

LAURA MARIA CERQUEIRA MARINHA NUNES

**ANÁLISE BIOGRÁFICA DE INDIVÍDUOS
COM HISTÓRIA DE ABUSO DE SUBSTÂNCIAS**

Porto, 2005

LAURA MARIA CERQUEIRA MARINHA NUNES

**ANÁLISE BIOGRÁFICA DE INDIVÍDUOS
COM HISTÓRIA DE ABUSO DE SUBSTÂNCIAS**

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciada em Psicologia Clínica, sob a orientação da Mestre Sónia ALves, docente na Universidade Fernando Pessoa.

Porto, 2005

RESUMO

O estudo exploratório e descritivo centra-se na análise de biogramas recolhidos junto de uma amostra de dez indivíduos com história de abuso de substâncias. A informação recolhida foi sujeita ao método de análise de conteúdo, na busca de uma melhor compreensão do fenómeno. As conclusões apontam para a existência de um padrão comum ao percurso de vida dos participantes. Em todos os sujeitos foi evidente a existência de défice na vinculação primária, com um tipo relacional despido de afectos, que se prolonga pela vida adulta. 90% dos indivíduos refere apresentar uma auto-percepção de ineficácia face aos estudos e manteve ou aumentou os consumos de outras substâncias após a terapia com metadona. Todos os participantes evidenciaram um funcionamento psicológico e um discurso, pobres, planos de afectos, despidos de projectos e de imaginário. 70% da amostra iniciou-se nas drogas na adolescência e por motivos hedonistas. 40% dos indivíduos sofreram pelo menos uma detenção e todos já participaram em acções de delito. Há também uma forma de pensamento adictivo com um processo de personificação e identificação com as drogas.

Aos participantes neste estudo, cuja luta é diária e árdua...

“Sonho com fortes caravelas,
Navegando entre tempestades
E o frígido vento Norte
Esgaça as velas mais belas...
Navego desesperadamente,
Tendo o sonho como timoneiro,
Agarro o leme da vida fortemente.
Tranquila, mas aguerrida,
Com o ideal por padroeiro,
Quero manter o norte,
Pois não quero ser vencida.”

(Ferreira, 2002, p. 132)

Dedico este trabalho à minha filha, Liane Gualdim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade Fernando Pessoa pelo legado que me proporcionou, bem como ao Hospital de Joaquim Urbano pela possibilidade da realização do presente trabalho;

Agradeço aos professores que durante cinco anos me transmitiram conhecimento e princípios de inestimável valor;

Estou imensamente reconhecida à minha orientadora de monografia, Mestre Sónia Alves, que me disponibilizou prestimosa orientação, valiosos saberes e gentil atenção;

Estou grata aos professores que me disponibilizaram tempo e atenção, os quais passo a nomear: Mestre Carla Fonte, Mestre Ana Gomes, Prof. Doutora Isabel Silva, Prof. Doutora Zélia Teixeira.

Laura M. Nunes

ÍNDICE

Introdução	11
Parte I: A droga na vida	13
Capítulo I	14
1.1. História das drogas	14
1.2. Toxicodependência	21
1.3. Toxicodependência e patologia	30
1.4. Modelos teóricos explicativos	37
Capítulo II	51
2.1. A toxicodependência e o biograma	51
Parte II: Vidas de droga	55
Capítulo III	56
3.1. Método	56
3.1.1. O porquê da abordagem qualitativa	56
3.1.2. Procedimento	60
3.1.3. Participantes	62
3.1.4. Análise dos dados	64
3.2. Discussão e interpretação dos resultados	79
Conclusão	86
Análise reflexiva	90
Bibliografia	92
Anexo A:	
Declaração de consentimento informado	

Anexo B:

Ficha clínica

Anexo C:

Ficha de entrevista psicológica

Anexo D:

Guião da entrevista

Anexo E:

Autorização do conselho de administração do Hospital Joaquim Urbano
para a realização da pesquisa

