

Toxicodependência: Uma Perspectiva Global

António João Freitas Matins

Carla Sofia Rothes Ladeira

Francisco Manuel Miranda Chaves

Luís Manuel Melancia¹

1. Introdução

Escolhemos porque pensamos, pensamos porque vemos, vemos porque sem o mínimo de esforço se apresentam aos nossos olhos rostos pesados, marcados, risos que demonstram o “contentamento descontente” de quem submergiu no reino dos (im)possíveis sonhos e acordou na rua a “arrumar carros” ou na nossa porta a pedir dinheiro.

A escolha desta temática fez-se em primeiro lugar, porque tornou-se um cenário que já não podemos ignorar, porque estes corpos deambulam nas ruas e cantos da cidade, porque com eles convivemos e os seus olhos “opacamente” sorriem para nós. É por isso que merecem o lugar nesta investigação. Falamos de toxicodependentes, corpos que são pessoas, pessoas cuja figura oscila no nosso imaginário entre a representação do doente e do delinquente. É destes mesmos que nos ocuparemos.

Devido à mediatização do fenómeno e ao seu crescimento e visibilidade social, existe uma imagem ‘estereotipada’ da toxicodependência, não só a nível do senso comum, como também ao nível técnico, que associa a toxicodependência, a indivíduos provenientes de um contexto socio-económico degradado, com baixo nível de escolaridade, com problemas familiares sérios e que, por isso mesmo, se envolvem com o consumo de substâncias psicoactivas, como forma de refúgio, normalmente dependentes de uma droga- a heroína.

Assim, em segundo lugar, escolhemos este tema, no sentido de fazer um levantamento das características dos toxicodependentes, quer sócio-demográficas, quer ao nível das causas, consequências e das próprias

¹ Alunos do 1º ano da Licenciatura em Psicologia da UAL.

práticas de consumo, de modo a poder ‘caracterizar’ os toxicodependentes que passam a maior parte do seu tempo na rua, na cidade de Lisboa.

O objectivo do presente relatório é verificar a existência ou a inexistência de um padrão comum a todos os toxicodependentes no que concerne às suas motivações, aos seus hábitos de consumo e às consequências que daí advém.

A toxicodependência é um fenómeno plural, que intercruza as diferentes áreas do indivíduo estando, por isso, sujeito a uma variedade de abordagens que se diferenciam pelo enfoque que ‘ilumina’ teoricamente o fenómeno.

A perspectiva teórica de que partimos é holística, considerando o indivíduo no seu todo. Isto é, nos seus aspectos biológicos, sociais e psicológicos.

Artur Valentim (1997), ao analisar a evolução do conceito de toxicodependência ao longo da história, sublinhou a importância da ‘triangulação’ do fenómeno, valorizando o paradigma “bio- psico-social”.

Este paradigma privilegia as inter-relações existentes entre os três factores envolvidos: A substância, o indivíduo e o contexto. Ao analisar a importância do factor social, Valentim (1997,p.82), afirma que:

A introdução do social, isto é, do “contexto”, no paradigma de explicação do efeito da droga diversificou as abordagens, correspondendo, aliás, à disseminação de massas dos consumos a partir dos anos 60, o que tornava manifestamente limitada a tradicional visão clínica restringida à relação do indivíduo com a substância.

Variáveis como o nível de instrução, família, contexto sócio-cultural, universo de valores, crenças e atitudes são enfatizados com menor ou maior peso na análise da toxicomania. A introdução destas variáveis é de extrema importância para uma análise multidimensional do consumo.

Para a compreensão deste relatório, consideramos ainda importante definir conceptualmente o nosso objecto de estudo- a toxicodependência.

A toxicodependência refere-se sobretudo a uma dependência em que está sempre presente uma tolerância à substância ou comportamento – é a necessidade de aumentar a dose para obter os efeitos que antes se conseguiam com doses menores. Outra característica é a perda de

controlo devido ao uso continuado. Apesar das consequências negativas, o toxicodependente não consegue limitar ou suspender o consumo, o que leva à dependência psíquica e física.

A dependência psíquica refere-se à tendência compulsiva ao uso de uma substância ou comportamento devido ao seu efeito «agradável». Podemos descrever as adições como a procura descontrolada e vã da plenitude, felicidade e paz através de uma relação com um objecto ou um acontecimento.

A dependência física surge da relação entre a droga e o organismo (neuroadaptação). O organismo, e sobretudo o sistema nervoso, vai-se modificando com a repetida ingestão da droga. Isto permite o aparecimento de dois fenómenos: a Tolerância e o Síndrome de Abstinência. A sua privação causa transformações internas como transpiração, taquicardia, náuseas e queda de tensão arterial, a que se chama de síndrome de abstinência.

Segundo a O.M.S², é um estado psíquico, por vezes também físico, resultante da interacção entre um organismo vivo e o produto tóxico, caracterizando-se por modificações do comportamento e por outras reacções que incluem sempre a compulsão para tomar drogas de um modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar efeitos específicos ou de evitar o mal-estar da privação.

Dada a complexidade do conceito de toxicodependência e para uma melhor apreensão e interpretação, julgamos importante fazer referência ao modelo de análise por nós adoptado com base nas teorizações precedentes.

Referimo-nos ao conjunto de conceitos, dimensões de conceitos e indicadores dos conceitos, que adoptámos no sentido do diálogo com a realidade. Por isso, decompusemos o conceito de toxicodependência em quatro dimensões fundamentais: o consumo de drogas, as causas do consumo, as consequências do consumo e o tratamento do consumo.

Os componentes do consumo de drogas são as práticas de consumo (frequência de consumo; hábitos de consumo; local de consumo; quantidade

2 Sendo *Saúde* (OMS) entendida como um *estado de completo bem estar físico, mental e social*, podemos concluir que doença será todo e qualquer estado que se afaste daquela situação de completo bem estar geral e que se expressa por um conjunto de sintomas

diária; tempo de consumo), o tipo de drogas e o modo de administração, que nos permitem caracterizar a relação entre o indivíduo e a substância.

Na dimensão das causas do consumo, iremos analisar as causas físicas, as psicológicas e as sociais, que nos mostram as motivações para o consumo numa perspectiva holística.

As consequências do consumo irão ser analisadas nas suas componentes físicas, psicológicas e sociais, de forma a abranger todas as áreas da vida do indivíduo.

Finalmente, iremos abordar a questão do tratamento à luz do local de tratamento, da quantidade e do tipo de tratamento.

De forma a facilitar a sua compreensão, o presente relatório está estruturado em função destas quatro dimensões. Depois de definirmos o método, apresentamos as características socio-demográficas dos inquiridos, iremos, em primeiro lugar, analisar os dados estatísticos relativos às práticas de consumo dos toxicodependentes. De seguida, as causas e as consequências dessas práticas. E, por fim, iremos analisar a perspectiva dos toxicodependentes face ao tratamento.

Concluimos com uma breve síntese sobre os dados apresentados cruzando-os com as representações sobre o fenómeno.

2. Método

O método de abordagem utilizado foi o método indutivo, visto que se parte do particular para o geral, isto é, parte-se da análise de uma amostra não representativa da população para proceder à generalização a outros indivíduos.

O método de procedimento utilizado foi o método de inquérito, considerado como uma interrogação particular acerca de uma situação a um conjunto de indivíduos com o objectivo de se proceder à generalização. A escolha deste método deveu-se à necessidade de se recolher uma grande variedade de atitudes, representações e comportamentos do mesmo indivíduo, a um número alargado de indivíduos. (Ghiglione & Matalon, 1993, p.13).

