

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação de mestrado foi elaborado devido ao apoio de algumas pessoas, desta forma, aqui expresso os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que me ajudaram ao longo da realização deste estudo.

Ao Prof. Doutor Michael Knoch, pelo trabalho de orientação, pelo profissionalismo, experiência, por tudo o que me ensinou e por toda amizade.

Agradeço à Dr.^a Margarida Rodrigues e à Instituição ANAJovem – Comunidade Terapêutica Lua Nova pela disponibilidade e acompanhamento com que se apresentaram.

Muito obrigado à Equipa Técnica da Comunidade Terapêutica Lua Nova, pela orientação, interesse e simpatia que demonstraram para comigo e para com o meu estudo.

Às utentes da Instituição, pela forma como me acolheram e colaboraram na realização deste trabalho.

Ao meu marido, por todo o amor, carinho, dedicação e encorajamento nos momentos mais difíceis em que sempre permaneceu ao meu lado.

Aos meus pais e irmãs, por todo o carinho e apoio.

A todos os amigos que, directa ou indirectamente, contribuíram para a concretização desta dissertação.

RESUMO

Esta investigação encontrou a sua fundamentação numa crescente preocupação sobre a questão da toxicodependência, uma problemática complexa, que até aos nossos dias não tem encontrado uma resposta segura para a sua resolução.

O fenómeno da toxicodependência é um problema que acontece em toda a dimensão social. Nos últimos anos a incidência do consumo de drogas ilícitas tem aumentado de forma preocupante na nossa sociedade e em particular nas mulheres. Toda esta problemática da toxicodependência adquire dimensões ainda mais complexas e preocupantes nas situações de gravidez e de maternidade.

Esta investigação tem como objectivo conhecer e analisar a experiência de vida e os sentimentos de mães toxicodependentes internadas numa comunidade terapêutica.

A opção metodológica do estudo incide numa abordagem qualitativa, de natureza descritiva e de orientação fenomenológica, procurando deste modo conhecer melhor a globalidade dos fenómenos e a sua compreensão como experiência, tal como ela é vivida e tal como esta é definida pelas utentes.

Entre outras conclusões, destacamos, a emergência de significações existenciais para a mulher a partir da experiência vivida no mundo da droga, assim como os sentimentos e emoções vividos pela experiência da maternidade. O internamento na comunidade terapêutica é vivido como positivo, ressaltando o crescimento pessoal uma vez que esta experiência proporcionou uma reflexão sobre a sua própria vida, perspectivando assim um projecto vida, um recomeçar.

Palavras-chave: Toxicodependência; mulher toxicodependente, mãe toxicodependente; comunidade terapêutica; orientação fenomenológica.

ABSTRACT

The investigation found its rationale in a growing concern on the issue of addiction, a complex problem, which until today has not found a safe answer to their resolution.

The phenomenon of drug addiction is a problem that happens in any social dimension. In recent years the incidence of illicit drug use has increased alarmingly in our society and particularly in women. All this drug addiction problems get more complex dimensions and concern in situations of pregnancy and maternity.

This research aims to understand and analyze the experience of life and feelings of mothers admitted drug addicts in a therapeutic community.

The methodological choice of study focuses on a qualitative, descriptive and phenomenological orientation, thereby seeking to better understand the whole phenomena and their understanding and experience, as it is lived and as it is defined by users.

Among other findings, we highlight the emergence of existential meanings for women from the experience in the world of drugs, as well as feelings and emotions experienced by the experience of motherhood. The relocation in the therapeutic community is experienced as positive, emphasizing personal growth since this experience provided a reflection on his own life, looking ahead as a life project, a resume.

Keywords: Addiction; woman addict, drug addict mother, therapeutic community; phenomenological orientation.

ÍNDICE

Introdução.....	6
-----------------	---

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1. Toxicodependência no Feminino.....	9
1.1. A Mulher Toxicodependente.....	9
1.2. Maternidade e Toxicodependência.....	12
1.3. Efeitos das Drogas sobre o Feto e o Recém-Nascido.....	14
1.4. A Interação Mãe-Criança.....	16
Capítulo 2. Intervenção Precoce na Mãe Toxicodependente.....	18
2.1. Comunidade Terapêutica.....	18
2.2. Reinserção Social.....	21

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 3. Enquadramento Metodológico.....	24
3.1. Problemática e Objectivos do Estudo.....	24
3.2. Metodologia da Investigação.....	25
3.2.1. Método Fenomenológico.....	26
3.2.2. Local do Estudo.....	29
3.2.3. Informantes.....	30
3.2.4. Colheita de Informação.....	31
3.2.5. Análise Informação.....	33
Capítulo 4. Interpretação Fenomenológica das Entrevistas.....	36
4.1. Apresentação e Análise dos Achados.....	36

4.1.1. Experiências de Vida da Mulher Toxicodependente.....	36
4.1.1.1. Vivências no Mundo da Droga.....	36
4.1.1.2. Vivências de Relações.....	40
4.1.2. Significação da Experiência de ser Mãe.....	42
4.1.2.1. Maternidade.....	43
4.1.3. Integração na Comunidade Terapêutica.....	47
4.1.3.1. Expectativas.....	47
4.1.3.2. Processo de Mudança.....	49
4.1.4. Perspectivar o Futuro.....	53
4.1.4.1. Projecto de Vida.....	53
4.2. Síntese dos Achados.....	56
Conclusão.....	59
Referências Bibliográficas.....	61

Anexos

Anexo I – Autorização para a Realização do Trabalho de Investigação

Anexo II – Consentimento Informado

INTRODUÇÃO

O consumo de drogas tem atingido proporções drásticas na sociedade actual. A toxicodependência é vista como um grave problema, mais grave ainda quando associado à gravidez.

É importante estarmos atentos para esta problemática, pois pode ter consequências graves a longo prazo, cabendo aos técnicos de saúde um papel de grande importância, na detecção precoce de situações de risco.

A primeira parte desta dissertação constituída pelo enquadramento teórico permitiu-nos fazer um esboço daquilo que seria o estudo empírico. A segunda parte refere-se à investigação que desenvolvemos.

O enquadramento teórico é composto por dois capítulos. No capítulo 1 abordamos toda a problemática inerente ao fenómeno da toxicodependência no feminino. As investigações neste domínio para além do estudo das implicações do consumo de drogas na criança, enfatizam também as questões psicológicas associadas a este estado. A falta de disponibilidade afectiva da mãe para com o seu bebé pode influenciar a interacção precoce mãe-filho, pois esta apresenta problemas psicopatológicos associados à toxicodependência e comportamentos de risco com impacto negativo nas crianças.

O capítulo 2 iniciar-se-á com a referência à intervenção precoce na mãe toxicodependente, seguida de dados referentes à comunidade terapêutica. A comunidade terapêutica permite à mulher toxicodependente o desenvolvimento e crescimento pessoal através de modificações do contexto individual e a aprendizagem da vivência em grupo criando relações benéficas e equilibradas reforçando o desenvolvimento das relações interpessoais e a abstinência das drogas, devendo ser privilegiado o desenvolvimento pessoal da mulher e a adaptação da mulher à maternidade.

No capítulo 2 serão ainda focados alguns aspectos inerentes à reinserção social. A reaquisição de aptidões sociais e pessoais, surge como fundamental para uma harmoniosa inserção do indivíduo quer na família quer na sociedade em geral.

No capítulo 3 será apresentado os objectivos do estudo que irão permitir a constituição de um modelo conceptual de análise, com base no qual se procederá ao tratamento dos dados recolhidos. Deste capítulo fará também parte a referência à metodologia de investigação com todos os elementos tidos como pertinentes para a sua compreensão.

O capítulo 4 consiste na interpretação fenomenológica das entrevistas com a apresentação e análise dos achados e sua posterior síntese.

Será ainda efectuada uma conclusão com os elementos pertinentes que tentarão dar corpo a esta investigação.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. TOXICODPENDÊNCIA NO FEMININO

1.1. A mulher toxicodependente

A toxicodependência é um problema que acontece em toda a dimensão social, que atinge inúmeras pessoas em todo o mundo e face ao qual a sociedade ainda não foi capaz de encontrar respostas eficazes.

Segundo Patrício (1997), a toxicodependência tem sido descrita como uma epidemia social, mas ao contrário do que acontece com outras epidemias, é voluntariamente que se é atingido por esta, as vítimas oferecem-se ao sacrifício.

Os factores determinantes da farmacodependência e os problemas que nela decorrem podem ser biológicos, psicológicos e sociais e, envolvem habitualmente uma interacção (Sequeira, 2006).

A droga aparece como um fenómeno comportamental na adaptação do indivíduo num contexto, derivado de determinadas atitudes e comportamentos, de indivíduos e de grupos sociais. O contexto facilita as referências que potenciam ou não o consumo de drogas e que determinam as resistências ao mesmo.

Koob (1996), refere que o facto de estar ancorado numa comunidade humana e cultural dá o homem uma forma superior de saúde, porque se alimenta de trocas e participa de uma caminhada que o ultrapassa e que o conduz. Ora, precisamente, os códigos de utilização das substâncias psicoactivas constituem um dos meios desta ancoragem na relação social (cit in. Morel, Boulanger, Hervé & Tonnelet, 2001).

A prevenção da «toxicomania» levanta dificuldades suplementares, ligadas à complexidade, à ausência de uma definição clara do fenómeno e das suas causas, mas também à mistificação de certas substâncias. Erigidas como flagelo «à parte», a luta contra «A Droga» tem sobretudo motivado medidas de excepção, principalmente repressivas e curativas, enquanto, em matéria de

substâncias lícitas, foram essencialmente tomadas medidas de controlo. A educação preventiva em matéria de consumo de substâncias psicoactivas, lícitas e ilícitas, continua a ser o parente pobre das políticas sociais (Morel, Boulanger, Hervé & Tonnelet, 2001).

Sequeira (2006) menciona que actualmente, o termo droga utiliza-se pejorativamente para designar certas substâncias psicoactivas utilizadas ilicitamente ou sem prescrição médica, pelos seus efeitos sobre os sentidos e sobre a consciência. Esta significação é acompanhada de uma quantidade de conotações negativas; delinquência, sujeição do consumidor, nocividade para o indivíduo e para a sociedade.

O termo toxicodependência designa uma relação particular de um indivíduo com uma ou várias substâncias psicoactivas (Farate, 2001).

Para Luís Patrício (1995), um toxicodependente é uma pessoa dependente de drogas, pelo facto de já ter consumido ou por continuar consumir. Pelo mesmo prisma clínico, tanto médico como social, pode considerar-se o toxicodependente como uma pessoa doente, devido à manifestação de sintomas como mal-estar, impulsividade e sofrimento, perante a carência do consumo de drogas. Estes sintomas são provenientes do cruzamento de elementos biológicos, psicológicos, sociais e culturais.

A toxicodependência, seja enquanto comportamento individual, seja enquanto fenómeno social, é profundamente atravessada pelos padrões culturais, normas e concepções de género. Na realidade social quando se analisam as reacções entre género e toxicodependência, verifica-se que ao quadro geral de exclusão e marginalização a que o consumo das drogas conduz ambos os sexos, se associam no caso das mulheres situações ainda mais desfavoráveis e penalizadoras.

Esteves (1997), menciona que a visibilidade social do comportamento de utilização de drogas penaliza diferencialmente a mulher em relação aos homens, dado que o estilo de vida nas drogas não corresponde às expectativas de conformidade de género da mulher.

A toxicodependência na mulher menciona não só aos vários problemas relacionados com a droga, mas também aos problemas específicos que

atingem a mulher como membro de uma sociedade em que o seu apelo como educadora e como mãe, prestadora de cuidados, está condicionado por dependências e ligações tóxicas.

As mulheres desviantes são vistas como “sexualmente promíscuas” e sem “impulso materno”, em grande parte porque ultrapassam os limites estritos para os quais foram socializadas, e em particular pelo modo pouco feminino como utilizam o espaço público (Machado, 2000).

Segundo Patrício (1997), a história pessoal das mulheres toxicodependentes revela habitualmente uma infância desarmónica em que abandono, negligência, frustração repetida e violência física, psíquica ou sexual estão muitas vezes presentes.

Ao contrário do que frequentemente observamos nos homens, a mãe da mulher toxicodependente é habitualmente hostil, punitiva e sem ternura. O pai, esse, é sentido como fraco, distante e ausente (Patrício, 1997).

A mulher toxicodependente geralmente começa os consumos na adolescência, embora a grande maioria inicie os consumos com o namorado ou o marido.

As drogas constituem para as mulheres não só, um meio de resistência, como também assumem uma função libertadora face aos constrangimentos ligados ao género (Friedman & Alicea, 1995).

Devido às dificuldades em suportar os custos inerentes à manutenção do consumo, muitas mulheres toxicodependentes recorrem à prostituição. Para além da prostituição, envolvem-se noutros comportamentos desviantes como a falsificação, os furtos e o tráfico de droga.

As condições de vida associadas ao consumo de drogas, os períodos de abstinência e a associação de substâncias são, muitas vezes, responsáveis por uma vida desestruturada, onde o estado de saúde é colocado em segundo plano. Canalizam quase todo o seu tempo para o consumo e para arranjar dinheiro para este, colocando em segundo plano todas as suas necessidades, é habitual observar-se subnutrição, perda de apetite e desregulação da alimentação, conduzindo a baixa progressão de peso.

É frequente existir diminuição da actividade sexual, devido ao efeito da droga sobre o sistema hormonal assim como deslocamento do investimento psíquico para a procura do prazer da droga. A falta de conhecimentos sobre a sexualidade, as alterações menstruais decorrentes do uso da droga e a não utilização de métodos anti-concepcionais originam o aparecimento de uma gravidez não planeada, não desejada e frequentemente mal investida.

1.2. Maternidade e Toxicodependência

O consumo de drogas tem atingido proporções drásticas na sociedade actual. A toxicodependência é vista como um grave problema, mais grave ainda quando associado à gravidez.

O estilo de vida da mulher toxicodependente organizado em função dos consumos, não só tem efeitos na sua forma de ser, no seu ambiente familiar, como também condiciona os comportamentos e atitudes face ao planeamento familiar, à gravidez e à maternidade” (Frazão, Pereira, Amaro & Teles, 2001).