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Sexo	63
Quadro 2. Idade	63
Quadro 3. Escolaridade	63
Quadro 4. Distribuição (idade e escolaridade)	63
Quadro 5. Situação laboral	64
Quadro 6. Estado civil	64
Quadro 7. As categorias	65
Quadro 8. Verbal	67
Quadro 9. Paraverbal	68
Quadro 10. Não-verbal	69
Quadro 11. Infância/Vinculação	70
Quadro 12. Adolescência/Figuras de autoridade	71
Quadro 13. Percurso escolar	71
Quadro 14. Relações afectivas	72
Quadro 15. Idade da primeira experiência	73
Quadro 16. Contexto da primeira experiência	73
Quadro 17. Motivos/Razões	74
Quadro 18. Substância(s) de iniciação	75
Quadro 19. Evolução dos consumos	75
Quadro 20. Problemas jurídico-legais	76
Quadro 21. Consequências percebidas	77
Quadro 22. Consumos pós-metadona	78
Quadro 23. Análise prospectiva	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Modelo compreensivo e sequencial das fases de consumo de drogas na adolescência de Becoña (1999, esquema adaptado de Becoña & Vázquez, 2001).	40
Figura 2.	Teoria de risco dos adolescentes de Jessor (1991, esquema adaptado de Becoña e Martin, 2004).	42
Figura 3.	Modelo baseado na ideia de doença psicossomática de Bion (1961, esquema adaptado de Torres, 2003).	45
Figura 4.	Articulação conjunta dos quatro modelos.	50

INTRODUÇÃO

O presente estudo prende-se com uma análise dos biogramas de indivíduos com história de abuso de substâncias, no sentido de averiguar e comparar os respectivos percursos, recolhidos junto dos participantes.

A problemática da toxicodependência torna-se pertinente pela sua dimensão alargada, assumindo contornos da dimensão da saúde pública; pelo crescente número de indivíduos que se iniciam no consumo de drogas; pelas cada vez mais diversificadas substâncias, das semi-sintéticas às sintéticas ou de desenho, e pelo início cada vez mais precoce do comportamento adictivo. Há portanto uma necessidade premente de procurar uma inteligibilidade do fenómeno, por forma a reunir informações conducentes ao repensar de tão grave problema, causador de grande alarme social.

O actual estado da investigação na área da dependência de substâncias abarca uma multiplicidade de estudos, qualitativos e também de metodologia quantitativa. Tal proliferação de investigações prende-se com a urgência de compreensão do fenómeno, com o facto do problema ter uma origem multifactorial, que atinge as dimensões individual e social, abrangendo os planos biológico, psicológico, social e espiritual do sujeito adicto às drogas. Acrescente-se que a vasta gama de pesquisas procura ainda colmatar um imperativo social, cultural e político, até porque se trata de uma problemática causadora de grande impacto sobre a opinião pública.

O foco central do estudo incide na exploração de aspectos circunstanciais, relacionais, afectivos, desenvolvimentais e de percurso de vida, que possam estar implicados no envolvimento dos indivíduos com o mundo das drogas, procurando-se assim a existência, ou não, de factores comuns com determinância no fenómeno.

Assim, os objectivos perseguidos são os de aprofundar o conhecimento sobre a problemática, numa perspectiva compreensiva, procurar uma inteligibilidade do fenómeno com base na busca de aspectos tácitos e subjacentes ao consumo de substâncias, averiguar a possível existência de um padrão, com busca de pontos convergentes nos percursos dos indivíduos e, desta forma, buscar factores que possam ser pertinentemente considerados na abordagem ao indivíduo adicto às drogas.

Para tanto procedeu-se à pesquisa bibliográfica para posterior análise e leitura reflexiva. Desta forma será possível a edificação de um corpo teórico consistente, que permita prosseguir com a realização do estudo.

O presente trabalho inicia-se com uma parte que contem o primeiro capítulo, incluindo o enquadramento teórico, com a definição de alguns conceitos chave, abordagem aos mecanismos de acção de algumas substâncias e abarcando a exposição sumária de doenças físicas e psicopatologias associadas ao consumo problemático de drogas. Este capítulo inclui também a apresentação de modelos explicativos do fenómeno, e o capítulo seguinte a associação entre a problemática e a utilização do biograma, com ligação a uma leitura compreensiva do tema. A parte II inclui o terceiro capítulo com o estudo propriamente dito, com definição do método, participantes, material, procedimento, resultados e respectiva análise, interpretação e discussão. Finalmente, segue-se a conclusão, na qual se procurará expor o obtido no método e uma análise ao trabalho, de cariz mais reflexivo.