Como referimos esta amostra não é representativa, porque cada indivíduo toxicodependente, não teve a mesma probabilidade de fazer parte da amostra, dado que não dispusemos de uma base de sondagem.

Calcula-se que em Portugal existam cerca de 120 mil toxicodependentes registados, pelo que podemos inferir um número bastante maior, dado que normalmente esta população não recorre às estruturas psicossociais de apoio e de registo. Estima-se que, em 2003, o número de toxicodependentes, variou entre os 41 720 e os 58 980 registados, o que corresponde a taxas de prevalência entre os 6.1 e os 8.6 consumidores problemáticos de drogas por 1000 habitantes entre os 15-64 anos, a nível nacional (IDT-2004).

Não existindo uma base de sondagem tornou-se difícil delimitar quer o número de pessoas a inquirir, quer as pessoas a quem inquirir. Através da observação directa, utilizou-se a técnica do questionário (ver anexo A-Questionário), tendo sido os próprios investigadores a fazerem a recolha dos dados, inquirindo 100 toxicodependentes, no seu local de compra e de consumo de drogas.

Neste sentido, o método de amostragem mais próximo do utilizado, foi o método de amostragem no local e a “probabilidade de fazer parte da amostra é proporcional à frequência de passagem.” (Ghiglione & Matalon, 1993, p.39), estando assim sujeita a inúmeros enviesamentos.

O critério de selecção dos toxicodependentes inquiridos foi a dependência de uma ou mais substâncias, com um uso continuado e diário das mesmas, que passando pela síndrome de abstinência, alteram os seus comportamentos.

No percurso da implementação dos questionários, deparamo-nos com algumas dificuldades, que se prenderam essencialmente com suas questões essenciais: o tempo e a acessibilidade aos toxicodependentes.

De facto, no trabalho de ‘terreno’, tivemos que ultrapassar a barreira do tempo, principalmente do conciliar a disponibilidade de todos os elementos da equipa. Por outro lado, dadas as características da população em estudo, principalmente o seu receio em falar, a sua ‘pressa’ e a sua imprecisão de respostas, aliadas à dificuldade de acesso aos locais de compra (onde os conseguíamos inquirir), constituíram-se como um obstáculo, que foi possível superar graças à colaboração de uma

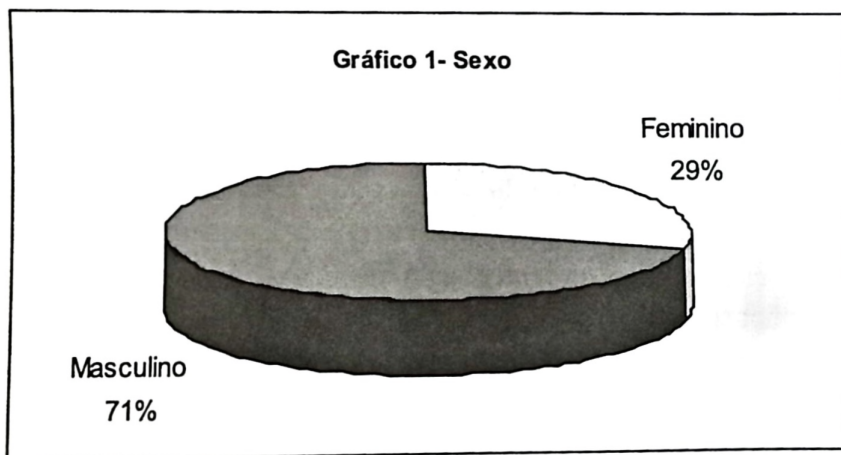
instituição que intervém na área da toxicodependência- o Desafio Jovem, enquanto elemento mediador.

3. Caracterização Socio-Demográfica

A toxicodependência é um fenómeno rodeado por estigmas e a tendência é de homogeneizar uma população que tem uma natureza diversa.

A problemática da toxicodependência está associada a uma certa 'guetização' social, restrita ao Casal Ventoso ou ao Intendente. No entanto, não existe uma forma de se ser toxicodependente, mas toxicodependências que variam conforme os 'actores'.

A própria caracterização socio-demografica dos 'actores' é diversa como podemos verificar pelos dados que se seguem, que dizem respeito a cinco vectores fundamentais: o sexo, a idade, o estado civil, o nível de instrução e a condição perante o trabalho.



Relativamente ao sexo, sabemos que a população toxicodependente feminina tem vindo a aumentar nos últimos anos de forma considerável, quer pela crescente emancipação feminina, quer pelo maior grau de liberdade individual, quer pela relativa facilidade que as mulheres têm de 'sustentar' o seu consumo.

Não obstante, a população masculina continua a preponderante. Neste caso específico, a nossa população é caracterizada maioritariamente pela população masculina (71%), representando a população feminina apenas 29% dos 100 inquiridos.

Por outro lado, à medida que a problemática da toxicodependência ganhou a sua materialidade em Portugal, o vector da idade direccionou-se no sentido das faixas etárias mais jovens.

A representação social que se tem relativamente à idade de início e consumo de substâncias, gira em torno das faixas etárias mais novas, nomeadamente da faixa dos 16 aos 24 anos, encarando-se esta população como a população de maior risco.

Tabela nº1 - Nível Etário por Sexo			
Idade	Feminino%	Masculino%	Total %
Menos de 15	0	1	1
16 a 25	3	9	12
26 a 35	19	35	54
36 a 45	7	18	25
Mais de 46	0	8	8
Total	29	71	100

No entanto, como podemos verificar na tabela nº 1, a maioria dos indivíduos inquiridos situa-se na faixa etária dos 26 aos 35 anos (54%), seguido da faixa etária dos 36-45 anos (25%), em ambos os sexos.

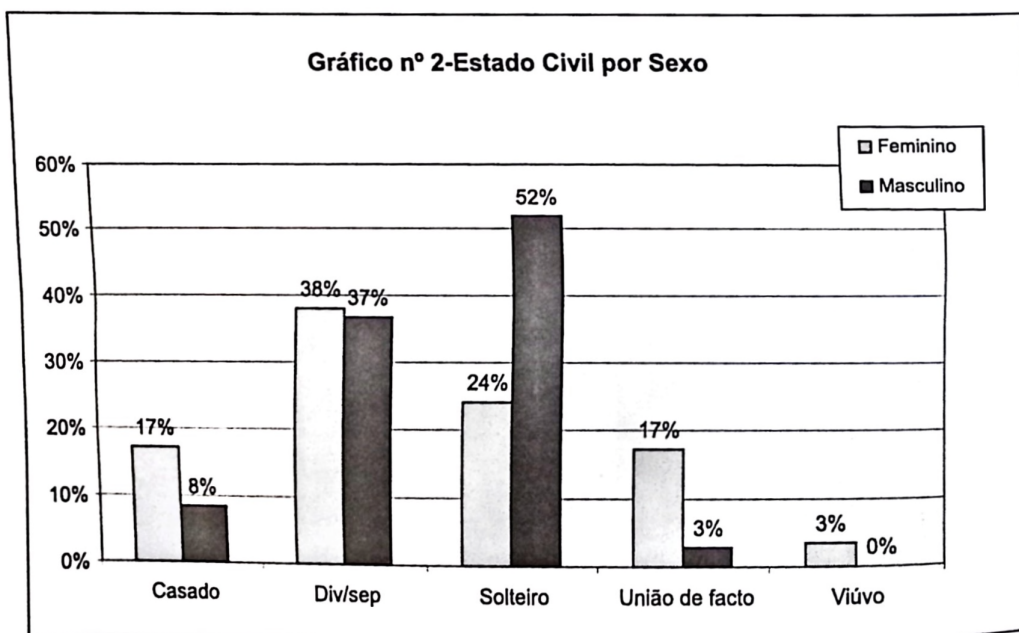
Podemos assim inferir, que cada vez mais, existem toxicodependentes com um longo percurso de história de consumo, e por isso estes dados mostram-nos que a média das idades se situa não na população jovem 'tradicional' mas numa população jovem 'adulta'. O vector da idade parece começar a inverter-se no sentido das faixas etárias mais velhas.

