si e aos outros, representando um “estilo de vida” (Manita, 2001).

Reparando agora no Contexto de Iniciação, o local que aglomerou maior percentagem, com 36,4% das entrevistadas, foi em Casa. Acerca do Exercício de Influência para Iniciação, 7 dos 11 indivíduos, responderam afirmativamente quanto a influência de terceiros no primeiro consumo, sendo que aqui 36,4% teve como Fonte de Influência o Companheiro e 27,3% os Pares. Mais uma vez encontram-se estas duas fontes (companheiro e grupo de pares) que vem marcando a trajetória de vida dos sujeitos em estudo.

No geral, as substâncias mais frequentemente consumidas entre a população deste estudo foram: a cocaína por 100% da amostra, seguido da heroína com 90,9% e a cannabis por

81,8%. Relativamente aos policonsumos os grupos que mais se destacaram foram: cannabis, heroína e cocaína, e o grupo que completa o álcool, cannabis, heroína e cocaína, ambos com 27.3%. A necessidade da combinação simultânea de substâncias ou o facto de irem alternando o consumo de duas ou mais drogas pode ocorrer numa tentativa de potenciar os seus efeitos ou de lhes acrescentar cambiantes (Becoña & Vázquez, 2001). Contudo, é sabido que o simultâneo consumo de drogas não desencadeia novos ou maiores efeitos, no entanto, e muito embora a cocaína seja um estimulante, ela alivia a “ressaca” da heroína (Leri, Bruneau e Stewart, 2003). Tendo em conta a elevada frequência que se constatou principalmente nos resultados da cocaína e heroína, é muito possível que em muitos casos os sujeitos se tenham “socorrido” da cocaína para aliviar a síndrome de abstinência, ou por outro, que tenham feito uso simultâneo de ambas as substâncias.

As vias de administração que mais se destacaram foram: pulmonar com 100% dos sujeitos, seguido da endovenosa por 81.8% e 45.5% oral. A via nasal adquiriu, curiosamente, apenas 9.1%, o que se poderá concluir, ainda ressalvando os resultados obtidos para a cocaína (100% dos sujeitos) que as participantes consumiam esta substância na sua maioria por via endovenosa ou pulmonar, o que nos leva a sustentar os resultados obtidos nos policonsumos. Quanto aos grupos constituídos para as vias de administração mais recorridas, encontrou-se: endovenosa, pulmonar e oral, com 36.4% e o grupo endovenosa e pulmonar igualmente com 36.4%.

A última categoria, Consequências da Dependência, trás subjacente, a questão Razões da Solicitação de Apoio, e nesta, diferenciou-se com uma percentagem de 45.5% de indivíduos, a resposta Situação de Doença, enquanto motivo central na procura de ajuda. Relativamente à Percepção das Consequências da Dependência nas várias dimensões de vida, no que concerne às de índole laboral, o valor percentual que mais se evidenciou foi o relativo à Perda de Emprego com 54.5% dos indivíduos. Neste sentido, dos 54.5% que referiu a perda de

emprego repartiu-se em situações em que a perda foi propiciada pelos próprios por não conseguir manter os consumos e o emprego, e em situações de perda de emprego, em que a entidade tinha conhecimento das práticas de consumo e por isso cessava-lhes o emprego. O caminho de dependência de substâncias compromete a possibilidade e a capacidade dos sujeitos se integrarem profissionalmente. Quando os indivíduos se encontram numa situação laboral estável, indicia uma boa capacidade de investimento nos projetos e relações laborais (Werner, 2004).

Nas consequências percebidas pelos sujeitos ao nível familiar, as respostas foram apenas duas, a Rotura, com percentagem elevada de 81.8% e o Afastamento com 18.2%. O Resultado relativo à Rotura, aproxima-se de um estudo cujo objetivo foi verificar as representações sociais de 30 dependentes químicos em tratamento e que apontou entre outras consequências, serem as de cariz familiares as que mais impacto lhes causou (Gouveia, Sousa, Lima, Ribeiro, Oliveira, Medeiros & Maciel, 2011). O estudo desenvolvido por Souza, Kantorsk e Mielke (2006) com finalidade de identificar as redes sociais de apoio, bem como os vínculos afetivos de dependentes de substâncias, concluiu que alguns vínculos familiares são rompidos em detrimento da dependência de drogas, ou se tornam vínculos muito fragilizados devido às sucessivas recaídas.