A gravidez é frequentemente difícil e o seu reconhecimento tardio, limitando estas futuras mães a realizar um processo de maturação e consciencialização do papel de mãe.

O tempo de gestação é o necessário à reestruturação da mulher que se prepara para cuidar do filho que vai nascer. As grandes transformações psicológicas e fisiológicas, inevitáveis neste período, levam muitos autores a considerarem a gravidez como uma “crise” de desenvolvimento ou “crise” maturacional.

A gravidez e o nascimento da criança podem levar a mudanças emocionais e de ajustamento interpessoal.

Segundo Nabais (1993), para as mães em geral, a criança é encarada como alguém que lhes vai preencher certas necessidades, como por exemplo, satisfazer-lhes as carências de afecto, evitar-lhes a solidão e fazê-las sentirem--se úteis (cit in Frazão, Pereira, Amaro & Teles, 2001).

Este estado implica um movimento regressivo e que leva a mãe a reencontrar-se com a criança que foi em tempos, e o que a mãe foi para ela na sua infância. A relação destas mulheres com a sua mãe é marcada pelo ódio, por vezes mascarado por uma idealização que esconde mal a mãe proibitiva, negligente e sem ternura.

A gravidez na toxicodependência põe-nos perante duas realidades distintas, que à partida nos parecem difíceis de coexistir: a mulher e a maternidade, o desejo de quase todas as mulheres que engravidam serem mães e assumirem os seus filhos, e a mulher que consome e que tem um estilo de vida na sua grande maioria inadequado para responder às necessidades das crianças (Frazão, Pereira, Amaro & Teles, 2001).

A gravidez implica mudanças complexas a nível biológico, psicológico e social, caracterizada por alguma instabilidade temporária, que exige da mulher um esforço de maior adaptação e de equilíbrio. A natureza e a extensão do risco para a mulher grávida consumidora de drogas varia de acordo com os factores como o tipo de droga consumida e a dosagem, a atitude perante a gravidez, a relação familiar e com o companheiro, o ambiente social, nomeadamente as redes de suporte, entre outros.

No que se refere às consequências obstétricas de uma toxicodependente, é muitas vezes difícil traçar fronteiras entre os diferentes factores que intervêm neste problema (condições de vida, substâncias consumidas, aditivos que adulteram essas substâncias, modo de administração das mesmas, etc.). Para além de tudo isto, o facto de não se conhecer exactamente a natureza das substâncias utilizadas e a das interações que se estabelecem entre si, bem como o estatuto social dos toxicodependentes, constituem obstáculos à realização de estudos isentos de distorções e de imprecisões (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

A gravidez é encarada como um momento de felicidade e de realização, por outro lado, é encarada com medo de não conseguir parar de consumir, medo de malformações fetais, medo por não se sentir preparada para ser mãe. Este é um período vulnerável e susceptível de intervenção terapêutica por

motivar a mulher a pedir auxílio e a iniciar um projecto de reabilitação. É importante acompanhar estas mulheres e incentivá-las para o seu tratamento.

A gravidez parece ter um papel importante de decisão para fazer a desintoxicação. Muitas destas mulheres evocam o facto de se sentirem fartas de depender da droga e a necessidade de uma vida nova, que inclua o seu bebé (Frazão, Pereira, Amaro & Teles, 2001).

A mulher toxicodependente deve ter um acompanhamento especializado, privilegiando o desenvolvimento pessoal da mulher e a adaptação à maternidade. O desenvolvimento pessoal da mulher terá vantagens na solução de alguns problemas pessoais favorecidos pelo seu auto-conhecimento, devendo ser também trabalhada a auto-estima da mulher. Quanto à adaptação da mulher toxicodependente à maternidade esta deverá ser trabalhada no sentido da consciencialização sobre os efeitos do consumo de drogas, as diferentes fases de gravidez e os problemas e receios a ela associados.

1.3. Efeitos das Drogas sobre o Feto e o Recém-Nascido

Desde a gravidez da mulher o desenvolvimento da vida de um ser humano está em construção e tudo o que a mãe faz tem efeito no feto. A placenta, que envolve o feto, tem entre outras funções filtrar substâncias presentes no sangue da mãe, e que podem ser prejudiciais ao seu desenvolvimento. No entanto esta é permeável a algumas substâncias que podem prejudicar o feto, tais como a ingestão de álcool, nicotina e drogas, ou outras substâncias, sejam elas utilizadas com fins terapêuticas ou não.

Na mulher toxicodependente, a gravidez comporta riscos inerentes ao estilo de vida, às modalidades de consumo e aos efeitos das drogas no desenvolvimento do feto (Frazão, Pereira, Amaro & Teles, 2001).

Essas substâncias têm uma relação directa com problemas de desenvolvimento, tais como, bebé com baixo peso corporal, problemas neurológicos, aborto espontâneo, defeitos congénitos e para além dos bebés

poderem nascer prematuros, podem nascer viciados nas mesmas drogas da mãe até por volta dos seis anos de idade. Somando a esses factores os recém nascidos podem ser inquietos, irritadiços, por vezes têm tremores, convulsões, febres e dificuldades respiratórias assim como poderão manifestar problemas de aprendizagem.

O uso repetido de drogas, em particular da heroína, é responsável por abortos espontâneos e partos prematuros cujas frequências, ainda que difíceis de precisar, são importantes. A alternância intoxicação-privação está na origem de um sofrimento fetal repetido (Morel, Boulanger, Hervé & Tonnelet, 2001).

Quanto à síndrome de abstinência, o bebé sentirá os sintomas da mãe, mexer-se-á muito e poderá ter convulsões intra-uterinas, daí que se privilegie o tratamento com metadona nestas situações.

A substituição fornece as condições para um parto e uma estada na maternidade comuns e facilita a intervenção das equipas médico-psicológicas para mitigar a persistência do sintoma. Permite, enfim, que a heroinómana exprima a sua experiência da maternidade e mobilize a sua própria capacidade ao investir no filho (Lowenstein, Gourarier, Coppel, Lebeau & Hefez, 1998).

Os programas de substituição com metadona têm plena indicação na gravidez, permitindo desta forma um controlo rigoroso das doses e níveis estáveis no feto. A metadona evita o síndrome de abstinência materno e fetal, e permite que a grávida encontre alguma estabilidade.

Após o nascimento e ultrapassado um período em que o recém-nascido requer alguns cuidados médicos, os filhos dos toxicodependentes são seres saudáveis e capazes como qualquer criança. O seu desenvolvimento e a aquisição de competências, qualidades e aptidões dependerão da forma vivencial que lhe for proporcionado.

O consumo e o estilo de vida associado ao consumo influenciam as capacidades de adaptação precoces do recém-nascido fundamentais ao estabelecimento da relação materno infantil.

1.4. A Interação Mãe-Criança

A situação da mulher toxicodependente impõe-se como particularmente preocupante relativamente ao aspecto da maternidade. As mães toxicodependentes não conseguem proporcionar a aquisição de competências e aptidões necessárias, isto acontece não só devido aos consumos, mas também em alguns casos predisposto pelas referências parentais distorcidas.

O “Advisory Council on The Misuse of Drugs” (1988), estabeleceu que o uso de drogas “per se” não é incompatível com o desempenho da função maternal, no entanto, experiências infantis e de adolescência negativas e problemas sociais diversos vão influenciar a capacidade da mulher toxicodependentes se relacionar com os seus próprios filhos (cit. in Patrício, 1997).

A Teoria da Vinculação de Bowlby (1982) organiza-se, precisamente, à volta da importância destas relações precoces, bem como do papel determinante das mesmas no desenvolvimento psicológico da criança (principalmente as relações afectivas com os agentes mais precoces de socialização – a família) assumem-se como factores de vulnerabilidade ou de protecção e como a base para as relações afectivas futuras (cit. in Moreira, 2001).

Patrício (1997) refere que o aparecimento de uma criança na vida da mulher toxicodependente, a necessidade de lhe prestar cuidados, a obrigação de a inscrever na sua economia psíquica reactivam as posições actuais ou antigas da mãe face aos seus próprios pais, face à autonomia ou à dependência em relação a eles, aos outros e ao produto, porque a criança depende dela.

O facto de haver falta de disponibilidade afectiva da mãe para com o seu bebé pode influenciar a interação precoce mãe-filho, pois esta apresenta problemas psicopatológicos associados à toxicodependência e comportamentos de risco com impacto negativo nas crianças.

As dificuldades na relação mãe-filho deve-se por parte da mãe, aos seu sentimentos de culpa, à ansiedade em relação ao estado de saúde do filho, ao

seu próprio síndrome de abstinência, à sua fraca auto-estima, às suas dificuldades nas relações interpessoais, aos problemas sociais e à sua própria ambivalência de sentimentos.

Durante o período de gravidez a mulher ensaia papéis e tarefas maternas, cria fantasias de como será o seu filho, qual o seu futuro. É nestas fantasias criadas pela mãe que se estabelece a primeira relação mãe-bebé.

O recém-nascido depende da sua mãe para sobreviver, verificando-se uma necessidade da mãe se adaptar ao seu filho, bem como o filho se adaptar à mãe. Esta interacção entre mãe e filho, bem como todas as adaptações que são exigidas durante a gravidez só ocorrem de forma saudável e eficaz se a mulher se encontrar bem consigo mesma, o que no caso de uma mãe toxicodependente não acontece. Pois esta apresenta problemas psicopatológicos associados à toxicodependência.

Reportando os estudos feitos para a realidade da mulher toxicodependente, pode dizer-se que esta apresenta dificuldades em ligar-se afectivamente ao seu filho, devido às situações psicopatológicas que apresentam, pertencentes à própria toxicodependência (Palminha, 1993).

A toxicodependente é uma pessoa insegura, pouco autónoma e com grandes dificuldades de se relacionar com os outros, procurando na droga a solução para os seus problemas. O facto de haver falta de disponibilidade afectiva da mãe para com o seu bebé pode influenciar a interacção precoce mãe-filho. A detecção precoce de situações de risco facilita a intervenção oportuna, por parte dos técnicos de saúde.

Segundo Palminha (1993), os filhos de mães toxicodependentes estão sujeitos a condições adversas durante toda a gravidez e no período perinatal. Estas condições irão, provavelmente, influenciar a capacidade de adaptação precoce, que é fundamental para o estabelecimento da relação mãe-filho.

É necessário desenvolver intervenções adequadas, que não descurem o cuidado com os seus filhos, mas que se procure recursos e competências nas mulheres toxicodependentes, e sua rede social, e se atenda, simultaneamente, à mulher nas diversas áreas da sua vida.

CAPÍTULO 2. INTERVENÇÃO PRECOCE NA MÃE TOXICODEPENDENTE

2.1. A Comunidade Terapêutica

A comunidade terapêutica foi um movimento que surgiu em Inglaterra, tendo como fundamento teórico o modelo organizativo preconizado por Maxwell Jones, psiquiatra e psicanalista. A II Guerra Mundial causou um elevado número de mortes e destruições, originando um elevado número de perturbações mentais, dificultando Maxwell Jones de estabelecer para todos uma psicoterapia individualizada, o que o levou a juntar estes doentes em grupos de pequena dimensão e aplicar uma psicoterapia de grupo, de onde terá partido para o estabelecimento de comunidades terapêuticas.

Mais tarde este movimento se difundiu por outros países. Este movimento preconizava profundas transformações nos grandes hospitais psiquiátricos.

As primeiras comunidades terapêuticas em Portugal surgiram só nos finais da década de setenta do século passado e foram as comunidades terapêuticas para toxicodependentes.

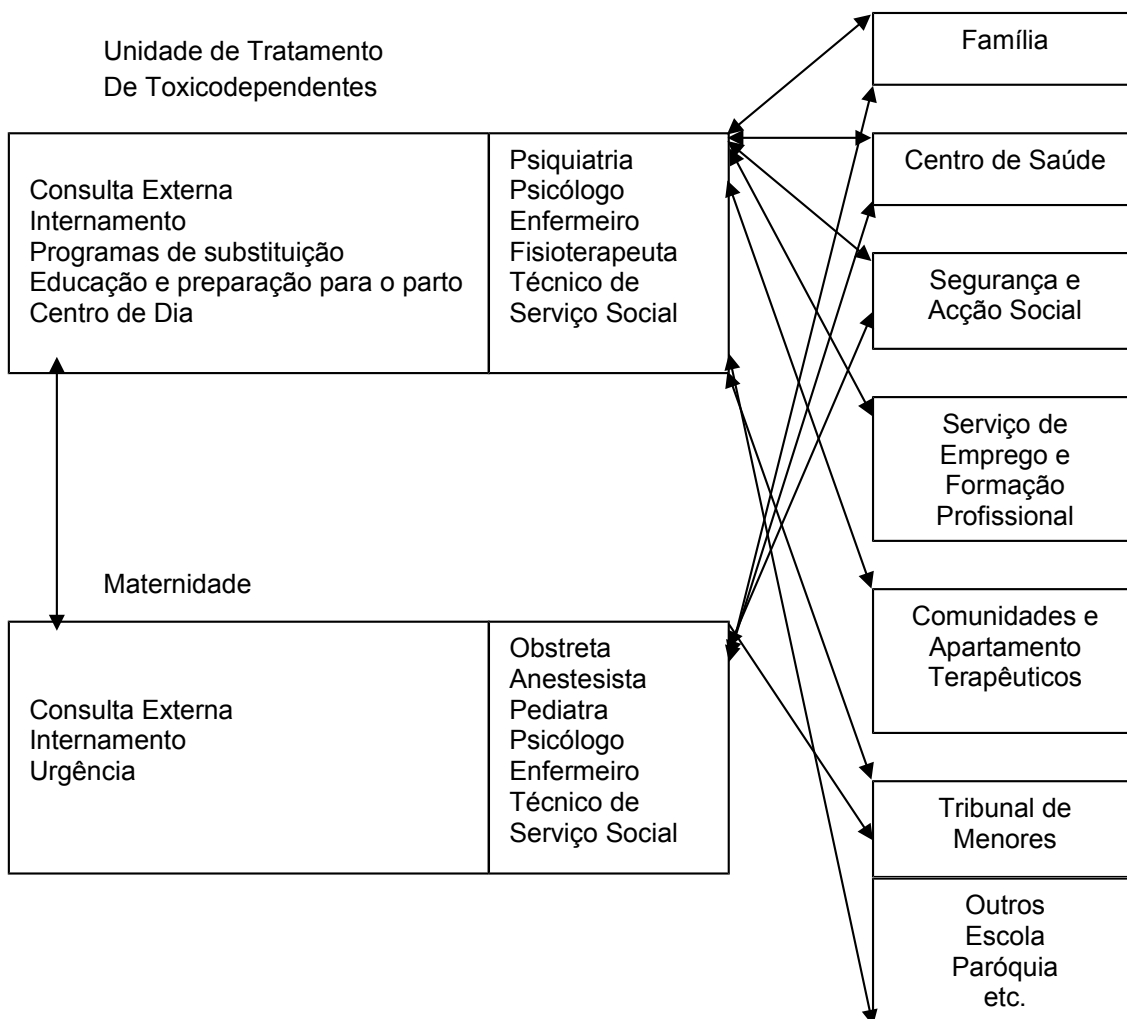
A comunidade terapêutica para toxicodependentes, funciona como um novo meio de uma estruturação da personalidade e de aquisição de hábitos mais saudáveis que ajudam ao regresso à vida social, possibilitando o melhoramento do desenvolvimento pessoal, de reabilitação e de reinserção social dos toxicodependentes, na reintegração dos mesmos na família, na escola, no trabalho e nos diversos grupos da sociedade em que se encontra inserido.