Com legitimidade podemos considerar que apesar do fenómeno da toxicodependência não escolher idades, a tendência actual é a de se concentrar nas faixas etárias jovens 'adultas'.

Relativamente ao estado civil, a tabela nº 2 mostra que a maioria dos toxicodependentes é solteiro (44%), seguido de divorciado/separado (37%) e de casado (11%).

Tabela nº2 - Estado Civil por Sexo			
Estado Civil	Feminino%	Masculino%	Total%
Casado	5	6	11
Divorciado/Separado	11	26	37
Solteiro	7	37	44
União de Facto	5	2	7
Viúvo	1	0	1
Total	29	71	100

O gráfico nº 2 permite-nos fazer uma comparação entre os homens e as mulheres, mostrando que enquanto que os homens são na sua maioria Comparando as mulheres com os homens, verificamos que enquanto que os homens são na sua maioria solteiros (52%), as mulheres, são na sua maioria, divorciadas / separadas, e em seguida solteiras (24%).



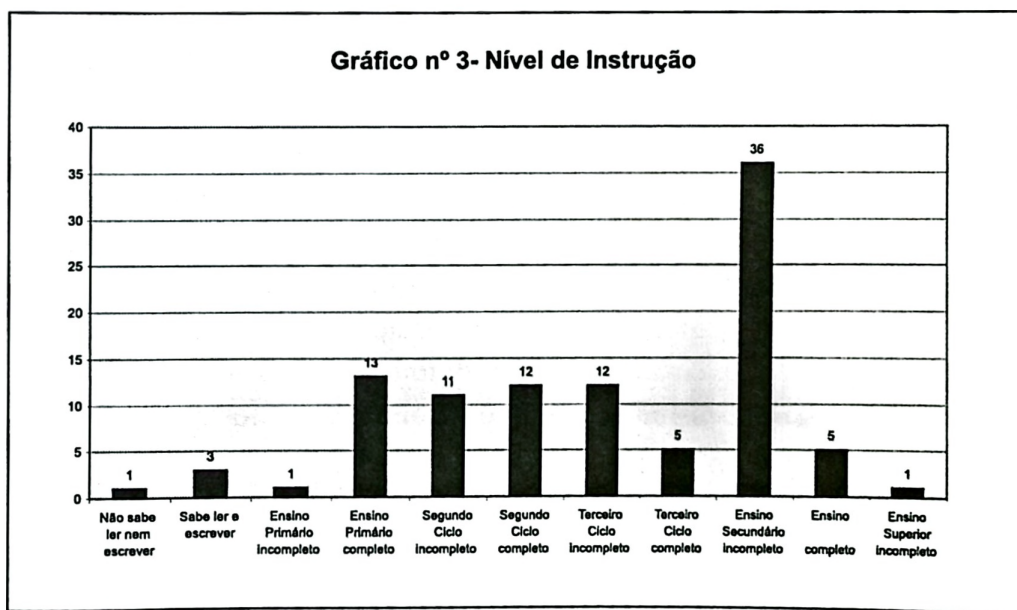
Em relação aos homens, julgamos que, pelo facto da maioria dos consumos ter sido iniciado na adolescência, não houve espaço para desenvolver relacionamentos com a finalidade do casamento. Sabemos que adolescência e a juventude são fases de aprofundamento dos relacionamentos, fases em que se iniciam as amizades e intimidades mais profundas, no entanto, a droga desde cedo, tira o espaço a esse tipo de

relacionamentos, ocupando a 'mente' e o 'coração' dos toxicodependentes. Apesar de existir necessidade de afecto, a verdade é que o próprio estilo e ritmo de vida, não é favorável ao desenvolvimento dos afectos.

Por outro lado, a droga constitui-se, para estes indivíduos como a 'paixão última' da sua vida, dedicando o seu quotidiano ao consumo, talvez por isso 38% das mulheres sejam divorciadas ou separadas, dado a dificuldade em manter um relacionamento.

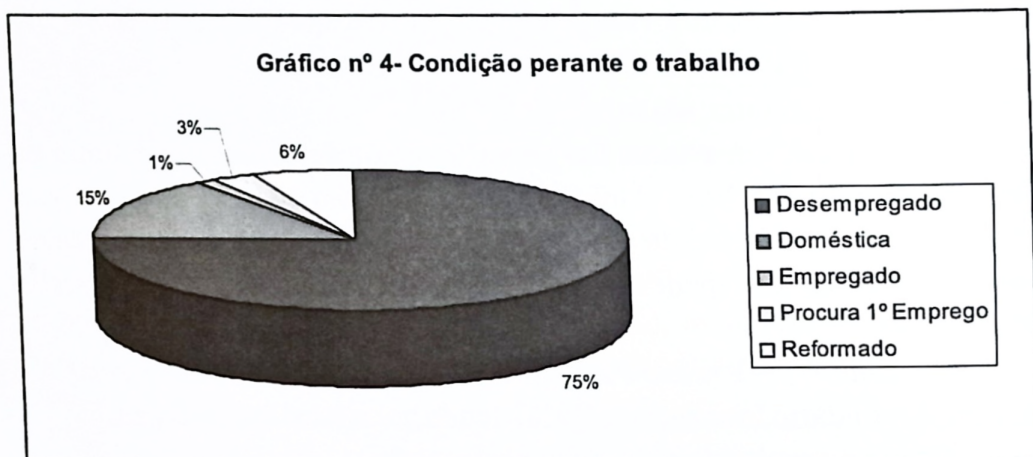
Outro dado importante é o nível de instrução. Sendo o consumo de drogas iniciado na adolescência, normalmente, entre os 13 e os 17 anos, o percurso escolar é afectado desde cedo. Assim, a representação que temos do indivíduo toxicodependente é que o seu grau de escolaridade é muito baixo.

O gráfico n.º 3 mostra-nos que a categoria mais representada é o Ensino Secundário Incompleto (36%), tendo por isso os toxicodependentes, mais do que a escolaridade mínima obrigatória.



Assim, os indivíduos toxicodependentes parecem ter um nível de instrução superior que se pensa. Fica por explicar se o nível de escolaridade surge como uma consequência dos consumos ou se a escola e o sucesso escolar poderão estar na génese do próprio consumo.

Por fim, no que se refere à condição perante o trabalho, verificamos que a maioria dos toxicodependentes são desempregados (75%) como podemos observar no gráfico que se segue.



A situação do desemprego é uma situação que caracteriza grande parte dos toxicodependentes, devido à vida de consumos e ao ritmo e necessidade de quantias avultadas de dinheiro, que não são compatíveis com a estrutura formal do trabalho e dos seus horários. Na realidade, os toxicodependentes, por força da dependência, não se ajustam nem aos salários vigentes no mercado, nem a um sistema de trabalho exigente.

Verificamos que, em termos sócio-demográficos, a população é heterogénea relativamente ao sexo, idade, estado civil, nível de instrução com tendência para se concentrar no indivíduo do sexo masculino, entre os 26-35 anos, com o ensino secundário incompleto, desempregado.