Seguem-se os resultados das Consequências Sociais da Dependência que obtiveram um resultado de 81.8% dos sujeitos que verbalizaram Estigma/Vitimação. Deste modo, Manita e Oliveira (2002) expõe que, as mulheres não apresentam uma estigmatização social difusa, mas antes, comportamentos claros de insultos verbais e de discriminação nos contactos que estabelece no quotidiano e a associação a meios e grupos com condutas desviantes como o caso das toxicodependentes, o que torna este grupo de mulheres um dos mais vitimizado na sociedade. Oliveira (2004) acrescenta que os sintomas de abstinência leva as toxicodependentes mais vulneráveis com práticas regulares de prostituição a não fazerem

uma triagem segura dos seus clientes ampliando o risco de ocorrência de maior abuso e violência.

Em sequência desta, segue a subcategoria percepção das consequências pessoais, que adquiriu com maior resultado a resposta Solidão com 36.4%. Julga-se que nesta resposta, os sujeitos se emaranharam um pouco e que a solidão aqui é mais uma consequência da estigmatização a que foram sujeitos que lhes provocou uma perda ao nível pessoal, traduzido por eles como solidão. As condutas aditivas acontecem em situações de grande stresse com objetivo de alcançar uma gratificação momentânea, e como tal, o uso de droga visa grande parte das vezes reduzir a solidão e a ansiedade (Szupszynski & Oliveira, 2008).

Por fim, na percepção dos indivíduos ao nível das consequências da saúde prevaleceu o resultado de Diagnóstico de Infetocontagiosas com 54.5% da amostra. A contração de doenças infetocontagiosas é das consequências mais comuns entre população dependente de drogas, ignorando os cuidados do próprio corpo e sujeitando-se a comportamentos de risco associado ao consumo de substâncias, como é o caso da partilha de material usado (Nunes, 2009). É de referir ainda, que no estudo de Pimenta e Rodrigues (2006) salientaram que a constante discriminação e a conotação negativa face à prostituição e ao consumo de drogas, leva a que as mulheres fiquem mais vulneráveis e com menos capacidades de diminuir riscos, assumindo portanto, comportamentos menos seguros. Lembra-se ainda o estudo de Borba & Clapis (2006) na qual concluíram que as mulheres sob efeito de substâncias, nas suas práticas de prostituição, não tinham noção do que estavam a fazer, colocando-as numa posição muitíssimo vulnerável na contração de DST.

Por fim, e uma vez que a totalidade de amostra referiu, em algum momento, não ter tido forma de sustentar os seus consumos, questionou-se as modalidades de consumo a que recorreram para o conseguir. Assim, entre diversas modalidades relatadas, aquela que mais se repetiu, por 10 dos 11 indivíduos, foi a prática da prostituição. Estes resultados vão de

encontro ao estudo de comparação entre, prostitutas não toxicodependentes e prostitutas toxicodependentes de Pimenta e Rodrigues (2006), na qual constataram que a prostituição surgiu como consequência dos consumos problemáticos de drogas. Oliveira (2004) reforça esta ideia confirmando que a esmagadora maioria das prostitutas que inquiriu, no decorrer do projeto de apoio a prostitutas na zona do Porto, é feita por toxicodependentes na procura de meios para a dose diária de droga.

Conclusão

Chegados a esta fase do trabalho, importa reter as principais conclusões a que chegámos, após a análise e discussão dos resultados. Para isso, é necessário responder às questões centrais da investigação, bem como constatar se os objetivos definidos no início deste trabalho foram alcançados.

Recorde-se a primeira questão de investigação que interrogou a existência de particularidades biográficas frequentes entre consumidoras de substâncias.

Verificamos ao nível das idades das participantes no estudo, uma média de idades bastante avançada de 43,2 anos. Os indivíduos são maioritariamente solteiros e divorciados, apenas um sujeito encontra-se em situação recente de união de facto. Constatamos também que mais de metade da amostra mora numa instituição. Relativamente à ocupação profissional, todos as participantes do estudo se encontram desempregados, com um tempo médio superior a 30 anos. Pode afirmar-se com alguma consistência que existem particularidades biográficas comuns entre estes sujeitos, essencialmente vincadas ao nível da situação profissional, do estado civil e do local onde residem. De facto, são identificados aspetos convergentes nas biografias destas mulheres e, sobretudo, na forma como elas percecionam as suas próprias histórias de vida.

Questionou-se também se as mulheres com histórias de abuso de drogas apresentam similaridades em termos do seu percurso desviante.