Segundo Patrício (1995), a pessoa doente ao viver em conjunto com outras, diferentes mas com dificuldades semelhantes, e acompanhadas por técnicos com competência profissional, pode sentir-se melhor ajudada a ultrapassar dificuldades que não foi capaz de ultrapassar no tratamento ambulatorio.

O tratamento e recuperação da grávida toxicodependente e por sua vez o acompanhamento dos seus filhos apresenta grandes dificuldades, pela complexidade dos factores etiopatogénicos em causa.

É necessário um programa integrado e comunitário de luta contra a toxicodependência, devendo existir uma intervenção precoce na grávida e mãe toxicodependente numa abordagem multidisciplinar.

Rede de Prestação de Cuidados Articulados para Tratamento da Grávida e Mãe Toxicodependente (Fonte: Patrício, 1997)



A comunidade terapêutica funciona como um novo meio, que permite à mulher toxicodependente uma nova reestruturação, promovendo o desenvolvimento e crescimento pessoal através de alterações do contexto individual devendo ser estimulada a aprendizagem da vivência em grupo, criando relações benéficas e equilibradas reforçando o desenvolvimento das relações interpessoais e a abstenção das drogas.

Na toxicodependência, a terapia tem como objectivo coadjuvar o toxicodependente a substituir progressivamente, as suas práticas de incorporação por um processo de introjecção. O tratamento de toxicodependentes consiste numa ajuda que permita reaprender a viver em abstinência, sem drogas, reforçando a sua responsabilidade, criando auto-estima, e desenvolvendo capacidades interpessoais, de forma que se tornem autónomos, todo este percurso passa muitas vezes pelo internamento mais ou menos prolongado numa Comunidade Terapêutica.

A reabilitação da mulher grávida e mãe toxicodependente na comunidade terapêutica proporciona um meio abstinente de drogas, necessário ao desenvolvimento de capacidades do Eu e permitam a continuidade da relação precoce, essencial não só para a estruturação e desenvolvimento da criança, como para a evolução favorável da mãe através da descoberta das suas capacidades parentais.

A avaliação deste processo envolve não apenas o tratamento mas também no que diz respeito aos utentes, em termos de perspectivas individuais, de mudanças de comportamentos e do meio envolvente, numa dimensão psicossocial, que enquadra o indivíduo nos diversos sistemas com os quais interage.

Compreender a toxicodependência implica compreender a relação que o indivíduo tem consigo próprio, as suas vivências internas passadas e presentes, incluindo o seu processo de adolescência, a sua auto-estima, a sua projecção no futuro, a relação com o seu meio ambiente, com a sua família e a sua interacção social.

Os imperativos terapêuticos nem sempre encontram a resposta mais adequada na relação paciente-terapeuta, apresentando períodos de

perturbações relacionais e comportamentais que traduz a ansiedade e ambivalências maternas, marcado por períodos de desabitação e episódios de intoxicação e encontros e rupturas com as equipas de terapeutas.

As comunidades terapêuticas têm como objectivo quebrar a relação psicossocial com a sua dependência e ressocializá-las de forma a obter resultados positivos a nível familiar, social e laboral.

Um área de extrema importância a trabalhar, será a rede familiar, uma vez que a história de vida destas mulheres habitualmente é marcada por episódios negativos, de violência física e/ou psicológica e abandono, o amor e a sexualidade também deverão ser tidos em consideração, uma vez que os seus companheiros habitualmente têm hábitos idênticos.

2.2. Reinserção Social

A reinserção social contribui para a eficácia do tratamento, levando à realização pessoal e ao restabelecimento das redes sociais de suporte, no sentido de estabilidade emocional e social do indivíduo. É o processo através do qual o indivíduo reestrutura a sua personalidade e a sua vida, desenvolvendo competências de autonomia e responsabilidade.

A responsabilidade é uma condição ao mesmo tempo que um elemento essencial do projecto de prevenção. Responsabilidade individual mas ao mesmo tempo, colectiva, porque, para que os indivíduos sejam responsáveis por si próprios, a carga não pode exercer-se apenas sobre eles, compete à colectividade fornecer-lhes os meios e as condições de possibilidade para que possam assumir verdadeiramente esta tarefa, para com eles próprios e para com os outros. Noutros termos, não há responsabilidade e liberdade efectivas sem laços de solidariedade e sem equidade (Morel, A.; Boulanger, M.; Hervé, F. & Tonnelet G. 2001).

Nos toxicodependentes, os deficits resultantes do abandono escolar precoce, a par das consequências de anos de consumos, da pertença a redes e grupos cujos laços se fixam em teias de marginalização e de exclusão,

originam uma auto-imagem desvalorizada, auto-penalização e incapacidade de iniciativa para procurar emprego e ausência de competências para o manter.

A aquisição e manutenção de um emprego representam neste contexto um factor desencadeador de mecanismos internos de valorização pessoal, de autonomia de melhoria da auto-estima e do auto-conceito. O trabalho funciona como um elemento facilitador dos processos de socialização, proporcionando um conjunto de experiências sociais e relacionais.

Um dos grandes obstáculos no retorno a uma vida dita “normal”, é o estigma que os ex-toxicodependentes carregam pelo seu passado de consumos. Quando iniciam o tratamento e depois a reintegração na sociedade e no trabalho, deparam-se, muitas vezes, com atitudes de desconfiança em relação às suas capacidades e potencialidades.

No mundo da toxicodependência, a reinserção não é fácil, pois surge por parte de toda a esfera pública, uma profunda desconfiança em relação ao sucesso da reconstituição da autonomia individual e de ruptura com o passado do indivíduo em recuperação. No caso específico das mulheres, surgem para além destes, outros factores de discriminação e de conflito psicológico, o que torna a sua reinserção particularmente difícil.

A desigualdade social entre homens e mulheres prolonga-se, ainda para além do momento de “saída” através do estigma diferencial remanescente. O comportamento desviante passado da mulher é menos tolerado que o do homem, estando omnipresente no curso das interacções do seu novo trajecto: «The man is seen as having temporary transgressed, whereas the woman is defined as having permanently fallen (Rosenbaum, 1981, cit. in Cardoso & Manita, 2004).

O processo de reinserção nem sempre é contínuo, é feito de avanços e recuos, de sucessos e frustrações.

A mulher toxicodependente necessita de uma intervenção que lhe permita introduzir alterações estruturais na sua vida. Os modelos de intervenção devem ser adaptadas às características específicas dos contextos de intervenção, isto implica um diagnóstico completo e preciso da realidade social da ex-toxicómana de forma a proporcionar a adequação às reais necessidades da mesma.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

3.1. Problemática e Objectivos de Estudo

Este estudo tem como objectivo atingir o significado inteligível e ideal do fenómeno da vivência de mães toxicodependentes internadas numa comunidade terapêutica. Entendemos ser pertinente desenvolver um estudo de natureza compreensiva, com o objectivo de descrever as vivências, e sentimentos destas mães toxicodependentes. Compreender as suas experiências pode constituir um aspecto relevante para as medidas de prevenção, facilitando e orientando a atenção para as necessidades realmente sentidas por estas informantes enquanto pessoas envolvidas nestas vivências.

A opção metodológica do estudo incide numa abordagem qualitativa, de natureza descritiva e de orientação fenomenológica, procurando deste modo conhecer melhor a globalidade dos fenómenos e a sua compreensão como experiência, tal como ela é vivida e tal como esta é definida pelas utentes internadas numa comunidade terapêutica.

Neste contexto específico, os objectivos do nosso estudo são:

- Conhecer as experiências de vida da mulher toxicodependente antes da entrada na comunidade terapêutica;
- Conhecer a experiência de ser mãe para a mulher toxicodependente;
- Conhecer a relação mãe-filho;
- Analisar a forma como a mulher toxicodependente se adaptou à comunidade terapêutica;
- Identificar as experiências vividas e os sentimentos da mulher toxicodependente;
- Identificar as perspectivas de futuro da mãe toxicodependente, em relação a seu projecto de vida.

Da clarificação destes objectivos emergiu a seguinte questão de investigação:

- Qual a experiência de vida e sentimentos de mães toxicodependente internadas numa comunidade terapêutica?

3.2. Metodologia de Investigação

O estudo qualitativo sobre as mães toxicodependentes internadas numa comunidade terapêutica que apresentamos tem uma orientação fenomenológica, método que se ajusta ao problema em causa e que permite descrever a experiência vivida.

A investigação qualitativa possibilita encontrar respostas para questões centradas na experiência social, como é criada e como tal dá sentido á vida humana (Denzin & Lincoln, 1994, cit. in Streubert & Carpenter, 1999).

A tradição de utilizar métodos qualitativos para estudar fenómenos humanos está submersa nas ciências sociais. A tradição surgiu devido à incapacidade de descrever plenamente os aspectos dos valores, cultura e relações humanas, recorrendo a métodos de investigação quantitativa. Mais recentemente, a prática da investigação qualitativa expandiu-se porque as “abordagens empíricas têm provado ser limitadas na resposta a questões clínicas desafiadoras, especialmente onde a subjectividade e a interpretação humana estão envolvidas” (Thorne, 1997, cit. in Streubert & Carpenter, 1999).

De acordo com a perspectiva do conhecimento adoptada, interessa-nos o acesso à subjectividade da mãe toxicodependente, ou seja, às experiências e respectivas significações do sujeito como actor social. Sendo nosso propósito compreender melhor o fenómeno propusemo-nos a realizar uma investigação fenomenológica para conhecer quais as vivências e os sentimentos das mães toxicodependentes internada numa comunidade terapêutica.

A fenomenologia tem sido e continua a ser, um campo integral de pesquisa que atravessa as disciplinas de filosofia, sociologia e psicologia. (...) A pesquisa fenomenológica traz à linguagem, as percepções da experiência humana com todos os tipo de fenómeno (Streubert & Carpenter, 1999).

Neste estudo, foi utilizada como técnica de recolha de informação, a entrevista semi-estruturada, através de um guião construído pela investigadora e sob a orientação do Doutor Knoch.

Nas suas diferentes formas, os métodos de entrevista distinguem-se pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e de interacção humana. Correctamente valorizados, estes processos permitem ao investigador retirar das entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados (Quivy & Campenhoudt, 1998).

A entrevista permite entrar no mundo da outra pessoa e é uma excelente fonte de dados (Streubert & Carpenter, 1999).

3.2.1. Método Fenomenológico

Almeida & Freire (2003) referem que a fenomenologia tem sido uma das fontes mencionadas para o reforço e interesse crescente pelos métodos qualitativo-interpretativos de análise. Três dos seus princípios reforçam a pertinência e a necessidade de uma postura interpretativa dos comportamentos e fenómenos sociais: a primazia da experiência subjectiva como fonte do conhecimento; o estudo dos fenómenos a partir da perspectiva do outro ou respeitando os seus marcos de referência; e, o interesse em se conhecer a forma como as pessoas experienciam e interpretam o mundo social que também acabam por construir interactivamente.

De um ponto de vista filosófico, o estudo dos seres humanos está profundamente enraizado em modelos descritivos de ciência. Desde há muito tempo que os cientistas humanistas se têm preocupado em descrever os padrões fundamentais do pensamento e do comportamento humano (Streubert & Carpenter, 1999).

A Fenomenologia é o termo pelo qual ficou conhecida a reflexão do filósofo alemão Edmund Husserl e que marcou diversas correntes importantes da filosofia contemporânea, como a ontologia de Martin Heidegger e o existencialismo francês de Maurice Merleau-Ponty e de Jean-Paul Sartre, surgindo como alternativa metodológica ao positivismo.

O conhecimento de fenomenologia hermenêutica foi primeiramente apresentada por Husserl e Dilthey, sendo posteriormente modificada por Heidegger e Gadamar.

A Husserl interessava a compreensão do que a humanidade tem de mais genuíno “mundo vivido” ou experiência vivida.

Mais tarde Heidegger alterou essa definição, para o termo *Dasein* (ser-no-mundo). Heidegger usou o termo *Dasein* para se referir à capacidade humana de compreender a nossa própria existência, sendo o ser aí, um ser no mundo, que significa, por sua vez, as diferentes formas que o Homem vive e pode viver no mundo enquanto interage com os outros (Cunha, 2006).

Husserl propõe uma nova atitude intelectual (filosófica), procurando com base no contra-senso encontrado, edificar um novo método – o fenomenológico. Não pretende negar o mundo, mas tem como tarefa analisar as vivências intencionais da consciência e perceber o sentido dos fenómenos (Loureiro, 2002).