4. Consumo de Drogas

Analisamos neste capítulo a relação do indivíduo com a substância, que no senso comum, se prende com o consumo abusivo da heroína. A representação que existe do indivíduo toxicodependente é a de que tem um consumo diário único.

Na tabela nº 3, verificamos que o tabaco é a substância mais consumida (88%) pelos indivíduos, seguida da heroína (74%) e da cocaína (65%), e do haxixe (49%) e do álcool (46%).

Tabela nº 3- Tipo de Drogas por Sexo			
Droga	Feminino%	Masculino%	Total%
Ácidos	7	13	20
Álcool	12	34	46
Cocaína	21	44	65
Crack	2	4	6
Drunfos	11	18	29
Haxixe	15	34	49
Heroína	22	52	74
Metadona	5	3	8
Pastilhas	6	15	21
Speeds	5	13	18
Subutex	0	7	7
Tabaco	25	63	88

Comparando a população respondente masculina com a população respondente feminina concluímos que são mais os homens que consomem álcool (tendo em conta que são 34 respostas em 71 homens) e que são mais as mulheres que consomem haxixe (dado que são 15 mulheres que respondem em 29). As outras substâncias foram, de forma generalizada, referidas por ambos os sexos.

Assim, podemos verificar que o toxicodependente se caracteriza pelos policonsumos (visto as substâncias referidas serem a que os toxicodependentes sinalizara como tendo um consumo problemático), ainda que a heroína seja, em Portugal, a 'rainha das drogas'. A heroína não só é a que causa maior dependência física, como também é a cuja ausência provoca maior sofrimento, mal-estar, necessidade compulsiva de consumo, mas ao mesmo tempo é a mais acessível e uma das mais baratas.

Relativamente à frequência de consumo, a tabela nº 4 mostra que a categoria mais representada é o consumo de 3 a 5 vezes por dia (50%), seguida da categoria 6 ou mais vezes por dia (29%).

Tabela nº 4- Frequência de Consumo por Sexo			
Frequência Consumo	Feminino%	Masculino%	Total%
2 a 3 por mês	2	0	2
2 a 4 por semana	1	1	2
1 por dia	1	3	4
2 por dia	2	11	13
3 a 5 por dia	13	37	50
6 ou mais por dia	10	19	29
Total	29	71	100

Falamos por isso de um consumo problemático, que provoca dependência, tendo em conta que um dos critérios que estabelecemos para a inclusão do indivíduo na categoria de toxicodependente era a frequência de consumo. Isto significa que 79% dos inquiridos consomem mais de 3 vezes por dia.

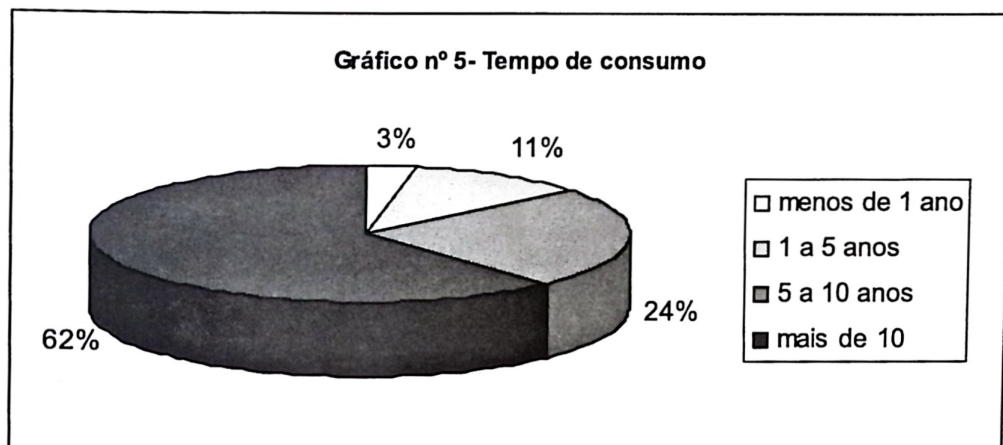
As quantidades de consumo são também elevadas. Os dados referem que 28% da população consome de 0,25g a 0,50 gramas por dia da substância principal, seguida de 26% para a categoria de 0,50g a 1g e para a categoria de Mais de 1g por dia.

Tabela nº 5 - Quantidade de Consumo Diário por Sexo			
Quantidade Consumo	Feminino%	Masculino%	Total%
0 a 0,25 gramas	0	8	8
0,25 a 0,50 gramas	9	19	28
0,50 a 1 gramas	7	19	26
Mais de 1 grama	12	14	26
2 litros	0	7	7
3 a 4 litros	0	3	3
mais de 4 litros	1	1	2
Total	29	71	100

Assim, verificamos que 80% da população inquirida consome mais de 0,25g, que dá uma média de 5 a 8 vezes por dia. Estes dados confirmam a existência de uma situação de dependência, dado a quantidade elevada de consumo.

Destacamos ainda a existência de 12% dos indivíduos que associam problemas de consumo de álcool, bebendo acima de 2 litros por dia.

A maior parte dos indivíduos consomem há mais de 10 anos (62%) e apenas menos 3% há menos de 1 ano.



O gráfico mostra-nos que 86% dos inquiridos consomem pelo menos há cinco anos, comprovando que cada vez mais, os toxicodependentes prolongam a sua história de consumos. A diversificação da rede de apoio a toxicodependentes e as unidades de atendimento e tratamento nos últimos 10 anos, permitiu que os mesmos usufruam de serviços (acompanhamento psicológico, desintoxicação física, tratamento ambulatorio) fazendo parangons de forma aleatória.

Por outro lado, graças ao desenvolvimento de estruturas de apoio ao nível da redução de riscos (nomeadamente os programas de troca de seringas) e minimização de danos, os toxicodependentes têm melhores condições de higiene e de alimentação, as condições de saúde têm melhorado.

Relativamente aos hábitos de consumo, verificamos que a maioria dos toxicodependentes a maior parte dos toxicodependentes consome ou sozinho (37%) ou com uma pessoa qualquer (30%), seguidos de 'com um colega de consumo' (18%), sendo por isso diversificados os hábitos de consumo.

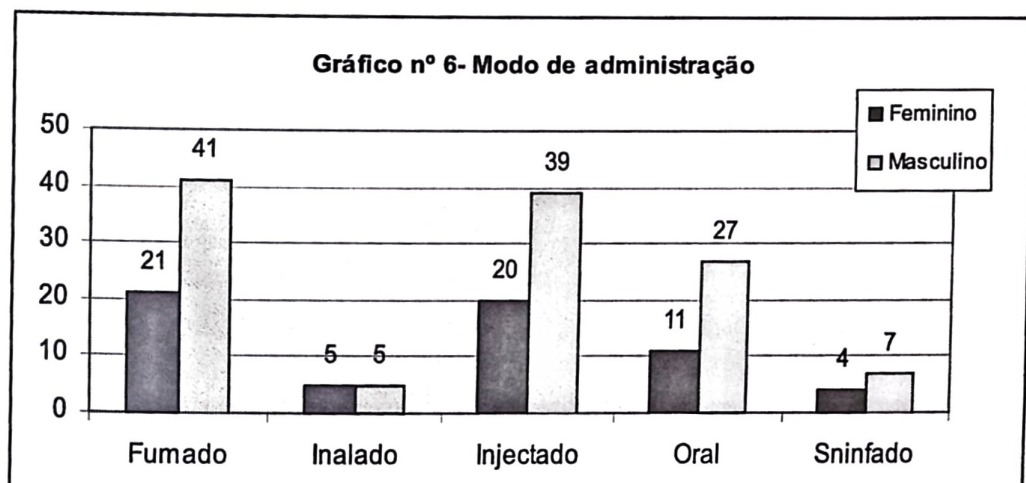
Tabela nº6 - Hábitos de Consumo por Sexo			
Com Quem Consume	Feminino%	Masculino%	Total%
Colega de consumo	5	13	18
Companheiro/Cônjuge	4	0	4
Familiar	6	2	8
Grupo de consumo	0	3	3
Quem calhar	6	24	30
Sozinho	8	29	37
Total	29	71	100

Assim, o fenómeno da toxicodependência que começa por ser um acto de grupo e de integração e auto-afirmação no seio do grupo, parece progredir para o 'isolamento' ou para um acto partilhado apenas com uma pessoa. Aliás a questão da individualização do consumo está presente, no próprio local escolhido para o consumo, como podemos observar na tabela nº7.