PARTE I
A DROGA NA VIDA

CAPÍTULO I

1.1. História das drogas

O consumo de substâncias não surgiu nem se foi instalando e desenvolvendo ao acaso. Na verdade, obedeceu a interesses claramente implicados no evoluir do fenómeno, como é bem visível pelas avultadas quantias investidas pelas tabaqueiras e pelas indústrias produtoras de bebidas alcoólicas. Não obstante, não é menos influente o contexto histórico e sociocultural, reforçando ou esbatendo essas tendências ditadas por interesses de cariz económico. Exemplo disso é o Japão, que assistindo à desastrosa multiplicação de consumidores de ópio na China, nunca cedeu ao consumo generalizado de opiáceos, voltando as suas preferências para o posterior uso de anfetaminas (Morel, Boulanger, Hervé & Tonnelet, 2001).

Outros interesses suscitaram também o uso de substâncias psicoactivas, factores políticos associados ao desenvolvimento científico também contribuíram para a produção e consumo de certas drogas. Como exemplo pode referir-se a descoberta de alcalóides a partir do ópio, nomeadamente a morfina no início do século XIX, seguida de transformações conducentes aos respectivos derivados, como a heroína em finais do mesmo século. A própria descoberta da seringa, em Inglaterra também no século XIX, com posterior aperfeiçoamento em França por Pravaz, acabou por facilitar o uso de certas drogas por via endovenosa. As guerras favoreceram o uso da cocaína, extraída da folha de coca, com aparecimento também no século XIX (Morel, Boulanger, Hervé & Tonnelet, 2001). Na verdade, o efeito da cocaína junto dos soldados proporcionava-lhes resistência e actividade psicomotora, com concomitante redução de apetite, o que se revelava de grande utilidade. Assim, para melhor entender o fenómeno na sua forma e apresentação actuais, é imperativa uma abordagem à história das drogas, com posterior exposição sobre a problemática das toxicodependências.

É um facto que a cada época da história e a cada tempo correspondem determinadas drogas, numa obediência a um processo de continuidade. São inúmeros os registos históricos e literários, sobre o uso de substâncias pelo homem, numa tentativa de intervir a nível biopsíquico, bem como ao nível da interacção com o meio. A “Bíblia” apresenta Noé, que após sair da arca do dilúvio, bebeu vinho até à embriaguez. Na Antiguidade Grega a medicina recorria ao ópio, o qual era aconselhado por Hipócrates e por outros sábios. Note-se que há registos Sumérios, que datam de 4000 a 7000 a.C., em que o ópio é referido com propriedades terapêuticas. Essas propriedades eram também conhecidas dos Persas e dos Egípcios, tendo-se difundido pelo império romano. Algumas escavações e estudos arqueológicos relatam a presença de folhas de coca nos sarcófagos onde estavam acomodadas múmias de Índios sul-americanos (Poiares, 1999).

De facto, desde a mais remota das épocas os homens foram sempre consumindo substâncias. Dos oitocentos mil exemplares de plantas, cerca de sessenta eram usadas com o fim de retirar delas os seus poderes pelos primeiros homens. Procurando estados de provisória euforia ou conforto, com aumento de bem-estar, os homens usaram o álcool e outras substâncias desde sempre. Já os Egípcios recorriam ao cânhamo para esquecer preocupações e enganar a fome e a fadiga. Esta mesma substância era usada pelos assírios durante os actos litúrgicos. Os Sumérios em 5000 a. C. deixaram registos de um ideograma onde o ópio surge como representante da alegria e do regozijo. Homero na “Odisseia”, relata que Helena dera uma beberagem a Telémaco, provocando-lhe o esquecimento da dor e do sofrimento. Entre os Romanos, Plínio explica na obra “A História Natural”, como extrair o ópio da papoila dormideira e Galeno usava uma preparação que incluía o ópio, como forma de combater o veneno das serpentes (Angel, Richard & Valleur, 2002).