No que respeita à idade de iniciação do consumo de substâncias, mais de metade dos indivíduos iniciaram os consumos num período que oscilou entre os 15 e os 19 anos. A substância de início de consumos repartiu-se maioritariamente entre a cannabis e a cocaína, com igual frequência, sendo que quase metade da amostra apresentou um período total de consumos superior a 21 anos. Mais de 50% das participantes no estudo tiveram como companhia de iniciação os pares mas a fonte de influência mais frequentemente apontada foi

a relativa ao companheiro. Quanto às substâncias consumidas, os grupos mais repetidos foram os relativos à cannabis, heroína, cocaína e, álcool, cannabis, heroína e cocaína. Mas no que respeita à frequência de cada substância a cocaína não deixou dúvida, respondida pela totalidade da amostra, assim como a frequência de via de administração pulmonar por 100% dos sujeitos no estudo.

A identificação destas características do percurso desviante dos indivíduos terá resultado em diversas consequências e em várias dimensões de vida. Deste modo, e alcançando um dos nossos objetivos, a trajetória desviante dos indivíduos resultou em larga medida em danos nos campos laboral, familiar, pessoal, social e na saúde. Ao nível profissional a maioria dos sujeitos perderam atividade profissional e praticamente todos os indivíduos sofreram uma rotura familiar. No campo pessoal o dano predominantemente encontrado foi a solidão e o nível social encontrou-se o estigma/vitimação. Ao nível das consequências para a saúde, em mais de metade das participantes verificou-se o diagnóstico de infetocontagiosas. Para assegurar os consumos, estas mulheres sujeitaram-se a algumas modalidades típicas do fenómeno da toxicodependência na qual prevaleceu a prática da prostituição.

Foi ainda possível alcançar outro objetivo, na medida em que se identificaram algumas convergências ao nível do percurso existencial das consumidoras, que poderão estar na raiz da instalação do percurso desviante do consumo de drogas. Fala-se de percursos existenciais em que predominaram as relações percecionadas como negativas ou como inexistentes, mais evidenciadas na figura paterna, devido a múltiplos problemas familiares desde tenra idade. Esses percursos de desenvolvimento terão sido também marcados pelas memórias nem sempre agradáveis, quando não negativas, havendo uma percepção frequente de inexistência de lembranças assim como para ausência de projeções no futuro. Os sujeitos caracterizaram-se sobretudo por se focalizarem essencialmente no período das suas vidas em que se verificou o envolvimento com as drogas, havendo mesmo casos em que a fase anterior era referida

como sendo para esquecer. O desenvolvimento destas mulheres está pautado pela deficitária qualidade de relações primárias, que poderá ter tido influência no caminho do consumo problemático de drogas. O sentimento de insegurança e a falta de estrutura emocional por parte das figuras significativas, sentida nos primeiros períodos de vida, poderá ter tido impacto na relação (chamemos-lhe assim) com as substâncias.

O processo de entrada nas drogas foi, em grande parte, por influência de um companheiro, a severa estigmatização e vitimização a que as mulheres estão sujeitas revelou-se também importante e o tipo de substâncias consumidas também se revelou como uma similaridade. A média de idade das participantes e a prática da prostituição enquanto modalidade privilegiada para garantia a subsistência, são alguns exemplos identificados ao longo deste trabalho, que atestam a existência de certas regularidades, quer ao nível do percurso desviante, quer em termos biográficos, respondendo-se, assim, às questões inicialmente colocadas e alcançando-se os objetivos propostos.

Tendo em conta a elevada prática de prostituição e a idade avançada desta amostra sugere-nos que estas mulheres conseguem manter em períodos mais longos de consumos devido á prostituição. Chegando deste modo aos centros especializados à toxicodependência em estados de degradação tanto física como psicológica mais degradadas e debilitadas.

A realização deste trabalho permitiu essencialmente confirmar que homens e mulheres com diagnóstico de toxicodependência têm características diferentes e, por isso, é necessário investir nas mulheres com os cuidados e as características que são exigidas pela sua especificidade. Sendo seres sexuados, e com papéis socioculturais diferentes, é natural que haja diferenças e que estas sejam consideradas em questões tão delicadas e complexas como o é a toxicodependência. Encontrou-se nestas mulheres acima de tudo muito sofrimento, instabilidade emocional e insegurança, como se fossem meros peões num jogo comandado pela droga.

Investir ao nível da prevenção e trabalhar estas questões atendendo ao género seria importante, nomeadamente ao nível dos fatores de risco, uma vez que aqui se constatou a influência de um companheiro pelo menos no primeiro consumo. Pode mesmo dizer-se que, em cada consumidora iniciada, se pode encontrar a influência de um companheiro. Ao nível do tratamento seria fundamental que as entidades que atendem população com problemas com drogas adequassem o tratamento em função do género, investindo mais nas formações das equipas.