Tabela nº 7- Local de Consumo por Sexo			
Onde Consume	Feminino%	Masculino%	Total%
Bairro	5	1	6
Carro	0	3	3
Casa	13	28	41
Casa de colega	0	3	3
Espaços Lúdicos	0	9	9
Local de compra	5	15	20
Rua	6	8	14
Trabalho	0	4	4
Total	29	71	100

A categoria mais representada foi 'em casa'(41%). Não obstante 34% dos inquiridos admitiram consumir no local de compra(20%) e na rua(34%), alguns porque não têm casa para ir, outros porque não o podem fazer em casa.

O último componente do consumo de drogas diz respeito ao modo de administração da substância. A maior parte das drogas são consumidas através do acto de fumar (41 homens e 21 mulheres) e da via intravenosa (39 homens e 20 mulheres), como podemos observar no gráfico que se segue.



Comparando os dois sexos, verificamos que as mulheres utilizam muito o método injectável (20 mulheres em 29) e os homens utilizam-no menos (apenas 39 homens em 71). Este dado é surpreendente, visto que normalmente as mulheres são mais sensíveis à utilização dos materiais intravenosos.

Em suma, verificamos que em relação ao consumo de drogas, existem policonsumos por parte dos mesmos indivíduos sendo as substâncias mais consumidas o tabaco, a heroína, cocaína, haxixe e álcool. As quantidades de consumo dos indivíduos são em média acima das 0,50g, sendo distribuídas mais de três vezes ao dia, existindo por isso uma dependência física e psicológica. A maior parte dos consumidores, é-o há mais de cinco anos e normalmente o consumo é feito ou sozinho, ou com um colega de consumo, em casa ou na rua/local de compra. O modo de administração preferido é o fumado e o injectado, havendo diferenças significativas entre os sexos.

5. Causas do Consumo

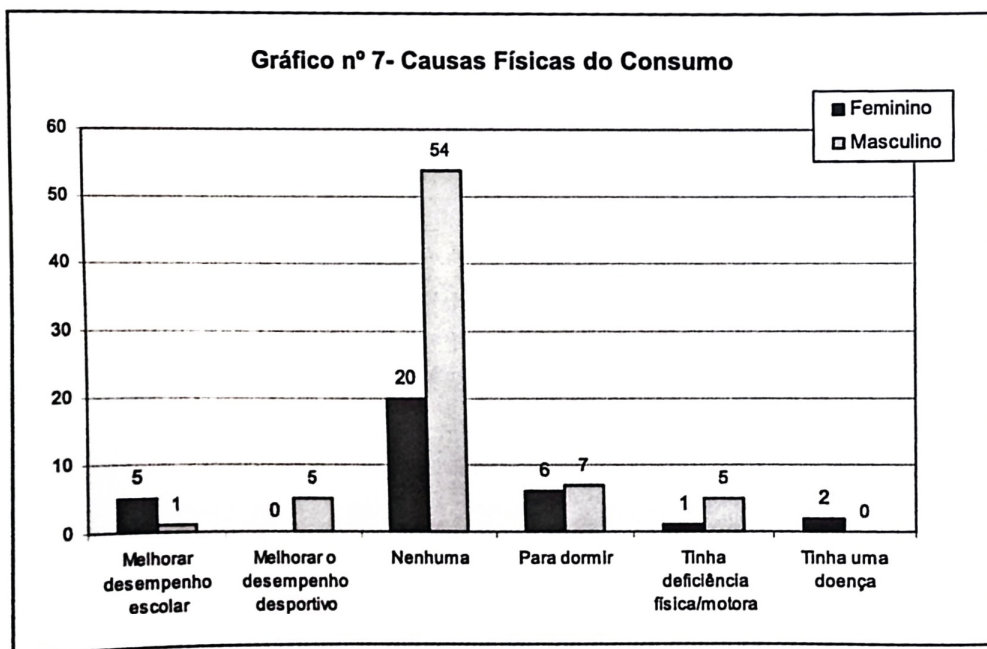
Como referimos, a experiência de consumo de drogas, ainda que comece num contexto de sociabilidade, não deixa de ser um fenómeno profundamente individual.

O acto de consumo, é diferentemente apropriado pelos indivíduos, de forma tal forma que uma mesma substância pode provocar efeitos diferenciados nos indivíduos e até mesmo antagónicos.

Gilles Lipovetsy, considera que uma das consequências da pós-modernidade foi a vivência hedonista do sujeito, que se construiu sobre os alicerces do consumismo (Lipovetsky, 1989, p.32).

Neste sentido, a sociedade põe à disposição dos indivíduos um manancial de produtos que proporcionam um prazer imediato como resposta à procura 'pós-moderna' do imediatismo do prazer. No entanto, no que se refere às substâncias psicoactivas, o senso comum considera que a procura de drogas se deve à existência de problemas 'exteriores' ao indivíduo, que condicionam e determinam este comportamento. Procurámos, por isso compreender quais as causas que levaram ao início do consumo, com o objectivo de descobrir se prenderam com questões extrínsecas ou intrínsecas ao sujeito.

Para simplificar o número vasto de "causas" associadas ao início do consumo de drogas dividimo-las em três grupos: causas físicas, causas psicológicas e causas sociais. A primeira componente analisada diz respeito às motivações físicas.



O gráfico nº 7 mostra-nos que a maior parte dos indivíduos (74%) considerou não ter tido nenhuma motivação física. No entanto 13% dos indivíduos referiram que começaram a consumir para conseguir dormir e 11% admitiram que foi para melhorar o desempenho escolar e desportivo. Assim, apesar das causas físicas não serem a principal razão do consumo, o número de pessoas que iniciaram os seus consumos por motivos físicos é significativo.

As motivações psicológicas foram diversificadas, e a tabela nº 8 mostra-nos que as causas psicológicas para o consumo mais referidas pelos toxicodependentes foram a curiosidade de sensações novas (50%), a existência de um vazio (44%), a procura de prazer (40%).

Tabela nº 8- Motivações Psicológicas por Sexo			
Motivos Psicológicos	Feminino%	Masculino%	Total%
Ausência de satisfação	7	12	19
Auto-estima baixa	11	12	23
Curiosidade sensações novas	11	39	50
Existência de um vazio dentro de mim	19	25	44
Falta de sentido de vida	10	15	25
Frustração	5	21	26
Não conseguia alcançar os meus objectivos	1	2	3
Procura de prazer	4	36	40
Revolta interior	11	14	25
Solidão	3	9	12
Tentativa de alienação / fuga à realidade	5	28	33

Na realidade, as motivações psicológicas para consumo, prendem-se com a subjectividade do indivíduo (vazio, auto-estima) mas sobretudo com a curiosidade e o prazer, como referimos inicialmente.