É portanto, bem visível que o uso de substâncias psicoactivas remonta ao mais antigo dos tempos. Fruto de influências socioculturais e das alterações dos focos de interesse envolvidos,

o uso de substâncias mantém-se desde há muito, apenas mudando o tipo de drogas e a atitude face às mesmas. Note-se que nas civilizações pré-ocidentais, o uso de certas substâncias seguia com rigor as regras culturais de cada povo, numa obediência aos rituais religiosos, às normas sociais ou às necessidades terapêuticas, o que limitava e controlava esse mesmo uso (Farate, 2001).

A China constitui um exemplo de como o uso das substâncias vai mudando, e de como esse consumo fora de contextos religiosos e socioculturais, se configura diferentemente com drásticas alterações nas suas consequências. Do século II ao IV, os alquimistas chineses já pesquisavam as plantas que “fazem voar”. Possuíam também preparados como o pó das cinco pedras que “faz comer frio”, de composição mineral dissolvida em álcool quente. Tal composto, em pequenas doses apresentava propriedades sedativas e euforizantes. A sua perfeita absorção era melhor conseguida com a marcha enérgica, e o seu efeito levava o indivíduo à perda da noção do tempo (Angel, Richard & Valleur, 2002).

Na Idade Média a farmacopeia ocidental é bastante pobre, algumas das substâncias retiradas directamente das plantas eram associadas a exorcismos e a práticas demoníacas. O meimendo por exemplo, é usado para conjurar os demónios. No século XIII Paracelso cria o “Específico Anódino”, constituído por ópio, açafrão, canela, cravo-da-índia e vinho de Málaga. Paracelso faz uso do extracto da papoila, para aliviar os doentes durante e após as cirurgias. Ainda na Idade Média, a mandrágora é conhecida como anestésico e simultaneamente como afrodisíaco, o nenúfar é conhecido na época medieval, pelas suas propriedades sedativas e antiafrodisíacas. O Cânhamo indiano, pouco usado na medicina europeia, é mais apreciado como uma droga para o espírito e, entre os muçulmanos o seu uso é muito divulgado, dada a proibição do consumo do álcool pelo “Corão”. A civilização Inca, do século XII ao XV possuía já um vasto conhecimento de ervas e plantas com poderes extraordinários, e deixou o *Codex Badanius*, com a descrição de duzentas e cinquenta e uma

dessas plantas. Além disso conheciam já a coca, o tabaco e o peiotl. Este último é também usado com fins religiosos pelos Astecas, que também já conhecem as propriedades alucinogénias do cogumelo (Angel, Richard & Valleur, 2002).

O mercantilismo expansionista iniciado na Idade Média e o posterior movimento dos descobrimentos, por parte de Portugueses e Castelhanos, acarreta novas mudanças a todos os níveis. Com as viagens fantásticas dos descobridores do Novo Mundo, novos produtos e costumes entram no Velho Continente. A par da batata e do milho, conhecem-se também outras plantas cujos efeitos surpreendem os Europeus. Do chá ao tabaco, passando por muitas outras, as plantas e ervas interferentes no funcionamento biopsíquico, vão sendo conhecidas e vão alterando alguns hábitos da velha Europa, enriquecendo a farmacopeia da época. Assim, a divulgação de alimentos, bebidas e substâncias que provocam alterações ao nível da consciência humana, levam ao seu consumo com carácter religioso, fazendo parte dos rituais litúrgicos. Marco Polo ao descrever as suas viagens, refere que os soldados de outras paragens encontram energia e coragem no consumo de haxixe. Segundo conta, os militares enfrentavam a morte, na esperança de passarem a um estado de vida paradisíaca. De facto, os descobrimentos de portugueses e espanhóis contribuíram para o aumento do conhecimento de substâncias psicoactivas, bem como de outros produtos até então desconhecidos. O ópio é uma das substâncias que se destaca e chama a atenção do vice-rei, que sugere ao monarca português a produção da substância com fins lucrativos. O bangué, à base de folhas e resina de cânhamo, chama a atenção de Garcia de Orta, que lhe dedica vários colóquios. Tal preparado era vulgarmente usado em terras colonizadas pelos Portugueses, não sendo condenado mas socialmente reprovado. Essa atitude social de reprovação ligava-se aos seus efeitos desinibidores e, principalmente às suas propriedades que alteravam os comportamentos sexuais. Garcia de Orta reflectiu também sobre os potenciais do ópio, com

efeitos terapêuticos no plano da disenteria, da fraqueza gástrica e dos problemas sexuais masculinos, nomeadamente a ejaculação precoce (Poiares, 1999).