Ainda em jeito de sugestão para investigações futuras, ao realizar este trabalho verificou-se que são ainda muito escassos os estudos com mulheres dependentes de substâncias, pelo que se sugere um maior investimento dos investigadores neste domínio da toxicodependência no feminino.

Referencias Bibliográficas

- Abraão, I. (1999). Factores de risco e factores protectores para as toxicodependências – uma breve revisão. *Toxicodependências*, 2 (5), 3-11.
- Agra, C. (2002). *Entre Droga e Crime* (2ª Ed.). Lisboa: Editorial Notícias.
- Arthur, M. W., Hawkins, J. D., Pollard, J., Catalano, R. F. & Baglioni, A. J. (2002). Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behavior: the communities that care youth survey. *Evaluation Review*, 26, 575-601.
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo* (4ªEd.). Lisboa: Edições 70.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newmam, C. F. & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford.
- Becoña, E. & Vázquez, F. L. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E. I. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Ministerio del Interior, Plan Nacional Sobre Drogas.
- Boni, B. & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. *Revista eletrónica dos pós-graduandos em sociologia política*, 2 (1), 68-80.
- Borba, K. P. & Clapis, M. J. (2006). Mulheres profissionais do sexo e vulnerabilidade ao HIV/AIDES. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 18 (4), 254-258.
- Brochu, S. (2006). *Drogue et criminalité: une relation complexe*. Montreal: Les Presses de L`Université.
- Bruce, F. (1998). *O Sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Bry, B. H. (1996). Psychological Approaches to Prevention. In W. K. Bickel & DeGrandpre (Eds.). *Drug policy and human nature – psychological perspectives on the prevention, management of illicit drug abuse* (pp. 55-76). New York: Plenum Press.
- Canavarro, M. (1999). *Relações afetivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, C. M. (2001). Droga: Um problema de saúde pública. *Revista de Saúde Mental*, 3 (4), 9-17.
- Cardoso, S. & Manita, C. (2004). Mulheres toxicodependentes: o género da desviância. *Revista Toxicodependência*, 10 (2), 13-25.
- Carrilho, L. M. G. F. (1992). *Toxicodependência: representações de jovens e progenitores*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Catalano, R. F. & Hawkins, J. D. (1996). The social development model. A theory of antisocial behavior. In J.D. Hawkins. *Delinquency and crime: current theory* (pp 149-197) New York: Cambridge University Press.
- Cleveland, M. J., Feinberg, M. E., Bontempo, D. E. & Greenberg, M. T. (2008). The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 43 (2), 157-164.
- Connett, D. F. (2010). Becoming homeless, being homeless, and resolving homelessness among women. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 461-469.
- Cruz, O. (2011). Histórias e trajetórias de consumidores “não problemáticos” de drogas ilícitas (Dissertação de doutoramento, Universidade do Minho). Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/13736/1/Olga%20Furriel%20de%20Souza%20Cruz.pdf>
- Dell`Aglia, D. D., Santos, S. S. & Borges, J. L. (2004). Infração juvenil feminina: uma trajetória de abandonos. *Interação em Psicologia*, 8 (2), 191-198.

- Díaz, A. M. & Ferriani, M. G. C. (2011). Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 19, 789-95
- Domoskawski, A. (2011). *Política da droga em portugal: Os benefícios da descriminalização do consumo de drogas* (N. Capaz, Trad.). Warsaw: Open Society Foundations. (Obra original publicada em 2008).
- Donovan, D. M. (1988). Assessment of addictive behaviors. In D. M. Donovan & G. A. Marlatt. *Assessment of addictive behaviors* (pp.3-48). New York: The Guilford Press.
- DuPont, R. (2005). *Cérebro, álcool e drogas - o cérebro egoísta: aprender com dependências*. Lisboa: Climepsi.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2006). *Manual report (2006) Selected issues*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Fajnzylber, P., Lederman, D., & Loayza, N. (1998). *Determinants of crime rates in latin america and the world: Viewpoint*. Washington: The World Bank.
- Farate, C. (2000). Consumo de drogas: entre a fragilidade do laço objetal e a falência da relação com o outro o 'risco relacional' de uma conduta (pouco) exemplar. In I. Soares (coord.). *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 316-380). Lisboa: Quarteto.
- Farrington, D. (1996). The explanation and prevention of youthful offending. In J. Hawkins (Ed.). *Delinquency and crime. Current theories* (pp. 68-148). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ferros, L. (2011). *Toxicodependência: afetos e psicopatologia*. Porto: Livpsic.
- Fleming, M. (1995). *Família e toxicodependência*. Lisboa: Edições Afrontamento.

- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidactica.
- Fox, H. & Sinha, R. (2009). Sex differences and drug-related stress-system changes: implications for treatment in substance-abuse in women. *Harvard Review of Psychiatry*, 17 (2), 103-119.
- Freud, S. (1987). As obras completas de Sigmund Freud – Com notas e comentários de J. Strachey & A. Freud (2ª Ed.; J. Abreu, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1927-1931).
- Friedman, J. & Alicea, M. (1995). Women and heroin: the Path of resistance and its consequences. *Gender & Society*, 9, 432-449. doi: 10.1177/089124395009004003
- Frota, M. A., Martins, H. F. C., Gonçalves, L. M. P., Filho, O. A. S. & Casimiro, C. F. (2011). Percepção da criança acerca da agressão física intrafamiliar. *Ciência Cuidados de Saúde*, 10 (1), 44-50.
- Gouveia, B. G., Sousa, F. P., Lima, A. C. S., Ribeiro, L. C. M., Oliveira, M. N., Medeiros, K. T. & Maciel, S. C. (2011, Novembro). *Discurso dos dependentes químicos sobre as drogas*. 16º Encontro Nacional Abrapso, Recife, Brasil.
- Graham, H. (1987). Women`s smoking and family health. *Social Science and Medicine*, 25 (1), 47-56.
- Granetto, WE (2008). *Práticas educativas parentais em dependentes químicos*. (Dissertação de Mestrado) São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica.
- Guimarães, A. B. P., Hochgraf, P. B., Brasiliano, S., & Ingberman, Y. K. (2008). Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. *Revista Psiquiatria Clínica*, 36 (2), 69-74.
- Haguette, T. M. F. (1997). *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes.

- Hans, S., Bernstein & Henson, L. (1999). The role of psychopathology in the parenting of drug-dependence women. *Development and Psychopathology*, 11(4), 957-977.
- Hemphill, S. A., Heerde, J. A., Herrenkohl, T. I., Patton, G. C. Toumbourou, J. W. & Catalan, R. F. (2011). Risk and protective factors for adolescent substance use in Washington State, the United States and Victoria, Australia: a longitudinal study. *Journal of Adolescent Health*, 49 (3), 312- 320.
- Hesse, E. & Main, M. (1999). Second generation effects of unresolved trauma in nonmaltreating parents: dissociated, frightened and threatening parental behaviour. *Psychoanalytic Inquiry*, 19 (4), s/p.
- Inciardi, J. A., Lockwood, D. & Pottieger, A. E. (1993). *Women and crack-cocaine*. New York: Macmillan.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. (2012). *Relatório Anual 2011: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12 (8), 12-597.
- Jessor, R., Van Der Blos, J., Vanderryn, J., Costa, F. & Turbin, M. (1995). Protective factors in adolescent problema behaviour: moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31(6), 923-933.
- Khantzian, E. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Lichtenberg, J. (1989). *Psychoanalysis and motivation*. London: Analytic.
- Liese, B. S. & Frank, R. A. (2005). Tratamento dos transtornos por uso de substâncias com a terapia cognitiva: lições aprendidas e implicações para o futuro. In P. Salkovskis (Ed.). *Fronteiras da terapia cognitiva* (pp. 405-436). São Paulo: Casa do psicólogo.

- Leri, F., Bruneau, J. & Stewart, J. (2003). Understanding polydrugs use: review of heroin and cocaine co-use. *Addiction*, 98 (1), 7-22.
- Loeber, R. & Farrington, D. (2000). Young children who commit crime: epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and Psychopathology*, 12 (4), 737-762.
- Lopes, R. M. F., Melo, D. C. & Argimon, I. L. (2010). Mulheres encarceradas e fatores associados a drogas e crimes. *Ciências & Cognição*, 15 (2), 121-131.
- Lozano, L. R. & González, J. M. M. (1998). Factores de protección en la prevención de las drogodependencias. *Prevención*, 58-70.
- Manita, C. & Oliveira, A. (2002). *Estudo de caracterização da prostituição de rua no porto e matosinhos*. Porto: Cadernos Condição Feminina.
- Manita, C. (2001). Evolução das significações em trajetórias de droga-crime: novos sentidos para a intervenção psicológica em toxicodependentes. *Toxicodependências*, 3, 59-72.
- Marchezan, S., Ferreira, C. L., Medeiros, H. M. F. & Pereira, A. D. (2009). A Enfermagem e a criança vítima de Violência sob o olhar de Paterson & Zderad. *Cogitare Enfermagem*, 14 (1), 44-51.
- Martínez, F. C. (2004). *Las drogas: educación y prevención*. Madrid: Inmagrag.
- Milkman, H. & Wanberg, K. (2004). *Criminal conduct and substance abuse treatment for adolescents: pathways to self-discovery and change. The providers guide*. London: Sage.
- Mikulincer, M. & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.). *Attachment theory and close relationships* (pp. 139- 144). New York: Guilford Press.
- Moreira, P. (2002). *Para uma prevenção que previna*. Coimbra: Quarteto.