De um modo geral, os indicadores têm uma distribuição das respostas mais ou menos nivelado entre os indivíduos dos diferentes sexos, no entanto, verificamos que existem algumas diferenças entre os homens e as mulheres. Em relação à auto-estima, as mulheres atribuem uma importância significativa a este indicador no início do consumo (11 respostas em 29 mulheres) enquanto que os homens não atribuem muitas importância (apenas 12 respostas em 79 homens).

A tentativa de alienação/fuga à realidade, é bastante referida pelos homens (28 respostas em 79 homens) em relação às mulheres (5 respostas em 29 mulheres).

Na procura de prazer, as diferenças são também consideráveis dado que 36 homens referiram este aspecto e apenas 4 mulheres o fez..

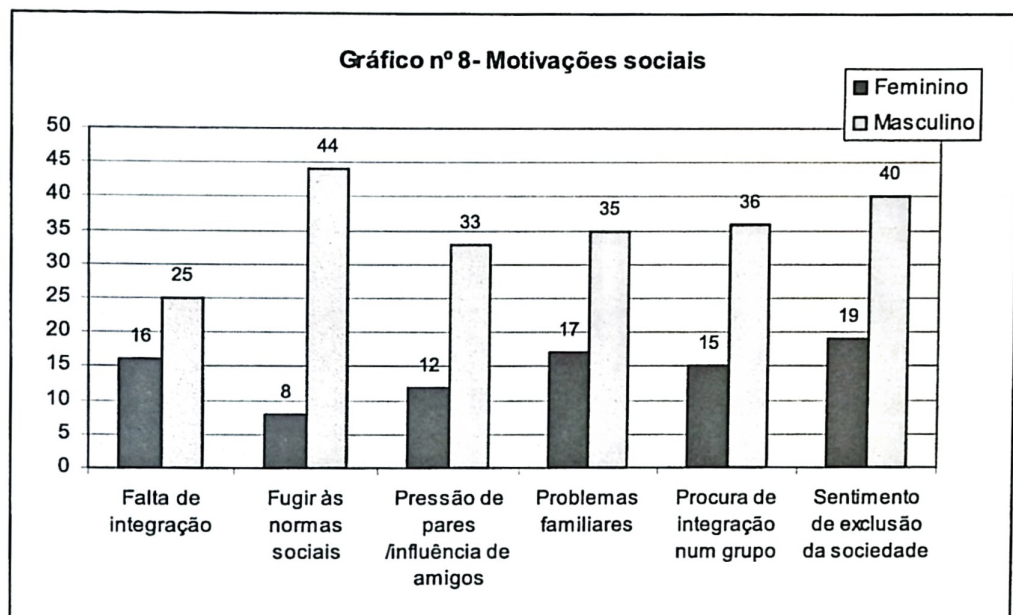
As mulheres atribuem mais importância à factores de défice, mais existencialistas referindo causas como a auto-estima, a falta de sentido para a vida e a revolta anterior, enquanto que para os homens os factores se prendem mais com questões prazerosas e estimulantes, a curiosidade, o prazer e a tentativa de alienação.

No que respeita às causas sociais do consumo, foram tidas em conta devido à dimensão relacional do homem e a sua procura de integração e identidade.

A história da toxicodependência em Portugal, está marcada pelo envolvimento, nos anos 70/80 com o fenómeno como forma de contestação social, de rebelião, associada ao surgimento de sub-culturas específicas como os 'freaks' e os 'punks'.

Hoje, a força destes movimentos não está implícita no início do consumo de drogas, mas o carácter relacional e 'integrador' mantém-se. O envolvimento com drogas pode ser apontado como resultado de falta de integração na escola/trabalho, da procura de integração num grupo, entre outros elementos.

Assim, o gráfico nº 8 mostra-nos o carácter social do envolvimento com drogas.



Como podemos analisar, mais de 50% dos indivíduos referiram procurar ter um sentimento de exclusão da sociedade (59%), procurar fugir às normas sociais e problemas familiares (ambos com 52%) e procurar a integração num grupo. Todos os outros indicadores estão muito próximos dos 40%, pelo que de forma generalizada, as respostas distribuíram-se pelas diferentes causas. Ao relacionarmos com a variável sexo, verificamos que existem algumas diferenças entre os homens e as mulheres, nomeadamente no que se refere ao fugir às normas sociais que foi referido por 44 homens (em 71) e por apenas 8 mulheres (em 21) e à falta de integração na escola e no trabalho referido por apenas 25 homens (em 71) e por um número significativo de mulheres – 16 em 29.

O envolvimento com drogas, na sua óptica de sociabilidade, mais uma vez, parece ser por desintegração por parte das mulheres, ou não integração nos sub-sistemas sociais, enquanto para os homens o envolvimento se deve à procura de integração, de identificação com um grupo, parecendo que mais uma vez, as mulheres são por défice e os homens por procura.

Assim, podemos concluir que ao nível das causas que motivam o consumo, apesar de haver uma tendência para a concentração em certos

indicadores, a verdade, é que ao nível psicológico e social existem diferenças consideráveis entre os homens e as mulheres.

6. Consequências do Consumo

As consequências do consumo são diferentes consoante os indivíduos. As próprias substâncias surtem diferentes efeitos nos diferentes organismos e nos diferentes contextos do seu consumo. Em termos mais ‘macro’ a diversidade de consequências será ainda maior.

Desta forma, resolvemos dividir as consequências em três grandes componentes: físicas, psicológicas e sociais, de modo a abranger os três aspectos fundamentais para uma compreensão bio-psico-social do fenómeno.

A tendência do senso comum é ter uma representação do toxicodependente como o indivíduo portador de doenças infecto-contagiosas, desempregado, marginal, sem família. Esta perspectiva, é mais uma vez, homogeneizante. No entanto, pretendemos que esta investigação crie um espaço para questionar a veracidade destes pressupostos.

Assim, começemos pelas consequências físicas.

Tabela nº 9- Consequências Físicas por Sexo			
Consequências Físicas	Feminino%	Masculino%	Total%
Dependência física	22	60	82
Dependências motoras	2	4	6
Doenças cardiovasculares	2	13	15
Doenças cerebrais	1	8	9
Doenças hepáticas	16	21	37
Doenças infecto-contagiosas	6	10	16
Hematomas graves	6	12	18
Tumores	1	0	1

Esta tabela mostra-nos que a maioria dos toxicodependentes (82%) assumiu ter problemas de dependência física. O fenómeno da negação que caracteriza o indivíduo toxicodependente está aqui presente, visto que aplicamos os inquéritos a 100 indivíduos que têm problemas de

dependência física de drogas, no entanto as suas representações são diferentes da realidade.

As doenças hepáticas, são também uma consequência presente em 37% dos indivíduos. As mulheres referem-nas mais vezes (16 respostas em 29 mulheres) que os homens (21 respostas em 71 indivíduos). As doenças infecto-contagiosas foram referidas por apenas 16 indivíduos, o que pode ser devido ao facto de grande parte deles não fazer análises há muito tempo, estando muito próximo das doenças cardiovasculares referidas por 15 inquiridos.

Assim, as consequências físicas estão presentes na maioria dos indivíduos, mostrando que a toxicodependência tem implicações ao nível da saúde bastante sérias, principalmente no que se refere à síndrome da abstinência.

A tabela nº10 indica-nos os dados relativamente às consequências psicológicas, mostrando que a maioria dos inquiridos (80%) refere viver estados de ansiedade e assume depender psicologicamente das substâncias (77%), seguido de um estado de desespero (71%).