A fenomenologia é o estudo das essências e a **busca da essência**, no sentido Hussereliano, é a procura da coisa em si utilizando uma forma de reflexão que lhe permita olhar as coisas como elas se manifestam. Buscar a essência do mundo não é buscar aquilo que o mundo é em ideia é antes buscar aquilo que de facto é para nós (Merleau Ponty, 1999, cit. in Apóstolo, Cunha, Cristo & Lacerda, 2004).

Para aceder aos fenómenos, é necessário uma actividade reflexiva da consciência. A redução fenomenológica requer a suspensão do juízo em relação a tudo o que é empírico. Colocar em suspenso as atitudes, crenças, pré-conceitos, teorias concentrando-se exclusivamente na experiência vivida.

O conceito estruturante da fenomenologia é a **intencionalidade**. A intencionalidade é o que caracteriza a consciência. É uma atitude assumida

perante o mundo e o conhecimento que não trabalha apenas com um conceito estruturante de consciência, procedendo de modo analítico para esclarecê-lo.

Para a fenomenologia, a consciência é intencional. Esta é a síntese dos actos vivenciais e do produto dos actos vivenciais e que caracteriza a **redução fenomenológica**.

Reflectir é um acto, de voltar sobre as experiências vividas e tomar consciência da trajectória percorrida de si mesmo, vivenciando a experiência de si e do Outro, é o ponto-chave para que o sujeito passe a ver o mundo com o olhar fenomenológico.

A abordagem fenomenológica com raízes em Husserl é um método de pensamento sobre as experiências de vida das pessoas. A reflexão fenomenológica pretende, a partir de um juízo verdadeiro, regressar ao que é efectivamente vivido e em que a descrição corresponde à consciência efectivamente real (Polit & Hungler, 1995).

Os conceitos acima referidos são, juntamente com a consciência intencional, a chamada redução fenomenológica, considerada como o conceito máximo husserliano. O termo grego para a noção “voltar às coisas mesmas” é a **epoché**. Este retorno é proposto não como a condução do humano a uma pureza de consciência inacessível, mas sim tal qual um retornar às coisas mesmas, ao **Lebenswelt (mundo vivido)**, como voltar à origem do sentido do fenómeno observado. *Epoché* é voltar-se para o fenómeno de modo a encará-lo com a ciência de estar inserido num mundo em busca de seu sentido originário.

A Fenomenologia de Husserl pretende readquirir a originalidade do sujeito, o que a humanidade tem de mais genuíno, a que o filósofo chamou *mundo vivido* (Cordon & Martinez, 1998).

Merleau-Ponty (1999) refere que a fenomenologia pode caracterizar-se como um método, ou seja, como um modo de tornar a filosofia numa ciência de rigor, face ao relativismo e ao subjectivismo psicológico. É uma ciência descritiva, não dedutiva. A fenomenologia não procura explicar ou analisar, antes descrever não se preocupando em encontrar relações causais, mas sim mostrar a essência do fenómeno. Para que se possa compreender as

afirmações da atitude natural é necessário colocá-la em “suspense” (cit. in Apóstolo, Cunha, Cristo & Lacerda, 2004).

Para van Manen (1990), investigar, é sempre questionar o modo como experienciamos o mundo, é querer conhecer o mundo no qual vivemos como seres humanos. E porque, de certo modo, conhecer o mundo, é estar no mundo, de uma dada maneira, então o acto de pesquisar-questionar-teorizar é um acto intencional de nos ligarmos ao mundo, de mais completamente fazermos parte dele, ou melhor, de nos tornarmos parte de mundo (cit. in Queiroz, Meireles & Cunha, 2007).

Cordon & Martinez (1995), caracterizam fundamentalmente a fenomenologia como um método que se quer rigoroso para fazer face ao subjectivismo psicológico, como uma ciência descritiva, que descreve as essências tal como são intuídas, o manifesto enquanto fenómenos, como ciência dos fenómenos, pois procura as próprias coisas, procurando o sentido preciso e essencial das coisas, como ciência fundamental, pois procura fornecer os princípios e fundamentos do fazer científico e, por ultimo como auto-reflexão da humanidade, uma atitude de rebeldia contra o saber tecnicista, uma reflexão sobre o ser, face à ausência de sentido da própria existência humana (cit. in Loureiro, 2002).

3.2.2. Local do Estudo

O estudo decorre na Instituição AnaJovem – Comunidade Terapêutica Lua Nova em Coimbra.

A escolha desta Comunidade Terapêutica deve-se ao facto de reunir as condições necessárias para o acolhimento e intervenção de grávidas e/ou mães toxicodependentes.

A Comunidade Terapêutica Lua Nova, é uma comunidade terapêutica residencial, de estadia prolongada. O projecto destina-se a receber 14 jovens

toxicodependentes grávidas e/ou com filhos até aos 10 anos de idade, recebendo jovens de todo o território nacional. Tendo como propósito a intervenção precoce na mulher toxicodependente, o afastamento do seu local habitual de consumo e a criação de hábitos de autonomia e responsabilidade possibilitando uma mudança de vida futura.

O Programa Terapêutico tem a duração média de um ano, podendo ser prolongado por mais seis meses, processando-se por três fases não cronológicas, as quais correspondem à evolução individual de cada utente e ao tempo de estadia na Comunidade.

3.2.3. Informantes

A escolha das participantes orientou critérios de significatividade, sendo constituída uma amostra por conveniência. Os critérios de selecção das entrevistas foram: o facto de estarem inseridas numa comunidade terapêutica; estar na última fase do programa terapêutico e/ou na segunda fase do programa terapêutico; a trajectória de consumos ser coincidente no sentido de estarem grávidas na fase de abuso de drogas; e estarem a viver com os seus filhos na comunidade terapêutica.

Entrevistaram-se quatro mulheres, com idades compreendidas entre os 26 e os 38 anos. O nível de escolaridade situa-se entre o 9º ano de escolaridade e o grau de licenciatura. Duas mulheres de baixo estatuto sócio-económico e outras duas de médio/baixo estatuto sócio económico. Duas mulheres viviam antes do internamento com o companheiro também ele toxicodependente e as outras duas mulheres com familiares, uma com a família de origem e a outra com familiares do marido, que se encontra preso por furtos devido à sua dependência de drogas. Todas as mulheres têm um filho que está com elas na comunidade, e a sua idade varia entre um ano e os dois anos. Uma das mulheres internadas tem ainda mais três filhos com idades compreendidas entre os quatro e os catorze anos, estando duas a viver com o

primeiro marido e a outra filha fruto do casamento com o segundo marido com a avó paterna.

O tempo de consumo varia entre três e dezoito anos. Todas as mulheres eram consumidoras regulares de heroína e/ou cocaína.

3.2.4. Colheita de Informação

Foram tidos em conta os aspectos éticos inerentes ao processo, pelo que numa primeira fase foi contactado o responsável pela Comunidade Terapêutica, no sentido de ser explicado em que consiste este estudo e quais os seus objectivos, sendo assinado posteriormente a autorização deste estudo fenomenológico (Anexo I).

Após ser concedida a autorização, entrou-se em contacto com as utentes e foi dado a conhecer às entrevistadas a natureza e objectivos do estudo, bem como outra informação que permitisse às sujeitas em causa decidir acerca da sua participação. É também explicado que todos os dados recolhidos são anónimos e que é preservada a confidencialidade das respostas. Após a decisão de participação foi assinado um consentimento informado (Anexo II) e combinou-se a melhor altura de aceder à entrevista.

As entrevistas foram realizadas na comunidade terapêutica onde estas mães toxicodependentes estão internadas, no gabinete terapêutico apresentado condições adequadas para a sua realização.

As “histórias de vida” das mulheres toxicodependentes foram recolhidas a partir de uma entrevista semi-estruturada, orientada com base num guião previamente elaborado (Guião de Entrevista).

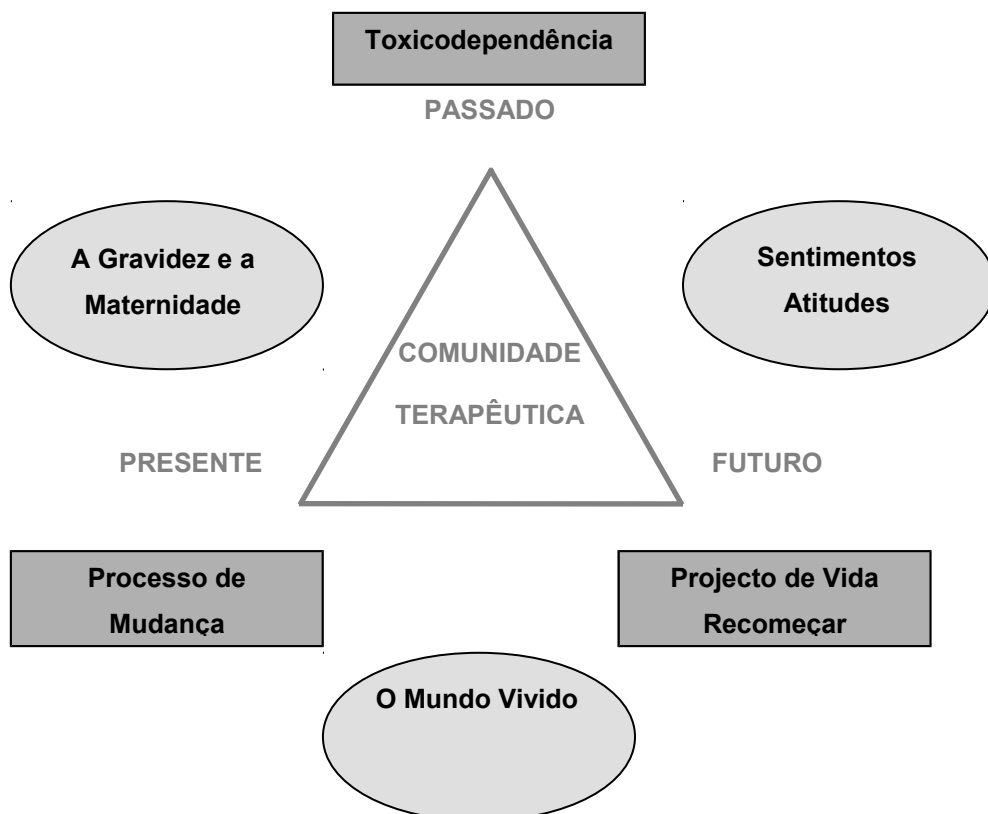
A colheita de informação foi gravada em suporte digital e depois transcrita para papel e analisada por mim e pelo professor que orienta este estudo. As entrevistas envolveram exclusivamente a investigadora, de forma a evitar diferenças significativas na condução das entrevistas. Cada entrevista terminou quando as informantes confirmavam que haviam esgotado a sua descrição, tendo uma duração de 60 a 90 minutos.

GUIÃO DE ENTREVISTA

3.2.5. Análise da Informação

Foi analisada toda a informação com uma leitura global, com o intuito de apreender o sentido global do fenómeno.

Antes de analisarmos as entrevistas, elaboramos um esquema representativo da abordagem do fenómeno:



A partir deste esquema (depthpicture) e dos temas previamente estabelecidos, quando líamos as entrevistas, repetidas vezes, anotávamos ao lado do texto o que de mais significativo obtínhamos.

Após este passo inicial as entrevistas foram objecto de uma identificação e delimitação das unidades de significado que foram organizados em categorias e subcategorias. Tendo resultado do processo quatro categorias e seis subcategorias (Estrutura do Fenómeno). A partir do sistema de categorias desenvolvemos um processo inferencial e de interpretação dos dados empíricos.

ESTRUTURA DO FENÓMENO

A estrutura do fenómeno através do modelo interpretativo seguiu as orientações propostas por Max van Manen (1984), (cit. in Cunha, 2006).

As orientações propostas por Max van Manen são: voltar-se para a natureza da experiência vivida (voltar-se para um fenómeno que realmente interessa ao investigador e que o relaciona com o mundo); investigação existencial (investigar a experiência tal como ela é vivida e não como é conceptualizada); reflexão fenomenológica (reflexão nos temas essenciais que caracterizam o fenómeno); escrita fenomenológica (descrição do fenómeno através da arte de escrever e reescrever; utilizar a expressão pessoal do investigador; estudar a experiência tal como cada um vive e não como ela é conceptualizada; utilizar as descrições encontradas na literatura).

CAPÍTULO 4. INTERPRETAÇÃO FENOMENOLÓGICA DAS ENTREVISTAS

4.1. Apresentação e Análise dos Achados

Este capítulo tem como objectivo a análise da estrutura essencial do fenómeno, no sentido de prosseguimos no conhecimento e compreensão da problemática que elegemos como tema de investigação, sendo transcritos excertos do discurso das entrevistadas, elucidativos da experiência vivida.

4.1.1. Experiências de Vida da Mulher Toxicodependente

Esta categoria temática envolve um conjunto de vivências e sentimentos ligados à toxicodependência. A mulher toxicodependente teve necessidade de partilhar a sua história, existindo uma emergência de significações existenciais para a mulher a partir da experiência vivida no mundo da droga.

A experiência da toxicodependência projecta-se para uma atitude de manifestações exteriores, de conflitos intrapsíquicos e de interacção relacional.

Nos seus relatos a mulher toxicodependente atenua ou faz desaparecer afectos e emoções, substituindo por intermédio de factos.

O Ego da toxicómana surge-nos, como intrinsecamente frágil, necessitando recorrer a processos defensivos.

4.1.1.1. Vivências no Mundo da Droga

▪ Início dos consumos

As entrevistadas revelaram o primeiro contacto que tiveram com a droga, apontando a idade e o tipo de droga com que iniciaram os seus

consumos. Estas mulheres tiveram necessidade de contar como tudo se iniciou na sua vida ligada ao mundo da droga.