- Morel, A., Hervé, F. & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. Lisboa: Climepsi.
- Negrete, B. & García-Aurrecochea, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Revista Panam Salud Publica*, 24 (4), 223-232.
- Nunes, L. M. & Jóluskin, G. (2007). O uso de drogas: breve análise histórica e social. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 4, 230-237.
- Nunes, L. M. (2009). Infetocontagiosas: comportamentos de risco entre consumidores de drogas injetáveis. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 310-318.
- Nunes, L. M. (2011). O Toxicodependente sob a perspectiva da vitimação. In A. I. Sani (coord.). *Temas de vitimologia: realidades emergentes na vitimização e respostas sociais* (pp.241-266). Coimbra: Almedina.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2006). *Relatório anual 2006: a evolução do fenómeno da droga na europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficial das Comunidades Europeias.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2012). *Relatório Anual 2012: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Observatório Europeu de las Drogas y las Toxicomanias (2007). *Drogas en el punto de mira drogas y delincuencia: una relación compleja. Hacia una definición de la delincuencia relacionada con la droga*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Oliveira, A. (2004). *As vendedoras de ilusões - estudo sobre prostituição, alterne e strip tease*. Lisboa: Editorial Notícias.

- Oliveira, A. (2004). II Congresso internacional de investigação e desenvolvimento sociocultural: prostituição, exclusão e violência- um estudo empírico da vitimação sobre prostitutas de rua. Paredes de Coura.
- Oliveira, J. F.; Paiva, M. S. & Valente, C. L. M. (2006). Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(2), 473-481.
- Oliveira, J. F., Paiva, M. S., & Valente, C. M. L. (2007). A interferência do contexto assistencial na visibilidade do consumo de drogas. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, 15 (2), s/p.
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Genebra: OMS.
- Peele, S. (1987). Runing scared: we're too frightened to deal with the real issues in adolescent substance abuse. *Health Education Research*, 2 (4), 423-432.
- Penso, M. A. (2000). Drogadição: articulações entre a compreensão sistémica e as possibilidades de tratamento dependente químico. *Série Psicologia*, 1 (1), 59-66.
- Pimenta, A. & Rodrigues, M. (2006). Redução de danos: prostituição e toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 12 (1), 49-54.
- Pimenta, M. (1997). A toxicodependência na Mulher. In L. D. B. Patrício (Ed.). *Face à droga: como (re)agir?* (pp. 235-253). Lisboa: Edição do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência.
- Pires, S. & Duran, D. (2010). Maus tratos infantis e toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 16 (3), 3-16.
- Poiares, C. A. (1999). Contribuição para uma análise história da droga. *Revista Toxicodependências*, 1, 3-12.

- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Livpsic.
- Ribeiro, J. S. (2001). Tornar-se toxicodependente: opção ou fatalidade? *Toxicodependências*, 7, 73-78.
- Sampaio, D., Gameiro, J., Camilo, M. & Fazenda, M. (1978). *Droga, Pais e Filhos*. Lisboa: Livraria Bertrand.
- Sanchez, Z., Oliveira, L. G., & Nappo, S.A. (2005). Razões para o não uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. *Revista de Saúde Pública*, 39 (4), 599-605.
- Schenker, M. & Minayo, M. C. S. (2011). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Revista do Curso de Especialização em Dependência Química*, 11 (4), 2-8.
- Scott, M. & Dedel, K. (2006). *Street prostitution* (2nd Ed.) Washington: U.S. Department of Justice & Office of Community Oriented Policing Services. Retirado de <http://www.cops.usdoj.gov/Publications/e10062633.pdf>
- Silber, T. J. & Souza, R. P. (1998). Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se deve saber e o que se pode fazer. *Adolescência Latinamericana*, 3, (14-12).
- Silva, L. N. & Carvalho, F. T. (2007). Adolescência e drogas: intervenções possíveis. In C. S. Hutz (Org.). *Prevenção e intervenção em situações de risco e vulnerabilidade* (pp. 163-204). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Soares, I. (2007). Desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação. In I. Soares (Coord.). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação* (pp.13-46). Braga: Psiquilibrios.