As drogas acompanharam o homem com fins terapêuticos, hedonistas e até como fonte de vigor e força para o trabalho. O álcool foi abundantemente usado após a revolução industrial e servia até para silenciar os operários descontentes com as duras condições de trabalho dessa época de crescimento da indústria. Depois da cocaína, o ópio e os respectivos alcalóides conhecem grande difusão, tal como algumas substâncias semi-sintéticas como a heroína. Apresentando lucros convidativos, esta difusão é aproveitada por empresários ocidentais. A Grã-Bretanha em fins do século XIX, começa a implementar políticas de controlo da saúde pública, função dos malefícios já sentidos pelo uso do ópio, o qual começava a usurpar o lugar do álcool. Entre os operários sujeitos às duras condições de vida e de trabalho na indústria da época, a industrialização árdua e esgotante, levava a um aumento do consumo de ópio com consequências nefastas (Farate, 2001).

Primeiramente, o uso predominava entre aristocratas e intelectuais europeus, o consumo de drogas era, nos séculos XVII e XVIII, um privilégio a que poucos tinham acesso. Baudelaire produziu considerável literatura, cujo conteúdo era dedicado a substâncias como o álcool, o ópio e o haxixe. O poeta referia com ênfase e entusiasmo as propriedades virtuosas de tais substâncias, sem contudo desvendar os seus malefícios. A excentricidade aliada ao luxo e diferenciação das elites mais cultas e preparadas, levava à realização de rituais cerimoniais de iniciação nas drogas, num clima de misterioso secretismo então em voga. Em meados do século XIX, Paris é testemunha do recém-fundado “Clube do Haxixe”, que cativou escritores e intelectuais cujos nomes contam com Dumas, Balzac, Gautier, Baudelaire e outros. Foi um período em que o uso de drogas era apanágio de poucos, não havendo manifestações de problemas de saúde ou de cariz social. Procurava-se então, produzir o ambiente oriental dos fumadouros e opiários. Em Berlim criavam-se centros de consumo de

alcalóides com acesso restrito e muito selectivo. Também no século XIX, a Companhia da Índia Oriental administrava os Estados Indianos, os monges haviam estabelecido ligações entre estes Estados e a China, com imposição do monopólio do comércio com aquele Império. Contudo, a China que extraía do ópio bons rendimentos, não reagiu a gosto, o que veio a dar origem às chamadas “Guerras do Ópio”, entre China e Inglaterra (Poiares, 1999).

A morfina foi usada indiscriminadamente entre os feridos da Guerra da Secessão, no século XIX nos Estados Unidos da América. Tal utilização conduziu a situações de dependência que na altura receberam a designação de “doença do exército”. A dependência assim criada entre os soldados da época, viria a originar uma vaga de criminalidade, em que os sujeitos adictos invadiam e assaltavam farmácias e laboratórios da época, a fim de obter a substância. A cocaína instituiu-se na altura como uma moda, fazendo até parte da composição de certas bebidas, quer nos Estados Unidos da América quer na Europa. Neste continente, ilustres, monarcas e até o Papa, apreciavam tais vinhos enriquecidos com a substância. Já com a entrada no século XX, autores e poetas cantam as virtudes das drogas, como forma de apagar as suas desditas. Álvaro Campos, heterónimo de Fernando Pessoa, escreveu “O Opiário”, onde refere o uso do ópio como remédio para o tédio da vida. Uma história de cocaína aparece como pano de fundo para um romance policial de João Ameal e Oliveira Guimarães, em que é reproduzida a sociedade lisboeta da época (Poiares, 1999).