“Comecei aos 16 anos com a heroína fumada (...) Eu tenho dois irmãos mais velhos que já consumiam, e eu já sabia mais ou menos o que era, via-os a eles...” (E1)

“Até aos 23 anos nem sequer um charro tinha fumado. Se fumei três, quatro charros na minha vida foi muito. Experimentei cocaína primeiro snifada aos 23 anos. Comecei logo com a cocaína snifada, cheirada.” (E2)

“O meu marido consumia, e eu tive curiosidade em ver (...). Comecei a consumir cocaína com 35 anos por curiosidade.” (E3)

“Comecei a fumar uns cigarritos por volta dos 11 anos. Aos 12, 13 anos já fumava uns charros e umas cervejas ... Eu na altura não ouvia falar nas drogas duras, nessa altura não sabia, era só o haxixe. As drogas duras, eu iniciei quando comecei a namorar um rapaz aos 15 anos.” (E4)

▪ **Atribuição de causalidade**

Durante as entrevistas estas mulheres procuram uma causa para o início dos seus consumos. A atribuição de causalidade aparece durante as entrevistas como um significado para a experiência vivida no mundo da droga. As motivações foram referidas como influenciadas por amigos, por agressividade ou raiva, assim como também foi referido a curiosidade de experimentar.

“Comecei com uma amiga, que por acaso era a minha melhor amiga. Ela já consumia e eu não sabia. (...) ela, apareceu lá no ciclo com heroína, e disse, olha vamos ali à casa-de-banho experimentar uma coisa! Então prontos experimentei (...)” (E1)

“No contexto social, com muitos amigos. Eu vivi muitos anos antes de estar com este companheiro, com um músico no Porto (...) Aquele meio da droga! Músicos, actores, essas coisas (...)” (E2)

“O meu marido, tinha problemas, depois recaiu já nós estávamos juntos. (...) eu disse-lhe a primeira vez que consumi heroína, que queria ver o que estava a destruir a minha vida (...)” (E3)

“(...) não ouvia falar nas drogas duras, nessa altura não sabia, era só o haxixe. E então num fim de ano lembro-me que houve uma altura que eu andava à procura de haxixe, e disseram-me que não tinham, que só havia heroína. E eu não sabia o que aquilo era, e não cria, e prontos! Mas deu-me curiosidade em saber o que era. (...) O problema depois era para eu consumir, porque eu queria era injectado e eu não sabia como se fazia nem nada!” (E4)

▪ **Sensações**

As mulheres toxicodependentes referem as alterações e sensações provocadas pelo consumo de drogas, apontando o desejo contínuo do seu uso que as drogas potenciam.

“Experimentei e fiquei muito mal disposta, agoniada. E ela disse que isso era normal na primeira vez, mas que na segunda iria me sentir muito melhor. Daí comecei a consumir a segunda vez, terceira, quarta, quinta...” (E1)

“A cocaína fumada é diferente da cocaína snifada. A cocaína snifada dá-nos aquela coisa de conversarmos de prolongar as noites (...) Porque aquilo dava-nos uma energia (...) Diferente da fumada, apetece é estar sempre a fumar, e sossegados e não dá para falar e quer-se é mais (...)” (E2)

“A heroína dá um efeito de apatia completa, sonolência, apatia, apatia... Não temos vontade de fazer nada é muita frustração, muita, muita... A cocaína é-me difícil de descrever, é muito difícil de descrever, com a cocaína ficamos muito destemidos, dá-nos uma energia muito grande, ficamos muito eufóricos.” (E3)

“Eu gostei muito daquilo (...) E vomitava-me muito, mas eu gostava daquilo! Gostava até do modo de estar que me dava, gostava! (...) sentia a droga dentro mesmo de mim, a correr-me o corpo, tipo a apanhar tudo, uma dormência, uma leveza muito grande, e depois a subir (...)” (E4)

Algumas mulheres consomem para colmatarem as dificuldades que têm na sua vida, dando-lhes sensações de destemor para ultrapassar a vida de sofrimento em que vivem.

“A sensação de como eu hei-de dizer de coragem, de sentir-se forte, parece que nada nos atinge (...) Eu como precisava, como hei-de dizer de um reforço porque tinha uma vida muito complicada, depois de experimentar gostei dela. Porque todo aquele sofrimento que vivia, tudo! A droga parece que abafou, não tirou mas abafou.” (E1)

▪ Dependência

A dependência dá-se passado pouco tempo segundo estas mulheres toxicodependentes. É relatado o sofrimento e a dor que sentiam pela falta da droga no seu corpo.

“Passado poucos dias, já estava viciada. O corpo começou a sentir a falta, com tremores, dores musculares.” (E1)

“Do género já não levantava da cama se não a fumasse. A cocaína fumada agarra muito rápido (...)” (E2)

▪ Ressacas e fracassos

As entrevistadas falam da experiência das ressacas e de como eram dolorosas essas sensações. É referido o medo das ressacas e o fracasso dos tratamentos que foram mal sucedidos.

“(...) fiz a ressaca a frio, tive muito mal para aí uma semana, vomitava, desmaiava, eu sei lá, andava mesmo muito mal (...)” (E4)

“Fiz uma desintoxicação física de oito dias de abstinência da droga, mas não resultou... Foi numa clínica de desabituação em Braga, mas não resultou...” (E2)

“Tive pela primeira vez em Outubro de 2006, numa Comunidade de 12 passos mas não terminei. Nunca terminei nenhum...” (E3)

“(...) o meu medo era a ressaca. (...) fui para o Centro Acolhimento de Alcântara e não resultou (...) Tive em Espanha na Remar sete meses e voltei para Portugal. (...) fui pedir ajuda a um Centro que fazia parceria com o Centro de Alcântara, porque não tinha para onde ir. Então mandam-me para o Albergue, para o CAT e para a Misericórdia (...)” (E4)

▪ Viver em função da droga

É referido por estas mulheres, as perdas e a solidão que a droga afundou. O seu dia-a-dia era organizado em função do consumo de drogas o qual lhes conferia um modo de vida instável e caótico.

“(...) quando consumia, passava os dias a consumir a tentar arranjar dinheiro para consumir (...) Conseguia dar a volta à minha mãe, dizia-lhe que precisava de coisas para a escola. (...) Depois mais tarde, comecei a pedir, a ir aqui e ir acolá. Os meus irmãos vendiam e eu também chegava a lhes roubar, para consumir.” (E1)

“Tinha muita droga no corpo e não comia, passava a noite acordada a injectar-me, se fosse preciso com aquela coisa da cocaína, passava ali que tempos a injectar-me e era capaz de estar com o mesmo caldo, com a mesma seringa ali de roda de mim duas horas, se fosse preciso. (...) lembro-me de às vezes de olhar ao espelho e estar super magra, a tremer muito...” (E4)

“(...) deixei de pagar o quarto e fui viver para um carro. Depois uma vez vou à noite para ir para o carro já não estava lá o carro, a policia tinha rebocado o carro. (...) e prontos tive mesmo que me meter no Casal Ventoso a dormir (...) Depois aí é que foi a degradação, de andar a tomar banho uma vez por semana, e era quando, quando me traziam roupa lavada (...)” (E4)

“Nessa altura eu já nem tinha aspecto para ir roubar em hipermercados, tinha mesmo que andar ali a vender droga. (...) Para tomar banho ia a Alcântara, lá há uns balneários, só que a vida de toxicodependente implica que eu ir lá abaixo tomar banho, perco pelo menos uma hora e meia, duas, e isso é tempo que eu não vendo, que eu não consumo.” (E4)

“Às vezes ia-me deitar à noite e só quando ia dormir é que me lembrava que não tinha comido nada, tinha o estômago a doer com fome. No outro dia o que eu queria era consumir, e ao consumir perdia a fome, e prontos aquilo ia passando.” (E4)

“(...) Iniciei os consumos aos 15 anos, aos 20 vou presa. Ele tinha sido preso um ano antes. (...) fomos arranjando os dois, muitos processos de furto, e ele muitos processos por tráfico. Ele foi preso, e eu aí vejo-me outra vez sozinha. (...) Eu fui presa por furtos a supermercados (...) foi um acumular de coisas até aos 20 anos. Tive 19 processos para responder (...)” (E4)

“Às vezes pensava que já estava farta daquilo e estava-me a ver sozinha e era muito complicado. E às vezes aquilo dava-me volta à cabeça, mas força para sair, aquela vontade, não...” (E4)

4.1.1.2. Vivências de Relações

▪ Ambiente familiar

Estas mulheres revelam que existia carência afectiva na sua infância. É referido que as suas famílias eram disfuncionais e que provocavam nelas sentimentos de inferioridade e de desvalorização.

“Os meus pais nunca se deram bem. O meu pai sempre agrediu a minha mãe, havia violência doméstica. A minha mãe refugiava-se no álcool e nunca quis saber de nada (...)” (E1)

“Eu saía e vinha às tantas, aos 13 anos eu chegava às tantas da manhã! Nunca quiseram saber! Nunca se importaram com isso! (...) Quando eles se aperceberam que eu tinha iniciado no caminho da droga, continuou igual... Não houve mudanças... Foram sempre distantes...” (E1)

“Eu sempre fui assim, muito rebeldezita e tal (...) A minha mãe foi sempre assim muito severa, e então eu sempre que podia escapava (...)” (E4)

“Eu fui criada com a minha mãe. O meu pai morreu, tinha eu 21 meses. (...) É engraçado que na altura em que eu comecei nas drogas duras a minha mãe, era o deixa andar (...)” (E4)

“Sempre tive uma relação muito distante dos meus pais. Tenho uns pais muito exigentes, não aceitam um erro, não aceitam uma contrariedade, pronto foi sempre uma vida um pouco de omissões e de mentira da minha parte para os tentar agradar sempre. Aparentemente era uma família feliz, só aparentemente. Mas foi um ambiente normal aos olhos dos outros, foi um ambiente normal.” (E3)

O consumo de drogas e o estilo de vida das mulheres toxicodependentes afectam o relacionamento familiar, existindo um afastamento e um sofrimento vivido pela família de origem.

“Actualmente o meu pai não fala comigo, a minha mãe está a querer aproximar-se lentamente, o meu irmão não sei, deixou-me de falar também totalmente devido às drogas e não sei acho que ele quer uma reaproximação, mas não consigo perceber.” (E3)

“O meu irmão, andou um bocado a querer controlar, mas eu não deixava, a minha mãe também não ligava ao que ele dizia (...) Entretanto fui presa e a minha mãe dizia que não ia andar em cima de mim (...)” (E4)

“A minha mãe aguentou muito, eu tirei-lhe muita coisa da minha casa. A minha mãe chegou a vir do trabalho sentar-se para ver televisão e não ter a televisão. (...) passou assim ainda um bocado.” (E4)

▪ **Companheiros**

As mulheres toxicodependentes referem que os companheiros também eram consumidores, existindo assim uma identificação e um elo pessoal.

“A primeira vez que tinha estado junta com ele tinha 17 anos, era mais velho 12 anos que eu, e era consumidor (...) decidimos juntarmo-nos, casámos, e tivemos a menina.” (E1)

“Eu conheci o meu companheiro, o pai do menino, por intermédio de uns amigos meus do Porto. (...) descobrimos que gostávamos os dois de droga.” (E2)

Em consequência da sua desestruturação pessoal e familiar é apontado por estas mulheres o amparo que obtiveram dos companheiros.

“Eu comecei a viver com ele aos 15 anos (...) ele esteve comigo aqueles 15 anos de droga, foi com ele praticamente que eu cresci. (...) Tive ali uma falta muito grande que foi a minha mãe, recordo-me muito disso, e ele foi o meu suporte (...)” (E4)

É referido a ligação que existe aos companheiros apesar de terem passado por experiências penosas com estes.

(...) desrespeitamo-nos completamente um ao outro, foi o que a droga nos fez. (...) Separamo-nos e ainda bem, porque se calhar também estava lá dentro na prisão. Já tive muita raiva, mas por um lado é a pessoa que eu amo. Separámo-nos estava grávida (...) actualmente vou visitá-lo.” (E3)

4.1.2. Significação da Experiência de ser Mãe

A falta de conhecimentos sobre a sexualidade e as alterações menstruais decorrentes do uso habitual de opiáceos, criam nestas mulheres o “mito de infertilidade” que pode resultar na contracepção inadequada ou inexistente.

Constatamos que o reconhecimento da gravidez é tardio, limitando estas futuras mães de realizar um processo de maturação e consciencialização do papel de mãe.

A maior parte das gravidezes não foi planeada, mas existe o desejo de serem mães, implicando para isso a vontade de uma mudança de vida.

A gravidez tem um papel importante na tomada de decisão de fazer a desintoxicação, salientando o facto da mulher se sentir farta de depender da droga.

4.1.2.1. Maternidade

▪ Desejo de ser mãe

O estilo de vida destas mulheres organizado em função do consumo, condicionou os seus comportamentos e atitudes face ao planeamento familiar à gravidez e à maternidade.

“Quando descobri, já estava grávida de cinco meses e meio. (...) eu sempre tive relações com o pai da minha filha à vontade, sem nunca ter engravidado.” (E1)

“Eu só soube que estava grávida aos quatro meses porque até essa altura vinha o período... E depois não veio o período menstrual (...)” (E2)

O desejo de ser mãe existe, embora impossibilitados de ser vividos na sua totalidade, pela consciência de que não era a altura certa, devido aos consumos, sentido uma ambivalência de sentimentos de revolta e receios por consumir e não conseguir parar e ao mesmo tempo de alegria por estar grávida e ser mãe.

“Quando descobri que estava grávida fiquei contente, muito eufórica. E a primeira coisa em que pensei foi em deixar de consumir. E pensei eu vou ter que organizar a minha vida. (...) o que eu senti mais, foi uma revolta contra mim, uma raiva, porque eu tinha uma criança dentro e queria parar de consumir e não conseguia. E até ela nascer foi muito complicado, achava que não prestava para nada. O que sentia em relação a mim mesma era desbastador.” (E1)

“Fiquei muito contente, fiquei muito atrapalhada por eu estar a consumir. Ter uma gravidez e estar a consumir (...) Mas não consegui deixar de consumir. Ainda tentei, mas não tive força que chegasse. (...) O vício foi mais forte, a droga estava muito entranhada. (...) não deixei pela ressaca, nessa altura já estava agarrada.” (E2)

“Foi uma gravidez planeada, tinha esperanças que com a gravidez deixasse de consumir, e não, não deixei, continuei, aliás consumi muito no primeiro trimestre (...)” (E3)

“Eu já estava desconfiada que estava grávida, e então eu queria parar porque eu não queria isso! Eu soube que estava grávida aos cinco meses de gestação. Queria deixar, quando ouvi o coração, a fazer a ecografia tive medo.” (E4)

- **Consequências das drogas no bebé**

Estas mulheres viveram a experiência de gravidez com muita ansiedade e culpa pela dúvida das consequências das drogas no bebé, as malformações e a síndrome de abstinência neo-natal.