Tabela nº 10- Consequências Psicológicas por Sexo			
Consequências Psicológicas	Feminino%	Masculino%	Total%
Confusão	19	43	62
Dependência psicológica	23	54	77
Depressão	14	38	52
Desejos Suicidas	15	25	40
Desespero	24	47	71
Doenças Psiquiátricas	4	7	11
Estados de Ansiedade	24	56	80

As doenças do foro psiquiátrico foram as menos referidas, estando todos os outros indicadores bem representados.

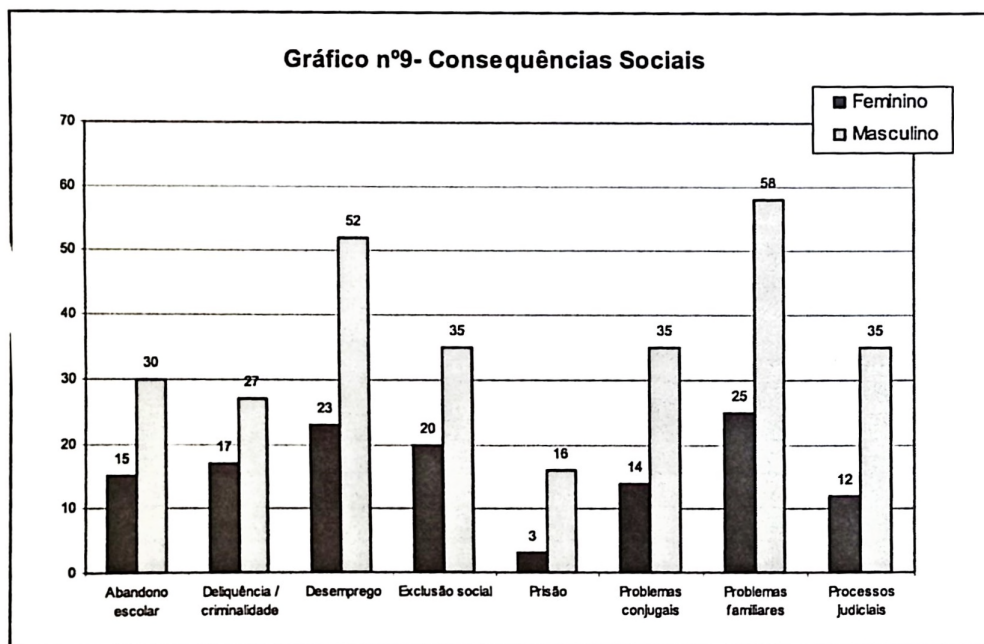
O desespero é mais sinalizado pelas mulheres (24 respostas em 29 mulheres) do que pelos homens (apenas 47 homens em 71), revelando uma maior fragilidade por parte das mulheres e sentimento de impotência.

A toxicodependência é assim caracterizada por um mau estar psíquico generalizado que tem a ansiedade, o desespero, a confusão e a depressão como expressões da vivência interna do sujeito. A desorganização

psicológica é grande conduzindo o indivíduo a desejos suicidas (40%) e a uma dependência psicológica da substância como forma de alienar e de suprimir essa ‘dor’.

Dado que o consumo de substâncias se trata de um acto individual mas com consequências e impacto o nível social, principalmente ao nível da estruturação do quotidiano e da rede de sociabilidade mais próxima, a análise das consequências sociais torna-se relevante.

O indivíduo, apesar de viver um ‘consumo solitário’, devido à destruturação do quotidiano a que o consumo conduz e à necessidade de obtenção de elevadas quantias de dinheiro para a manutenção da dependência, acaba por suprimir e ter problemas em alguns dos eixos fundamentais da sua vida.



O gráfico nº9 revela os danos causados ao nível da relação do indivíduo com o seu meio externo. Os problemas familiares e o desemprego são os aspectos mais referidos pelos inquiridos, tendo respondido ‘problemas familiares’ 83% e ‘desemprego’ 75%, seguidos de exclusão social com 55%. As mulheres parecem sentir mais a exclusão social, dado que os seus valores (20 respostas em 29 mulheres) foram mais elevados que os

homens (35 respostas em 71 homens). Os processos judiciais, estiveram presentes em aproximadamente 50% dos indivíduos, mas as prisão efectiva foi menos representativa (19%).

Todos os restantes indicadores foram assinalados, muito perto dos 50%, o que revela que, de uma forma generalizada, as consequências sociais do consumo foram diversificadas com maior grande incidência nos problemas familiares e no desemprego, dois elementos fundamentais para a estruturação do quotidiano dos indivíduos e a sua integração na sociedade.

Assim, podemos concluir que as consequências físicas, psicológicas e sociais, estiveram presentes em grande parte dos indivíduos, havendo uma maior dispersão de respostas nas consequências psicológicas, onde se encontram diferenças significativas entre os inquiridos masculinos e femininos.

Tratamento do Consumo

Segundo as estatísticas fornecidas pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (2004), existem em Portugal 179 Unidades Especializadas de Tratamento, entre comunidades terapêuticas, CAT's e suas extensões, locais de consulta, unidades de desabilitação e centros de dia.

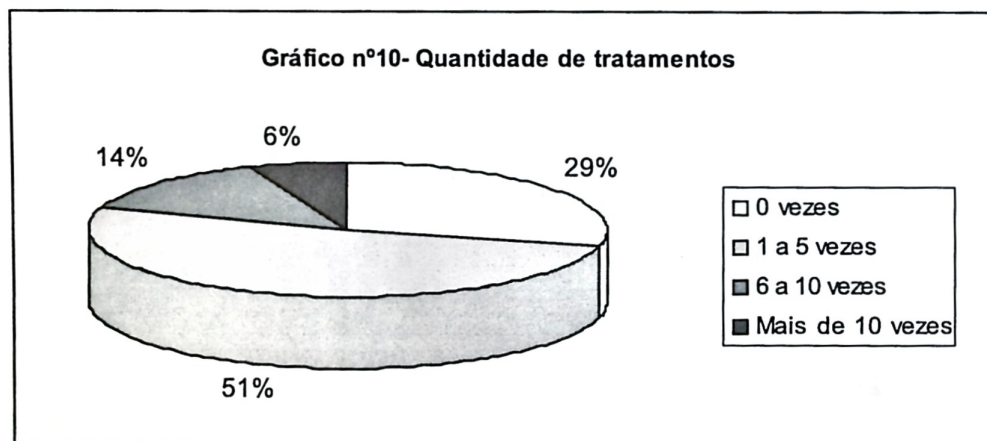
Cerca de 31'835 toxicodependentes recorreram a estas estruturas, durante o ano, pelo menos uma vez, o que é um número reduzido quando comparado à estimativa da existência de 120'000 toxicodependentes. Dos utentes que recorreram a nível nacional, apenas 8306 pertenciam ao distrito de Lisboa de onde é tirada a nossa amostra.

O tratamento, é por isso, uma dimensão fundamental para a análise da toxicodependência em Portugal. O tratamento do consumo é analisado em três dimensões distintas: Quantidade de tratamentos, Local de tratamento e Tipo de Tratamento.

Tendo em conta a idade dos inquiridos, o facto de a maioria consumir há mais de cinco anos, e a diversidade de drogas de consumo, julgamos importante, analisar a perspectiva dos inquiridos face ao tratamento,

partindo do pressuposto que devido ao seu historial de consumos, tivessem recorrido a tratamentos.

Assim, 71% dos inquiridos já estiveram presentes em diferentes tipos de tratamento, 51% dos inquiridos revelaram ter estado de 1 a 5 vezes em tratamento e 29% nunca fizeram nenhum tipo de tratamento. Tendo em conta que 86% dos inquiridos consome há pelo menos cinco anos, parece-nos preocupante 29% nunca terem recorrido a uma estrutura de apoio e a qualquer tipo de tratamentos.