A dependência do ópio vai alastrando subtilmente através da passagem para o século XX, havendo casas de fumo em Paris, Marselha, Bordéus, Sète e Toulon, onde existiam grandes portos de entrada para as substâncias então na moda. Com a abertura do século XX, a par da colonização da Indochina, o acesso ao ópio é mais facilitado e a França está repleta de locais de fumo. Em Inglaterra começam a ser notórios os consumos dos primeiros dependentes de ópio. Também ao nível da saúde e das ciências médicas o uso de tais substâncias foi procurado por muitos. O lúpulo era usado pelo seu efeito hipnótico e o meimendo era

receitado como remédio contra as crises epilépticas. Pinel apelava ao uso do Heleboro negro, como forma de combater as crises maníacas. A morfina, extraída do ópio e obtida em 1804 por Seguin, cuja descoberta é mais tarde atribuída a Seturner, é designada por este como *morphium*, em homenagem ao deus do sono, Morfeu. Em finais do século XIX, já ao virar para o século XX, a heroína surge como potente medicamento (Angel, Richard & Valleur, 2002).

Note-se que morfina e heroína terão sido usadas por missionários do Ocidente, com o objectivo de recuperar os dependentes do ópio na velha China, onde ainda actualmente a morfina é genericamente designada e conhecida por “ópio de Cristo” (Escohotado, 2004).

A heroína, diacetilmorfina, surge no mercado com este nome dadas as suas propriedades, que demonstraram tratar-se de uma droga cinco vezes mais activa que a morfina. Heroína, e mais tarde a aspirina, converteram a pequena fábrica de corantes, chamada Bayer, numa gigantesca estrutura mundialmente conhecida pela produção de fármacos (Escohotado, 2004).

Está-se já no século XX e as anfetaminas são sintetizadas em 1927 a partir da efedrina, vindo a ser comercializadas a partir de 1935. Na II Guerra Mundial (1939/1945) a sua divulgação foi enorme. Já em 1943, Hoffman descobre o ácido lisérgico e inadvertidamente absorveu o pó, realizando a primeira viagem com o mais tarde conhecido LSD. Surge na altura o movimento Hippie cujas comunidades se instalam em S. Francisco em 1966, dando lugar ao uso generalizado e endémico de drogas. Franceses e anglo-saxónicos seguem o mesmo percurso e deslocam-se em viagens para a Índia, na onda do “tempo das flores”. O uso de drogas atravessa assim distintas classes sociais, tornando-se generalizado entre os jovens (Angel, Richard & Valleur, 2002).

Na década de oitenta inicia-se uma verdadeira indústria de produção de drogas sintéticas, também designadas por drogas de desenho. Com estas substâncias o usuário tem acesso às drogas de forma rápida e sem grandes custos. Entretanto, e já na década de noventa, há um

progressivo alargamento das faixas de idades dos consumidores, que se iniciam cada vez mais cedo e, a par disso, há os adultos dependentes de drogas que se haviam iniciado nos anos setenta e oitenta. A droga saiu dos salões e dos clubes elitistas, invadiu as ruas e os bairros de operários (Poiares, 1999).

A velha sabedoria Grega nomeou as drogas como *pharmakon*, pretendendo significar remédio ou veneno em função do conhecimento, ocasião e indivíduo a utilizar a substância. É fundamental instruir sobre o uso correcto das drogas ou condená-lo indiscriminadamente. A questão prende-se com um investimento no conhecimento ou, pelo contrário, com uma aposta na ignorância (Escohotado, 2004).

1.2. Toxicodependência

A toxicodependência trata-se, como foi visto no ponto anterior, de um fenómeno cuja história se foi construindo com base em distintos interesses, acabando por trilhar um caminho que o tornou num problema transversal e gerador de uma multiplicidade de consequências. A sua complexidade, intrincada de causas plurais e múltiplas implicações, acaba por tornar difícil a sua própria definição.