“(...) andava muito ansiosa, os consumos que tinha, eu sabia que podiam ser prejudiciais para o menino, até porque eu consumia heroína e cocaína.” (E2)

“O meu medo era saber se estava tudo bem. Disseram-me que sim que estava tudo bem, que o bebé era pequeno mas que estava tudo bem.” (E4)

Devido à síndrome de abstinência e à existência de outros problemas de saúde ou de carácter social levam em certos casos, a um internamento hospitalar prolongado do bebé, provocando a separação mãe/filho.

“Ele nasceu com muitos problemas, ficou lá dois meses e eu continuava a consumir, mas ia lá todos os dias, mas não deixei de consumir. Eu só deixei de consumir para vir para aqui.” (E2)

“Ele só não teve alta social. Porque ao fim de dois dias agente teve alta clínica. O meu filho ainda ficou 18 dias lá. Eu chorei, chorei, chorei, para tudo e todos que não queria qualquer afastamento, porque eu queria o meu filho. Eu não tinha para onde ir com o menino (...)” (E4)

É referido por estas mães que apesar de consumirem durante a gravidez, os seus bebés nasceram sem sintomas de privação.

“A menina nasceu muito calminha, sem sintomas de privação. Raramente chorava, chorava para mamar, para comer.” (E1)

“(...) já não era considerado prematuro, nasceu com 36 semanas, esteve na incubadora e um dia para observação, porque não mamava, mas nunca teve sintomas de privação.” (E3)

- **Motivação para abandonar as drogas**

As mulheres toxicodependentes vivem a gravidez como uma motivação para o abandono dos consumos.

“E então uma coisa que eu dizia era quando o meu filho nascesse acabou! Sentia como um marco, o meu filho nasce, e eu não consumo mais. (...) Eu sempre quis um bebê, não encontrava era o parceiro, nem a altura certa. Eu queria uma coisa que virasse, porque eu queria mais da vida.” (E4)

Apesar da gravidez ser considerada um bom momento para iniciar um programa de tratamento, este é acompanhado por um processo de desintoxicações e recaídas.

“Quando ela nasceu parei cerca de três semanas, mas depois voltei a consumir. Quando a tive, estive na maternidade com os sintomas de privação (...) Entretanto, o pai da menina foi lá, e eu sabia que ele tinha consumido e isso perturbava-me, e quando eu sai da maternidade ele continuava a consumir, e eu passado duas a três semanas voltei a recair...” (E1)

“(...) queriam que eu tomasse outra vez metadona. Eu já tinha passado por tantas ressacas (...) eu não quis tomar metadona enquanto estava grávida. Passo é a ter consumos mais espaçados, de uma vez por semana.” (E4)

▪ Ser mãe

Ser mãe para estas mulheres foi vivido no início de forma contraditória, por um lado o desejo de serem mães e a alegria que isso lhes proporcionou mas por outro lado a droga estava muito presente nas suas vidas.

“Ao princípio não dava assim muito... valor ao papel de mãe, pelos consumos (...) mas está a ser maravilhoso, esse lado maternal, a gente descobrir, aprender a conhecer os nossos filhos...” (E1)

“Na altura pensei assim, mas eu não posso ficar com esta criança! Eu não mereço ficar com esta criança! (...) Mas depois pensei não, não vou pensar assim! (...) Portanto eu vou fazer direito, vou-me tratar, e ele vai ter que vir comigo (...)” (E2)

“Agora, sinto-me muito feliz por ser mãe (...) Parece que tudo já passou, parece que não foi comigo, essas coisas todas. Parece que não fui eu que fiz aquilo, conscientemente sinto-me muito mal saber que fiz aquilo tudo que fiz... Mas também penso que na altura não consegui, não consegui mesmo...” (E2)

“Ser mãe é maravilhoso, é indescritível, é um momento indescritível mesmo. É de uma felicidade enorme. É um ser que foi crescendo dentro de nós que sentimos durante toda a gravidez e depois vemos ali o resultado, é maravilhoso é indescritível mesmo. (...) Sinto remorso de não tido coragem na altura que fiquei grávida de ter deixado a droga.” (E3)

“Quando ele nasceu foi a coisa melhor da vida. É como se apagasse o sofrimento em que se vive... Quando estava cá fora é uma alegria grande.” (E4)

▪ **Relação mãe-filho**

Na relação mãe-filho, verifica-se uma necessidade da mãe se adaptar ao seu filho. Esta interacção entre mãe e filho, bem como todas as adaptações são vividas no início com dificuldade pela inexperiência de cuidar de uma filho. Com a experiência estas mães vão adquirindo estratégias para cuidarem dos seus filhos.

“No início tinha dificuldade em lidar com as birras dela. Era uma criança muito inquieta... Tinha dificuldade, agora não. Fui aprendendo a conhecê-la, fui aprendendo a ter estratégias para saber lidar com ela, fui adquirindo isso.” (E1)

“O facto de estar aqui internada permite-me estar com ele este tempo todo (...) está a ser um desafio, porque esta questão das birras que ele costuma fazer, faz parte, eu costumo dizer que as minhas meninas não faziam isso, não faziam porque estava pouco tempo com elas, que era quando saía do trabalho que ia buscá-las, não dava para ver tão bem (...) estar aqui permite estar a acompanhá-lo.” (E3)

“Ele chorava e eu ia lá a correr, e agora está visto o comportamento dele. (...) Quería estar sempre de volta dele. E como ele era chorão até para tomar leite, via-me aflita! Até quando eu ia tomar banho e o deixava no quarto, estava sempre a ver quando é que ele chorava.” (E4)

“(...) só as birras dele é que é complicado! Não gosta de ser contrariado! Porque eu fazia-lhe as vontades todas, mas não pode ser! Porque ele está a crescer e não pode ser! Tenho alguma dificuldade em o controlar, porque ele quando quer, quer! Quando não quer, não quer! Quando é já, é já! (...) Agora já não faz tantas birras, porque eu comecei a impor-me, tive que mudar algumas atitudes (...)” (E4)

Algumas dificuldades na relação mãe-filho devem-se a sentimentos de culpa, à ansiedade em relação ao estado de saúde do seu filho.

“Senti muita culpa... Pelo mal que lhe fiz, mas agora já ultrapassei essas coisas todas, e quero-lhe dar o melhor, quero estar muito feliz para ele receber toda essa energia positiva...” (E2)

“Eu digo isto muitas vezes eu não mereço o filho que tenho ... Ele é muito querido, ele é muito simpático, muito sossegado e é muito doce, não tenho qualquer dificuldade em lidar com ele.” (E2)

4.1.3. Integração na Comunidade Terapêutica

Quando ocorre a procura de ajuda, mais especificamente para um tratamento/internamento numa Comunidade Terapêutica, é porque a mulher/mãe toxicodependente já não consegue dominar a situação em que vive, sobrevivendo a consciencialização do falhanço na resolução.

Todos os casos foram sinalizados pela Comissão de Protecção de Menores e foi por imposição que vieram para a Comunidade, sendo a única alternativa para permanecerem junto aos seus filhos.

As entrevistadas demonstraram que o internamento na Comunidade funciona como uma oportunidade de mudança, no sentido de adquirir competências futuras, revestindo-se de grande importância para o delineamento do seu projecto de vida.

Foi mencionado pelas mães toxicodependentes a integração e adaptação ao programa terapêutico, a aprendizagem, as regras, a relação com as outras utentes e equipa técnica e o processo de vinculação mãe-filho.

4.1.3.1. Expectativas

Algumas mães toxicodependentes nas suas narrativas referem que não sabiam o que era uma comunidade terapêutica, existindo uma angústia pelo desconhecido.

“Não sabia o que me esperava... (...) No princípio ainda pensei será que vou aguentar? Eu nunca tinha ficado presa a algo. Estive sempre habituada a ter a minha liberdade, tinha muito receio em estar aqui presa.” (E1)

“Eu nem sabia o que era uma comunidade. Antes de vir, umas duas semanas, no CAT tiveram-me a explicar, que tinha regras, tinha tarefas, que eu não fazia ideia do que isto era...” (E2)

“Não queria saber para onde é que ia, ou deixava de ir, o que era, o que não era, se era bom, senão era bom. Impunham-me isso para ficar com o meu filho, então está bem, vou!” (E4)

- **Única alternativa**

Todos os casos destas mães toxicodependentes foram sinalizados pela Comissão de Protecção de Menores, estas mulheres relatam que esta medida foi a única alternativa que tinham, existindo assim um conformismo e uma aceitação por medo de perderem os seus filhos.

“A menina tinha 14 meses quando veio para aqui, eu deixei de consumir uma semana antes de entrar aqui. E só deixei de consumir quando ia ficar sem a minha filha. (...) Como eu continuava a consumir a situação foi entregue à Comissão e Protecção de Menores. (...) Deram-me um prazo, para fazer um tratamento através do CAT, mas eu não quis saber, continuei. Depois como eu não quis saber de nada enviaram para o Tribunal. (...) Foi a minha única saída! Então eu não podia fazer mais nada! Então eu tive que me preparar para vir para a Comunidade.” (E1)

“Fui sinalizada pela Comissão e Protecção de Menores. No Hospital há lá um Gabinete de Acção Social (...) Esse Gabinete é precisamente para detectar crianças que estejam em risco, de pais toxicodependentes, ou de mães toxicodependentes (...) o caso foi entregue à Comissão de Protecção de Menores. (...) A minha cunhada assumiu a responsabilidade sobre o menino. Caso ela não ficasse com ele, ele ia para uma instituição até vir para aqui. (...) Sei que tenho que estar aqui. Tem que ser, se é para ficar com o meu filho tem que ser, não tenho outra saída!” (E2)

“(...) o meu filho nasceu e foi sinalizado pela CPCJ, porque acusou positivo às drogas. Depois fui para casa da minha tia, ela ficou como família de suporte, até vir para a Comunidade.” (E3)

“Eu apesar de ter família não posso contar com eles. No Albergue eu não posso ir com crianças e como tinha análises positivas, também não podia morar sozinha com o meu filho porque estava sinalizada pela Comissão. (...) Tinha que vir. Eu queria tanto ficar com o menino! Já que impõem isto! Eu na altura só queria era ficar com o menino. Eu também estava com medo que houvesse um tempo e que o meu filho fosse para uma Instituição qualquer.” (E4)

- **Desejo de mudança**

Salienta-se que estas mulheres manifestam que a comunidade as tem apoiado na estruturação do seu percurso de vida, proporcionando competências para uma mudança na sua vida.

“Uma pessoa para recomeçar uma vida nova, a melhor opção que pode tomar é ir para uma Comunidade. (...) Acho que é ótimo porque aprende-se muita coisa, e também acho que tomei a melhor decisão.” (E1)

“Se eu não tivesse vindo para a comunidade jamais eu teria debruçado sobre mim própria, e me questionado por exemplo porque é eu me meti na droga! (...) Acho que foi muito valioso ter vindo para aqui...” (E2)

“(...) fui eu sozinha, que quis que decidi que era melhor vir para a Comunidade. Estava farta da minha vida (...).” (E3)

“(...) eu tenho mesmo que passar por isto e aproveitar o que isto me possa dar, para eu conseguir fazer alguma coisa, senão não consigo fazer nada da minha vida! (...) Nós aqui mudamos muito, perdem-se muitos hábitos.” (E4)

4.1.3.2. Processo de Mudança

▪ Equipa técnica

A equipa técnica da comunidade terapêutica assume um papel de grande importância para as mães toxicodependentes, intervindo, apoiando-as e acompanhando-as. A equipa técnica modela e reforça o comportamento social das utentes.

“Senti muito apoio dos técnicos (...) Aprendemos muitas coisas, que nos vai ser útil lá fora (...).” (E1)

“É importante o acompanhamento que os técnicos (...) devemos tirar o melhor proveito daquilo que nos aconselham.” (E2)

“Temos sempre os técnicos, estamos sempre acompanhadas.” (E3)

“Estamos acompanhadas 24 horas por dia, sempre que precisamos eles estão aqui para nos apoiarem e ouvirem (...).” (E4)

▪ Aprendizagem

As mães toxicodependentes apontam a importância de estarem na comunidade. A comunidade terapêutica permite à mulher toxicodependente uma nova reestruturação e uma valorização pessoal. Esta proporciona o afastamento do ambiente de consumos., a aquisição de competências, a

melhoria da auto-estima, a elaboração mais aprofundada dos seus sentimentos e emoções e o desenvolvimento de responsabilidade parental.

“Aprendemos a ter capacidades de conseguir competências, a ter auto-estima, a termos força para conseguir enfrentar problemas que dantes não o conseguia enfrentar, a conseguir lidar com eles. E essencialmente aprendi a ser mãe, aprendi a ser mulher, dona de casa, a ser responsável, aprende-se aqui muita coisa.” (E1)

“Eu costumo dizer que foi aqui que eu aprendi a sentir, foi aqui que eu aprendi a ter emoções, porque a vida na droga não se sente nada. Foi aqui que eu aprendi a rir e a chorar. Senti alegria, senti tristeza...” (E1)

“Eu vi com o menino com seis meses. E foi quando estive com ele 24 horas, que eu nunca tinha ficado com ele 24 horas, há minha responsabilidade, foi a partir desse momento que eu fui mãe.” (E2)

“Aqui vivi todos os sentimentos que possa imaginar, alegria, tristezas, raiva, paixão pelo meu filho, ternura, culpa, frustração, muita coisa, vivi-os todos, todos, foi muito bom. Também os sentimentos dos outros para comigo, de compaixão, de amor, de incentivo, de apoio, vive-se muito porque estamos muito fechadas. Tudo é um acontecimento...” (E2)

“(...) ensina-nos ou reensina-nos a ser mães, as tarefas não existe por acaso, nós nas drogas descuroamos muitas coisas e pronto é um reaprender, é um retomar os nossos hábitos normais, como a higiene.” (E3)

“É importante principalmente com as crianças! A auto-estima já tinha perdido um bocado. Uma pessoa muda aqui! Quando quer, quando quer estar! Porque quando estão porque não querem, não aguentam tanto tempo. É uma luta diária! Numa Comunidade uma pessoa tem que aceitar, e tentar aproveitar o máximo.” (E4)

“Ainda por cima ao sermos mães, é tentar aproveitar os momentos com eles. Numa Comunidade à horários, à regras, à essas coisas todas, mas é importante! Foi aqui que eu comecei a gostar de terapia, não gostava de terapia! Aprendi sobre mim, nós acabamos por mudar realmente ao conhecermo-nos mais. (...) Às vezes ao saber o porquê de determinadas coisas, porque que aconteciam assim, acabamos por mudar algumas coisas. Outras vezes vemos porque temos determinadas atitudes.” (E4)

▪ Regras

É referido pelas entrevistadas a importância das regras, elas promovem a aquisição de hábitos de autonomia, de responsabilidade, de organização, e de pontualidade, proporcionando a aprendizagem do desempenho de tarefas por parte das utentes, que a droga descuroou.