Por outro lado, 20% recorreram mais de seis vezes a tratamento, não obtendo resultados, o que nos faz questionar acerca da eficácia dos tratamentos. O 'desencanto' com as instituições formais de tratamento, é muitas vezes invocada pelos toxicodependentes. O descrédito nos modelos e nas terapias, conduz a que muitos toxicodependentes não recorram às estruturas de suporte, principalmente dos toxicodependentes que têm uma rede social de apoio como a família.

Quando questionados acerca do local de tratamento, dos 71% dos inquiridos que recorreram pelo menos uma vez a tratamento, 70% fizeram-no em casa, 49% em comunidade terapêutica e apenas um número reduzido recorreu à rede pública (30% ao CAT, 19% ao centro de saúde e 6% a hospitais psiquiátricos).

Tabela nº 11- Locais de Tratamento por Sexo			
Locais Tratamento	Feminino%	Masculino%	Total%
Casa	19	51	70
CAT	8	22	30
Centro de Saúde	5	14	19
Comunidade Terapêutica	14	35	49
Estabelecimento prisional	0	8	8
Hospital Psiquiátrico	5	1	6
Unidade de Desabilitação	7	6	13

Estes dados são reflexo de dois tipos de instabilidade: instabilidade por parte dos utentes e instabilidade por parte das próprias políticas de tratamento, principalmente pelo facto de nos últimos anos, as políticas da rede pública estarem direccionadas para tratamentos de substituição como o subutex e a metadona, e de apoio ambulatorio.

Quando perguntamos acerca do objectivo que os inquiridos tinham num tratamento, 83% dos toxicodependentes referiram que o seu objectivo era abstinência.

Tabela nº 12- Objectivo de Tratamento por Sexo			
Objectivo Tratamento	Feminino%	Masculino%	Total%
Abstinência	28	55	83
Apoio psicológico em ambulatorio	1	8	9
Substituição	0	8	8
Total	29	71	100

Na tabela, verificamos também que dos 17% por centro que escolheram a substituição e o apoio psicológico em ambulatorio, apenas uma pessoa era do sexo feminino, parecendo que a abstinência total é de facto a perspectiva feminina. Os tratamentos oferecidos pelas unidades de serviço público deverão, assim ser revistas, em termos da sua política estrutural.

A área do tratamento parece não ser consensual, tirando o facto de a maioria ter como objectivo a abstinência e ter frequentado um ou mais programas.

8. Conclusão

No presente relatório propusemos a dismistificação da unidimensionalização do fenómeno da toxicodependência. Procuramos, deste modo, analisar as diferentes dimensões que se cruzam no indivíduo: o seu acto de consumo, as causas, as consequências e o tratamento, de forma a ter uma visão holística do indivíduo e do fenómeno, combatendo o reducionismo da homogeneização dos toxicodependentes.

A hipótese de que partimos, é que a população toxicodependente era uma população heterogénea, dependendo essa heterogeneidade de variáveis como o sexo e o próprio indivíduo.

Pela análise dos dados, verificamos que apesar de haver uma certa homogeneidade no que se refere ao acto do consumo, porque os 100 inquiridos consomem algum tipo de substância, a verdade é que existem algumas tendências, mas não homogeneidades. De facto, os dados mostram que os toxicodependentes inquiridos são uma população heterogénea.

A primeira heterogeneidade diz respeito às características socio-demográficas. Verificamos que, em termos sócio-demográficos, a população é heterogénea relativamente ao sexo, idade, estado civil, nível de instrução com tendência para se concentrar no indivíduo do sexo masculino, entre os 26-35 anos, com o ensino secundário incompleto, desempregado.

A segunda heterogeneidade diz respeito ao próprio consumo de drogas. Os dados revelaram que, em relação ao consumo de drogas, não existe um tipo único de consumo, existe apenas uma maior concentração de respostas em determinadas categorias.

Na realidade, existem policonsumos por parte dos mesmos indivíduos sendo as substâncias mais consumidas o tabaco, a heroína, cocaína, haxixe e álcool. As quantidades de consumo dos indivíduos são em média acima das 0,50g, sendo distribuídas mais de três vezes ao dia, existindo por isso uma dependência física e psicológica. A maior parte dos consumidores, é-o há mais de cinco anos e normalmente o consumo é feito ou sozinho, ou com um colega de consumo, em casa ou na rua/local de compra. O modo de administração preferido é o fumado e o injectado, havendo diferenças significativas entre os sexos.

Em terceiro lugar, em relação às causas de consumo, elas são diversas, existindo diferenças entre os homens e as mulheres. Como vimos, em relação à auto-estima, as mulheres atribuem mais importância a este indicador no início do consumo do que os homens. A tentativa de alienação/fuga à realidade, é mais referida pelos homens do que pelas mulheres. Na procura de prazer, as diferenças são também consideráveis estando mais representadas pelos homens do que pelas mulheres.

As mulheres atribuem mais importância à factores deficitários, mais existencialistas referindo causas como a auto-estima, a falta de sentido para a vida e a revolta anterior, enquanto que para os homens os factores se prendem mais com questões prazerosas e estimulantes, a curiosidade, o prazer e a tentativa de alienação.

O envolvimento com drogas, na sua óptica de sociabilidade parece ser por desintegração ou não integração nos sub-sistemas sociais, por parte das mulheres, enquanto para os homens o envolvimento se deve à procura de integração, de identificação com um grupo, parecendo que mais uma vez, as mulheres são por défice e os homens por procura.

Assim, podemos concluir que ao nível das causas que motivam o consumo, apesar de haver uma tendência para a concentração em certos indicadores, a verdade, é que ao nível psicológico e social existem diferenças consideráveis entre os homens e as mulheres.

Ao nível das consequências, a maioria dos inquiridos referiu viver estados de ansiedade e assume depender psicologicamente das substâncias, seguido de um estado de desespero. O desespero foi mais sinalizado pelas mulheres do que pelos homens, revelando uma maior fragilidade por parte das mulheres e sentimento de impotência.

Ao nível das consequências sociais, os problemas familiares e o desemprego são os aspectos mais referidos pelos inquiridos, seguidos de exclusão social. As mulheres parecem sentir mais a exclusão social.

De modo geral, todos os indicadores foram referenciados, existindo uma diversidade de consequências, tendo como comum a maioria dos indivíduos a dependência física e a psicológica.

Em relação ao tratamento, a representação face ao seu objectivo foi comum- a abstinência. No entanto, em relação à frequência de tratamentos

e ao tipo de tratamentos todas as categorias foram representadas, havendo por isso uma diversidade de opiniões.

Depois de analisados os dados, podemos concluir que, de facto, a dependência de uma substância psicoactivas é um elemento comum a todos os toxicodependentes, no entanto a forma como se vivencia o fenómeno, se estabelecem as práticas de consumo, as representações que se têm face às motivações é diferentemente apropriada pelos indivíduos.

Assim, concluímos que a população toxicodependente é heterogénea.

Referências Bibliográficas

Ghiglione, R. & Matalon, B.(1993). *O Inquérito –Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora

Instituto da Droga e da Toxicodependência (2004). *Relatório Anual da Toxicodependência*. Lisboa: Ministério da Saúde

Lipovetsky, G.(1989). *A Era do Vazio*. Lisboa: Relógio de Água

Valentim, A. (1997). A Construção Social das Drogas. In *Sociologia- Problemas e Práticas*, nº 25 (81-96). Lisboa: ISCTE