- Souza, J., Kantorsk, L. P., & Mielke, F. B. (2006). Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. *Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas*, 2 (1), s/p.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedure for developing grounded theory*. California: Sage Publications.
- Szupszynski, K. P. & Oliveira, M. C. (2008). O Modelo transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10 (1), 162-173.
- Toscano Jr, A. (2001). Um breve histórico sobre o uso de drogas. In S. D. Seibel & A. Toscano Jr. (Eds.). *Dependência de Drogas* (pp. 7- 23). São Paulo: Atheneu.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2004). *Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned*. New York: United Nations Publication.
- Werner, E. (2004). As crianças da ilha-jardim. In: Slater, A & Muir, D. (Eds.). *Psicologia do desenvolvimento* (pp.573-584). Instituto Piaget: Lisboa.
- World Health Organization (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2008). *Principles of Drug Dependence Treatment*. Retirado de <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>

Anexos

Anexo A

Declaração de consentimento informado

Anexo B

Declaração de autorização para gravação em
formato áudio

Anexo C

Ficha de Identificação

Anexo D

Guião da Entrevista

Declaração de consentimento informado

Eu, abaixo-assinado, declaro que aceito participar no estudo intitulado por *Toxicodependência no Feminino: Percepções de consumidoras de substâncias a respeito do seu percurso*, a ser realizado por Paulina das Dores Matos Moreira, no âmbito do desenvolvimento do seu mestrado na Universidade Fernando Pessoa.

Declaro que, antes de optar pela minha participação, tomei conhecimento dos objetivos do estudo, de todos os aspetos que considerei importantes para a minha decisão e do que tenho de fazer para participar. Fui também informado(a) da duração esperada e dos procedimentos do estudo, tendo-me sido dadas garantias de anonimato e confidencialidade, além de que me foi transmitido o direito que me assiste de recusar participar ou cessar a minha participação, em qualquer momento, sem quaisquer consequências para mim.

Tendo compreendido todas as informações que me foram dadas a respeito e tendo tido a oportunidade de colocar todas as questões que considerei necessárias, aceito participar voluntariamente, colaborando com total sinceridade.

_____, ____ de _____ de 2013

O participante

O investigador

Autorização para gravação áudio

Eu, abaixo-assinado, declaro que autorizo a gravação áudio da entrevista a que responderei, no âmbito da minha participação no estudo intitulado *Toxicodependência no Feminino: Percepções de consumidoras de substâncias a respeito do seu percurso*, a ser realizado por Paulina das Dores Matos Moreira, no âmbito do desenvolvimento do seu mestrado na Universidade Fernando Pessoa.

Tendo compreendido todas as informações que me foram dadas a respeito e tendo tido a oportunidade de colocar todas as questões que considere necessárias, aceito participar voluntariamente e autorizo a gravação áudio da entrevista.

_____, ____ de _____ de 2013

Assinatura da participante: _____

O investigador

(Paulina Moreira)

Inquérito por Entrevista
A Toxicodependência no Feminino

Universidade Fernando Pessoa
2012

AMOSTRA

Dados Sociodemográficos e Guião de Entrevista

Inquirido Nº _____ Inquiridor _____ Data ____/____/____

Dados sóciodemográficos

1.1. Sexo: Masculino..... 1
 Feminino..... 2

1.2. Idade: _____

1.3. Estado Civil: Solteiro(a) 1
 Casado(a) / União de Facto 2
 Divorciado(a) / Separado(a) 3
 Viúvo(a) 4
 Outra 5

1.3.b - Qual? _____

1.4. Tem filhos? Sim 1
 Não 2

1.4.b - Se sim, quantos filhos tem? _____

1.4.c - Se sim, quais as idades dos filhos:

1.5. Escolaridade: Primária (entre 1º e 4º anos) 1
 Preparatória (entre 5º e 6º anos) 2
 Unificado (entre 7º e 9º anos) 3
 Secundária (entre 10º e 12º anos) 4
 Superior 5
 Outro 6

1.5.b - Qual? _____

1.6. Situação Ocupacional Estudante 1
 Trabalhador 2
 Desempregado Há _____ Meses 3
 Reformado 4

1.7. Vive só? Sim 1
 Não 2

1.7.b - Com quem vive? _____

Guião de Entrevista (semi-estruturada)