“Aqui aprende-se a ter regras, a ter horários, coisa que na vida da droga não se tem. Aprende-se a controlar as nossas emoções, aprende-se a conhecer as pessoas e a conhecer a nós mesmas que é o mais importante.” (E1)

“As regras, foi uma coisa porreira que eu aprendi. (...) Eu nunca cheguei a perder aqueles conceitos básicos, a perder aqueles hábitos de higiene, por uma questão de tempo, se calhar com o tempo eu lá chegaria, eu nunca cheguei a perder a compostura.” (E2)

“Não me fez confusão nenhuma, os horários, deitar cedo, porque eu nunca fugi disso. Mas para quem aos 16 anos esteve na droga e sai com 26 ou 30, perde estes hábitos. E é a comunidade realmente que incute muito esses hábitos.” (E2)

“(...) as regras não existem por acaso, e isso acho que está muito bem estruturada (...) toda a dinâmica, das regras, das tarefas, é muito positivo. Eu não tinha perdido totalmente isso, mas à mães aqui que não cuidavam da sua higiene, não sabiam cozinhar, tratar dos filhos.” (E3)

São também apontados pelas mães toxicodependentes os factores sentidos como negativos de estar internada nesta comunidade terapêutica, como a falta de privacidade, a falta de autonomia, a falta de debate sobre as drogas e a falha na reinserção social.

“O negativo é ficar 24 horas fechada. Para mim acho que é também ter poucas actividades por exemplo, há muitas horas mortas.” (E1)

“Aqui não temos muita privacidade, temos sempre 24 horas que estar com alguém ou com muita gente pior ainda! Não temos muito tempo para nós reflectirmos sobre nós. Só temos a hora da terapia, o tempo que nós podemos arranjar para nós próprias.” (E2)

“Acho que devíamos ter mais autonomia, para nos prepararmos melhor quando sairmos daqui para fora. Porque nós ficamos demasiado protegidas (...) e a realidade é que de um dia para o outro, de repente temos de ficar sozinhas.” (E3)

“Acho que é uma boa comunidade, mas acho que há uma coisa que nos une a todas que são as drogas, e acho que esse tema devia ser mais debatido aqui. Devíamos de ser mais confrontadas (...)” (E3)

“As coisas que falham é que estamos aqui um ano, ano e meio e depois à um grande buraco, uma grande falha na parte da reinserção social. Se não há alguém lá fora que nos dê apoio, é difícil!” (E4)

Houve alturas em que pensaram em desistir e abandonar o tratamento na comunidade terapêutica, mas apesar das dificuldades houve uma ponderação e uma perseverança por parte das utentes que as levou a continuar o tratamento.

“Eu estava habituada à liberdade, habituada a pensar só em mim. Custou muito, pensei várias vezes em desistir... Mas pensava sempre, não posso desistir assim à primeira dificuldade, tenho que tentar, amanhã é outro dia, e isso dava-me força. Até que chegou uma altura em que já não pensava em desistir...” (E1)

“Não é fácil viver em comunidade, porque nós estamos privados da nossa liberdade, pensei algumas vezes em abandonar o tratamento (...) Não é fácil viver 24 horas sobre 24 horas com as mesmas pessoas.” (E2)

“(...) há empatias mas também há antipatias, e saber gerir conflitos, saber gerir estas situações não é fácil. É preciso muita força de vontade, para não desistir.” (E3)

“Não é fácil, no início não é fácil, pensei em acabar tudo (...) É lembrar no que me trouxe aqui, e pronto tirar o melhor, e criar um bom ambiente de forma a tirar o melhor proveito.” (E4)

▪ Grupo

A vivência em grupo é visto pelas entrevistadas como complicado mas também é visto como positivo porque reforça o desenvolvimento das relações interpessoais, possibilitando a criação de relações benéficas e equilibradas.

“Apesar de ser reservada integrei-me no grupo. Ao fim de um mês e tal já estava integrada, já ria, já brincava. (...) Embora haja certos desentendimentos, é um desafio. Acho que precisamos disso para lá fora. (...) Uma coisa que eu aprendi é não dar-mos tanta importância aos defeitos das pessoas, e tentar aproveitar as qualidades delas. Eu sempre fui muito solitária, muito fechada, eu nunca gostei muito de falar, mas todas estamos aqui pela mesma razão.” (E1)

“(...) fica realmente confuso viver em grupo porque são muitas experiências, muitas personalidades diferentes. (...) Somos um grupo, por muito mal que agente se dê, quando agente está com problemas, há sempre alguém que se chega.” (E2)

“Viver em grupo é importante (...) eu vejo muitas coisas que não quero para mim, muitos tipos de comportamentos que não quero ter, mas também à utentes que eu penso tenho que fazer igual (...)” (E2)

“Como somos um grupo grande dá para a gente analisar os comportamentos, e para partilhar experiências, porque vimos todas da droga, ao fim e ao cabo, umas com umas experiências e umas com outras, vimos todas da droga, temos todas em comum experiências com drogas, boas e más, e à sempre um tema comum.” (E3)

4.1.4. Perspectivar o Futuro

Esta categoria temática diz respeito ao projecto de vida que é traçado pelas mães toxicodependentes no fim do programa terapêutico.

Encontramos nas narrativas das entrevistadas um conjunto de sentimentos de dúvida, de medo, de incerteza, mas também de optimismo que envolvem planos de futuro, nomeadamente, residência própria, emprego e/ou formação profissional, fortalecer os laços relacionais com os elementos familiares mais próximos e sobretudo fortalecer a vinculação mãe-filho, desenvolvendo a sua responsabilidade parental.

4.1.4.1. Projecto de Vida

▪ Recomeçar

É traçado pelas mães toxicodependentes um projecto de vida consonante com os seus objectivos, que é perspectivado com optimismo. Um recomeçar, descomprometidas do passado, um reaprender a viver sem drogas.

“(...) há-de haver momentos em que vou sentir que vou fraquejar e que vou pensar se calhar não vou conseguir, mas confio em mim... Acho que depois de todo o meu percurso acho que vou sair mais forte. A partir do momento em que comecei a por objectivos, em acabar o tratamento, isso deixa-me muito orgulhosa.” (E1)

“Pretendo tirar um curso de formação profissional para fazer o 12º ano, além disso pretendo tirar um curso de informática. Em questões profissionais o que mais gosto de fazer é trabalhar como empregada de mesa, trabalhar em restaurante.” (E1)

“Começar do zero, queria começar do zero. Eu podia ir para a minha casa, eu tenho uma casa em Braga, tinha todo o apoio, mas não, não quero, quero mesmo começar do zero. Ir começar uma vida nova, já tenho um local para ir, já tenho projectos (...)” (E2)

“Espero a nível profissional que consiga a transferência de emprego. (...) Quero começar longe de tudo o que me lembre a droga.” (E3)

“Quando sair daqui quero ver se tudo isto, o tempo que estive aqui, para os processos conta muito. O que eu quero mesmo é quando sair daqui é ter o meu cantinho. (...) Só queria ter uma vida normal era isso que eu queria (...)” (E4)

▪ Apoios

Estas mães toxicodependentes apontam a necessidade de apoios aquando a sua saída. São referidas pelas entrevistadas a importância dos apoios financeiros, institucionais e relacionais.

“Financeiramente tenho o apoio da Segurança Social, um infantário para a minha filha, uma casa arrendada que já está mobilada e o apoio de uma Técnica de Serviço Social. (...) A nível psicológico tenho o apoio da pessoa que me anda a ajudar e que era para ficar com a menina, tenho muitos apoios... Acho que também os meus pais, parece que estão a apoiar-me mais, do que sentia antes. Tenho muito apoio até de pessoas conhecidas.” (E1)

“O meu companheiro neste momento está também numa comunidade e está com as mesmas perspectivas que eu. Entrámos com uma semana de diferença, foi um projecto pensado pelos dois, a pensar no menino. (...) O meu companheiro é que está a tratar de tudo (...) Lá na Comunidade onde ele está estão a tratar de arranjar casa, fixar residência, accionar os apoios todos para depois arranjar emprego, infantário (...)” (E2)

“Vou precisar de continuar com as terapias. Quero continuar a ser acompanhada por um psicólogo, pode ser semanalmente, ou quinzenalmente, conforme a necessidade que sinta. Mas quero, quero, não quero interromper logo.” (E3)

“Da parte dos meus pais não espero nenhum apoio, só espero o apoio da família do meu marido (...) Em termos financeiros, sou eu claro (...) De resto não estou à espera de mais nada.” (E3)

“Eu tenho a minha família, os meus irmãos, mas não lhes quero pedir nada. Se eu sempre consegui fazer as coisas sozinha e andei como andei, porque é que agora lhes ia pedir ajuda! Sempre me vi sozinha e desenrasquei-me porque é que agora preciso! (...) Espero continuar com o apoio das Instituições que sempre me apoiaram (...)” (E4)

▪ Dificuldades

São apontadas pelas entrevistadas as dificuldades, medos e incertezas no futuro, existindo uma força de vontade para vencer e conseguir ultrapassar esses obstáculos que vão surgir no futuro.

“Uma coisa de cada vez, mas eu hei-de conseguir. Não se consegue à primeira consegue-se à segunda! O pior é desistir! O erro que se faz é desistir. Desistir dos nossos objectivos, desistir de nós mesmos, e desistir da vida.” (E1)

“O meu companheiro está a trabalhar, quando eu sair daqui vão accionar um mecanismo que se chama subsídio de emergência até vir o rendimento mínimo. Estou inscrita nos programas de emprego de toxicodependentes e numa série de cursos de formação profissional, entretanto também vou-me candidatar aos concursos de escolas (...) temos ordenado dele, o rendimento social de reinserção e claro temos sempre a família (...)” (E2)

“(...) espero que não volte a recair, é o que mais espero... Eu tenho muito medo, o medo vive comigo, as drogas estão muito presentes.” (E3)

“Vou-me inscrever no Centro de Emprego, e o que aparecer logo se vê. Nunca trabalhei! (...) Espero sinceramente que tudo vá correr bem...” (E4)

▪ **Vinculação mãe-filho**

É referido por estas mães toxicodependentes a importância da vinculação mãe-filho, procurando com isso desenvolver a sua responsabilidade parental futura.

“Quero continuar com a minha filha, a viver para ela, dando-lhe tudo o que ela necessitar (...)” (E1)

“(...) já tenho tudo architectado, para formar uma família, como eu quero, com o meu companheiro, com o meu filho (...)” (E2)

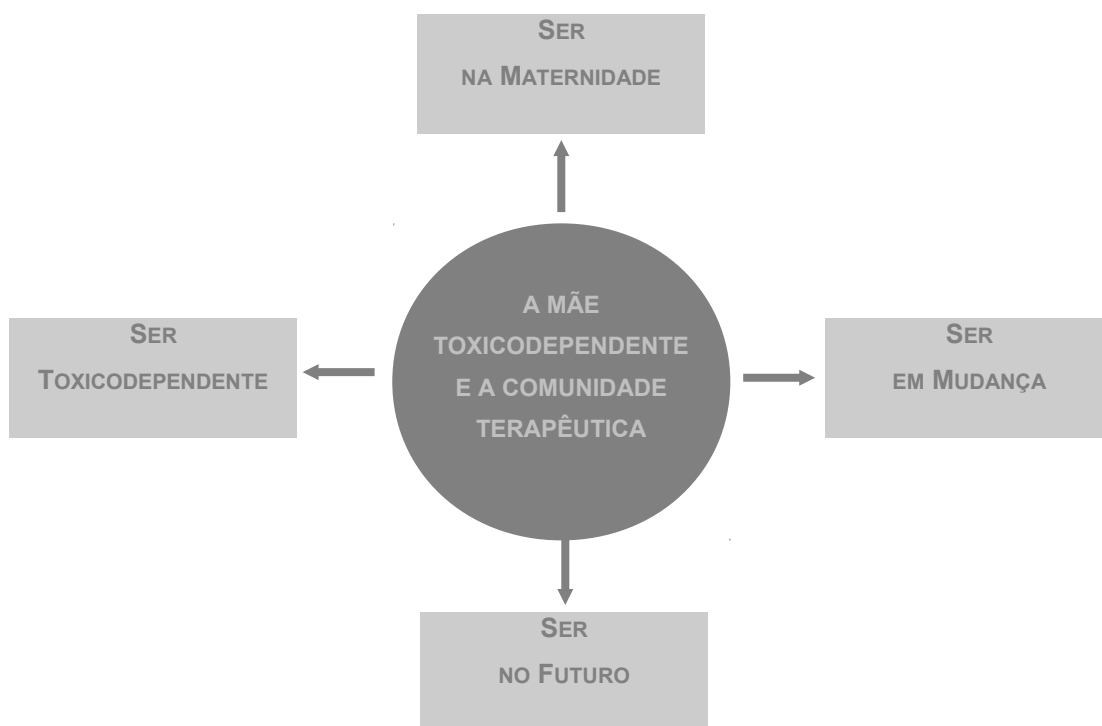
“Espero que as minhas filhas vão viver comigo. A medida de protecção da minha filha vai ser alterada para ficar comigo. E mais tarde também espero que seja dada a custódia das meninas. Espero proporcionar ao meu filho e às meninas um futuro diferente do que vivi até aqui.” (E3)

“Quando sair daqui quero continuar a frequentar o CAT. Não só para mim mas também para dar segurança ao meu filho. Essas Instituições todas que me possam apoiar, a Comissão, a Misericórdia que me está a apoiar e queria que continuassem a apoiar o meu filho. Quero estar com o meu filho e continuar a fazer de tudo para que ele esteja bem, quero ser uma boa mãe (...)” (E4)

4.2. Síntese dos Achados

A nossa investigação empírica foi movida no sentido de melhor compreendermos a experiência de vida e os sentimentos de mães toxicodependentes internadas numa comunidade terapêutica.

A análise dos achados permitiu aceder a um esquema que sintetiza a essência do fenómeno. O esquema organiza-se num modelo compreensivo, a partir do qual obtivemos uma interação de quatro temas principais:



▪ Ser Toxicodependente

Neste tema a mulher toxicodependente relatou a experiência vivida no mundo da droga, referindo um conjunto de vivências e sentimentos ligados à toxicodpendência.

As mulheres toxicodependentes referem as sensações que obtinham com as drogas, na dependência, nas ressacas e do fracasso dos tratamentos que foram mal sucedidos. Percorreram um caminho cuja experiência na

toxicodependência se centra em sentimentos negativos de sofrimento, de dor e de medo das ressacas, declarando que a toxicodependência leva a perdas e à solidão, sendo o seu dia-a-dia instável e caótico, organizado em função do consumo de drogas.

Estas mulheres revelaram que existia carência afectiva na sua infância, provocando nelas sentimentos de inferioridade e de desvalorização. É também referido que o consumo de drogas afectou o seu relacionamento familiar, existindo um afastamento e um sofrimento no seio da família.

Devido à sua desestruturação pessoal e familiar é apontado por estas mulheres que encontraram nos seus companheiros também eles toxicodependentes o apoio e identificação de que necessitavam.

A experiência de vida da mulher toxicodependente no mundo da droga constitui um acto de significação, reflectindo uma vivência dolorosa, limitando a sua vida aos consumos, sendo o seu quotidiano comandado pela substância.

▪ **Ser na Maternidade**

O reconhecimento da gravidez é tardio e não foi planeada, mas existe o desejo de serem mães, envolvendo uma motivação para deixar a droga, uma vontade de mudar o rumo da sua vida.

A gravidez tem um papel importante na tomada de decisão de fazer a desintoxicação, salientando o facto da mulher se sentir farta de depender da droga.

Estas mulheres viveram a significação da experiência de ser mãe como uma ambivalência de sentimentos de culpa e ansiedade por consumirem e não conseguirem parar esses consumos, sabendo que com isso poderiam prejudicar o bebé, mas também com alegria por estar grávida e de se realizarem como mães.

Apesar dos sentimentos negativos de revolta, receios e culpabilização durante a gravidez, devido à sua condição de mulher toxicodependente, a vivência da maternidade e a relação mãe-filho é vista como significativa. Esta experiência é vivida no início com alguma dificuldade, mas com a experiência foram adquirindo estratégias para cuidarem dos seus filhos.

- **Ser em Mudança**

As mães toxicodependentes foram sinalizadas pela Comissão de Protecção de Menores. Estas mulheres narraram que o internamento na Comunidade Terapêutica era a única alternativa que tinham para ficarem com os seus filhos. É mencionado que apesar de ter sido a sua única alternativa o internamento na comunidade proporcionou um desejo de mudança, revestindo--se assim o internamento de forma positiva, apoiando-as na estruturação do seu percurso de vida.

As mães toxicodependentes apontam a importância de estarem na comunidade, permitindo-lhes uma nova reestruturação, proporcionando o afastamento dos consumos., a aquisição de competências, a melhoria da auto-estima, a elaboração mais aprofundada dos seus sentimentos e emoções e o desenvolvimento de responsabilidade parental.

O internamento na comunidade funciona como uma oportunidade de mudança, proporcionando competências futuras, apoiando na estruturação do seu projecto de vida.

- **Ser no Futuro**

É perspectivado pelas mães toxicodependentes um projecto de vida optimista, um reaprender a viver sem drogas, referindo a importância dos apoios financeiros, institucionais e relacionais, assim como a importância da vinculação mãe-filho. Encontramos nas narrativas das informantes um conjunto de sentimentos que envolvem optimismo, esperança, um desejo de ser boa mãe, envolvendo planos de futuro, como arranjar residência própria, trabalhar, não voltar a consumir, unir a família e sobretudo viver em função dos filhos.

As mães toxicodependentes narram os sentimentos de medos e incertezas no futuro, na necessidade de preparação para o momento da sua saída, do retomar a sua vida e das implicações de todo este processo, mencionando as dificuldades que vão ter que superar futuramente.

Os achados revelaram que as mães toxicodependentes retiraram desta vivência na comunidade terapêutica como uma oportunidade de mudança, uma reflexão e um desenvolvimento pessoal que as vai levar a um recomeçar.

CONCLUSÃO

Apesar da literatura estar repleta de estudos que descrevem a toxicodependência e a maternidade, verificámos que não existe muita informação relativamente ao internamento prolongado de mães toxicodependentes em comunidades terapêuticas. No decorrer da revisão da literatura que efectuámos, foi clara a escassez de estudos realizados com esta população sobre esta matéria.

Foi neste sentido que nos propusemos a realizar um estudo fenomenológico com o objectivo de dar voz a esta população para compreender e descrever as vivências e sentimentos de mães toxicodependentes internadas numa comunidade terapêutica, estabelecendo um aspecto relevante para as medidas de prevenção, facilitando e orientando a atenção para as necessidades realmente sentidas por estas informantes enquanto pessoas envolvidas nestas vivências.

Os resultados do nosso estudo sugerem que a mulher toxicodependente teve necessidade de partilhar a sua história, recordando os acontecimentos negativos vividos no mundo da droga, existindo uma emergência de significações existenciais a partir da sua experiência vivida.

A maternidade para estas mulheres teve um papel importante na tomada de decisão de fazer a desintoxicação, perspectivando assim um desejo de mudança de vida, um recomeçar, evidenciando que o internamento na comunidade terapêutica funciona como uma oportunidade de mudança, revestindo-se de grande importância para o delineamento do seu projecto de vida.

Este trabalho pretendeu sensibilizar para a problemática das mães toxicodependentes, apelando para que as comunidades terapêuticas façam uma avaliação contínua de cada utente, não se limitando a uma decisão inicial,

exigindo, acima de tudo, acompanhamento e avaliação permanente dessa solução de internamento prolongado.

Ao falar nas comunidades terapêuticas, importa também pensar na equipa técnica que acompanham estas mães toxicodependentes. Foi referido pelas mães toxicodependentes que a equipa técnica assume um papel de grande importância, intervindo, apoiando-as e acompanhando-as, modelando e reforçando o seu comportamento social.

Os profissionais que acompanham estas utentes devem ter capacidade de inferir ao nível de cuidados necessários a cada momento, exigindo para isso níveis de intuição, compreensão e resolução das situações. A selecção e formação destes técnicos são um critério de importante referência.

Um outro aspecto importante está relacionado com a rede de apoio social e afectiva, a qual se torna fundamental para as mães toxicodependentes, uma vez que lhes possibilita condições para um recomeçar e uma mudança na sua vida.

Ao longo deste estudo, percebemos que todo o processo de integração destas mulheres, na comunidade terapêutica e de futuro na sociedade, implica um conjunto enorme de sinergias e empenho, não só por parte de quem as integra (a Sociedade em geral) e de quem as acolhe (Comunidade Terapêutica), mas também, e principalmente, de quem é alvo desta integração (as mães toxicodependentes), pois é indispensável que estas participem activamente nas medidas preventivas, contribuindo para as mesmas e beneficiando delas, dependendo assim o sucesso da cura.

Pensamos que seria importante existirem estudos posteriores que permitissem analisar a evolução e adaptação social, destas mulheres após a saída da comunidade terapêutica, pelo que deveria ser incentivado a realização de estudos longitudinais. Deveriam ser acompanhadas durante um período mais longo, tendo presente a abstinência da droga, o papel da mãe assim como a evolução biopsicossocial da criança permitindo elaborar estratégias de intervenção adaptadas à realidade da população em causa.

Para finalizar, esta investigação foi a nível pessoal e profissional muito gratificante e enriquecedor, uma vez que, permitiu a construção de um novo

olhar sobre uma realidade tão debatida e interiorizada, que é a toxicodependência, nos conduzindo sempre a novos elementos e percepções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Angel, P.; Richard, D. & Valleur M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.

Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*, 3ª Edição. Braga: Psiquilibrios.

Apóstolo, J.; Cunha S.; Cristo J. & Lacerda R. (2004). *A vivência dos familiares de doentes com doença oncológica em fase terminal de vida numa unidade de cuidados paliativos*. Revista Investigação em Enfermagem, nº 10: 29-37.

Bardin, J. (1997). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Baptista, M. (1995). *A Prevenção das Toxicodependências: A Importância da Escola*. Lisboa: Texto Editora.

Cardoso, S. & Manita C. (2004). Mulheres Toxicodependentes. O Género da Desviância. Revista Toxicodependências, nº 2: 13-25.

Colman, L. & Colman D. (1994). *Gravidez: Experiência Psicologia*. Lisboa: Edições Colibri.

Cordon, T. & Matinez, J. (1998). *História da Filosofia. Filosofia Contemporânea*. Lisboa: Edições 70.

Costa, A. (2001). *Exclusões Sociais*. 2ª Edição. Lisboa: Gradiva.

Cunha, S. (2006). *Resiliência Familiar: Estudo de Vivências Familiares de Pessoas com Doença Oncológica em Fase Terminal de Vida, em Contexto Hospitalar*. Dissertação Mestrado. Coimbra: Instituto Miguel Torga.

Diniz, J. (1995). *A Mãe Toxicodependente e o seu Bebê*. Revista Toxicodependências, nº 1: 67-75.

Esteves, M. (1997). *Relações Perigosas. As Companheiras dos Dependentes de Opiáceos: Contribuição para o seu Estudo*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto.

Farate C. (2001). *Acto do Consumo e o Gesto que Consome - Risco Relacional e o Consumo de Drogas no início da Adolescência*. Coimbra: Quarteto Editora.

Frazão, C.; Pereira, M.; Amaro, F. & Teles, L. (2001). *A Mulher Toxicodependente e o Planeamento Familiar, a Gravidez e a Maternidade*. 1ª Edição. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.

Fortin, F. (1999). *O processo da Investigação*. Lisboa: Lusociência.

Friedman, J. & Alicea, M. (1995). *Women and Heroin. The Path of Resistance and its Consequences*. Gender & Society.

Gil, A. (2006). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5ª Edição. São Paulo: Editora Atlas.

Guimón, J. (2002). *Introdução às terapias de grupo*. Lisboa: Climepsi Editores.

Guerra M. & Lima L. (2005). *Intervenção Psicológica em Grupos em Contextos de Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Lowenstein W.; Gourarier L.; Coppel, A.; Lebeau, B. & Hefez, S. (1998). *A Metadona e os Tratamentos de Substituição*. Lisboa: Climepsi Editores.

Loureiro, L. (2002). *Orientações Teórico Metodológicas para Aplicação do Método Fenomenológico na Investigação em Enfermagem*. Referência nº 8: 5-16.

Liotard, J. (1954). *A Fenomenologia*. Lisboa: Edições 70.

Machado, C. (2000). *Discursos do Medo, Imagens do “Outro”: Estudos sobre a Insegurança Urbana na Cidade do Porto*. Braga: Instituto de Educação e psicologia, Universidade do Minho.

Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. State University of New York Press.

Mendonça, M. (2002). *Mais Vale Prevenir...Memórias de uma Época e de um Contributo para a Saúde Mental Infantil*. Coimbra: Edições Minerva.

Moreira, P. (2001). *Para uma Prevenção que Previna*. Coimbra: Quarteto Editora.

Morel, A.; Hervé, F. & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao Toxicodependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Morel, A.; Boulanger, M.; Hervé, F. & Tonnelet G. (2001). *Prevenção das Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paisana, J. (1992). *Fenomenologia e Hermenêutica: A Relação entre as Filosofias de Husserl e Heidegger*. Lisboa: Editorial Presença.

Palminha, J. M. (1993). *Interacção Precoce Mãe-Filho*. Os Filhos dos Toxicodependentes. Grande Prémio Bial de Medicina. Porto: Bial.

Patrício, L. D. (1995). *Droga de Vida, Vidas de Droga*. 3ª Edição. Lisboa: Bertrand Editora.

Patrício, L. D. (1997). *Face à Droga: como (Re)Agir?* Lisboa: Colecção Projecto Vida.

Pimenta, M. (1997). *A Toxicodependência na Mulher. Gravidez, Parto e Puerpério*. Revista Toxicodependências, nº1: 31-35.

Polít, F. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artes Gráficas.

Queiroz, A.; Meirele, M. & Cunha, S. (2007). *Investigar para Compreender*. Loures: Lusociência.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª Edição. Lisboa: Grávida.

Santos, A. & Pinto, J. (1999). *Metodologia das Ciências Sociais*. 10ª Edição. Lisboa: Afrontamento.

Schuckit, M. (1998). *Abuso de Álcool e Drogas*. Lisboa: Climepsi Editores.

Sequeira, J. (2006). *As Origens Psicológicas da Toxicomania*. Lisboa: Climepsi Editores.

Silva, L. (2005). *Síndrome de Abstinência Neonatal*. Revista Sinais Vitais, nº 60: 32-36.

Streubert, H. & Carpenter, D. (1999). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.

Teles, C.; Costa, L. & Frazão, C. (1997). *As Mulheres Toxicodependentes? Estudo Socioantropológico*. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.

Vicente, F. (2002). *A Cidade do Ópio: Ideias, História e Intoxicação*. Coimbra: Quarteto Editora.