Parte I: Percurso Desenvolvimental

1.1. Pense na sua infância, ao responder às seguintes perguntas

1.1.a – Como era a sua relação com o seu pai? _____

1.1.b - Como era a sua relação com a sua mãe? _____

1.1.c – Com quem passava mais tempo? _____

1.1.d – Qual a sua melhor recordação? _____

1.1.e – O que fazia nos tempos livres? _____

1.2. Pense na sua adolescência, ao responder às seguintes perguntas

1.2.a – Como era a sua relação com o seu pai? _____

1.2.b - Como era a sua relação com a sua mãe? _____

1.2.c – Com quem passava mais tempo? _____

1.2.d – Qual a sua melhor recordação? _____

1.2.e – O que fazia nos tempos livres? _____

1.3. Como descreveria a forma como decorreu o seu crescimento? _____

1.4. Como, em poucas palavras, descreveria a sua vida atual? _____

1.5. Como, em poucas palavras, transmitiria o que espera do seu futuro? _____

AMOSTRA

Parte II: História de Consumos

2.1. Há quanto tempo começou a consumir drogas?

| | | |
|-------------------------|--------------------------|----|
| 5 Anos ou menos | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 6 A 10 anos | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 11 A 15 anos | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 16 A 20 anos | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 21 Anos ou mais | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Não sabe / Não responde | <input type="checkbox"/> | 10 |

2.2. Com que idade se iniciou nos consumos de drogas

| | | |
|---------------------|--------------------------|----|
| Antes dos 10 | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Entre os 10 e os 14 | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Entre os 15 e os 19 | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Entre os 20 e os 24 | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Entre os 25 e os 29 | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Após os 29 | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Não se lembra | <input type="checkbox"/> | 10 |

2.3. Indique a substância com que se iniciou

| | | |
|----------------------------|--------------------------|---|
| 1.2.a - Álcool | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 1.2.b - Cannabis | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 1.2.c - Heroína | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 1.2.d - Cocaína | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 1.2.e - LSD | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 1.2.f - Anfetaminas | <input type="checkbox"/> | 6 |
| 1.2.h - Outra | <input type="checkbox"/> | 7 |
| 1.2.i - Qual? _____ | | |

2.4. Com quem se iniciou no consumo de drogas? _____
2.4.a – Como foi? _____

2.4.b – Em que contexto foi? _____

2.4.c- O primeiro consumo foi sob influência de terceiros?

| | | |
|-----|--------------------------|---|
| Sim | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Não | <input type="checkbox"/> | 2 |

2.4.d - Se sim, de quem?

Pares (escola)
Vizinhos
Família
Namorado
Companheiro

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 2 |
| <input type="checkbox"/> | 3 |
| <input type="checkbox"/> | 4 |
| <input type="checkbox"/> | 5 |

2.4.e - Explique como _____

2.5. Indique a(s) droga(s) que já consumiu

2.5.a- Álcool

2.5.b- Cannabis

2.5.c- Heroína

2.5.d- Cocaína

2.5.e- LSD

2.5.f- Anfetaminas

2.5.h- Outra

2.5.i- Qual _____

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 2 |
| <input type="checkbox"/> | 3 |
| <input type="checkbox"/> | 4 |
| <input type="checkbox"/> | 5 |
| <input type="checkbox"/> | 6 |
| <input type="checkbox"/> | 7 |

2.6. Indique a(s) via(s) de administração usada(s)

2.6.a- Endovenosa (injeção)

2.6.b- Pulmonar (fumada)

2.6.c- Oral (ingerida)

2.6.d- Nasal (inalada)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 2 |
| <input type="checkbox"/> | 3 |
| <input type="checkbox"/> | 4 |

2.7. A partir de que altura (ou acontecimento) sentiu necessidade de pedir ajuda?

2.7.a - Porquê? _____

Parte III: Consequências da Dependência

3.1. Quais as principais consequências da dependência, nas áreas seguintes?

3.1.a - Laboral _____

3.1.b - Familiar _____

3.1.c - Pessoal _____

3.1.d - Social _____

3.1.e - Da saúde _____

3.2. Teve ocasiões em que não tinha dinheiro para sustentar os consumos?

| | |
|--|---|
| | 1 |
| | 2 |

 Sim

Não

3.2.a – Se sim, o que fez para resolver a situação? _____

3.3. Como caracterizaria a sua vida **antes** da dependência de drogas? _____

3.4. Como caracterizaria a sua vida **depois** da dependência de drogas? _____

3.5. Como projeta o seu futuro? _____

Muito Obrigado pela sua Participação