De facto, torna-se árduo senão impossível, encontrar uma forma de definir com precisão um conceito universal de toxicomania. Isto porque tal conceito surge já imbuído por um critério clínico, como também por factores sociais e normas jurídicas. Por isso a Organização Mundial de Saúde (OMS) preferiu, desde 1964, referir-se a dependência para definir a interacção entre o organismo e a substância tóxica ou droga, que um sujeito se sente compelido a consumir periódica ou continuamente (Fonseca, 1997).

A dependência é também definida como um padrão desadaptativo de uso da substância, conducente a défice ou sofrimento clinicamente significativos, que abarque três ou mais dos

critérios expostos a seguir, por período seguido de pelo menos doze meses (DSM-IV-TR, 2002):

- ✓ Tolerância (com necessidade de aumento da dose para obtenção dos mesmos efeitos, ou redução destes com o uso continuado da mesma dose);
- ✓ Abstinência (com manifestação de síndrome característico da privação da substância, ou necessidade do uso da mesma ou de outra, para alívio de tais sintomas);
- ✓ Consumo frequente da substância, em quantidades consideráveis ou por longo período de tempo;
- ✓ Desejo persistente de consumo, ou esforço mal sucedido de o diminuir ou controlar;
- ✓ Dispendio de tempo excessivo para obtenção, utilização e recuperação do consumo;
- ✓ Abandono ou redução considerável de actividades sociais, ocupacionais ou recreativas, devido ao uso da substância;
- ✓ Uso continuado apesar da presença e da persistência de problemas recorrentes, físicos ou psicológicos, causados ou aumentados pelo consumo da substância

Em Doron & Parot (2001) define-se toxicomania como uma perturbação do comportamento, com desejo ou necessidade compulsivos de procurar a substância, quer pelos seus efeitos quer para eliminar os sinais psíquicos desagradáveis que surgem com a privação do consumo, sendo que a duração e a acção da droga vão pautar a sua procura. No desenvolvimento da toxicomania há variabilidade individual, em que se conjugam factores genéticos, epigenéticos ou de desequilíbrio homeostático, que a substância torna mais toleráveis.

Kaplan, Sadock e Grebb (2003) lembram que a OMS deixou de considerar o termo adicção como cientificamente adequado, passando a recorrer à ideia de dependência. Esta é invocada basicamente em relação à dependência comportamental e física. A primeira prende-

se com acções de procura e evidências de uso patológico, já a dependência física reporta-se aos efeitos fisiológicos do uso repetido da substância.

Assim, poder-se-ia dizer que diferentes definições focam distintos aspectos, sendo todas tão verdadeiras como insuficientes. Mesmo relativamente à designação não há total consenso: uns apontam o termo dependência, reportando-se apenas ao uso problemático de substâncias, outros preferem o termo adicção, abarcando outras modalidades de comportamentos problemáticos.

No que concerne à dependência, há enfoque na vivência incomparável do toxicómano, de carácter diametralmente distinto relativamente a experiências de outra natureza. Abarca-se aqui todo um conjunto de fenómenos que incluem o síndrome de privação, numa edificação inusual do mundo psíquico do indivíduo toxicómano, diferente dos demais. Em oposição, para alguns a adicção tem contornos menos drásticos, sendo um conceito resultante não da invalidação do toxicómano, mas antes da aplicação a outros domínios, das análises reflexivas sobre a toxicomania, associando-se a hábitos, dependências e excessos (Angel, Richard & Valleur, 2002).

Inscrita no âmbito da toxicodependência, está também outra definição que a refere como servindo para indicar o papel fulcral de uma substância na vida do indivíduo, com aparecimento de problemas relacionados com o controlo dos consumos e o aumento de dificuldades, a despeito dos quais o sujeito persiste em consumir repetidamente. A dependência é também referida como habituação ou utilização compulsiva, conduzindo a implicações de necessidade psicológica e/ou fisiológica relativamente à substância. A componente psicológica da dependência coloca-se pela sensação de carência da substância, por parte do usuário para alcançar um melhor nível de actividade e bem-estar. Trata-se por isso, de uma componente subjectiva, difícil de quantificar. A dependência física traduz-se na adaptação fisiológica à substância, com aparecimento de uma constelação de sintomas

aquando da privação do consumo. De notar que há provas de que factores comportamentais e psicológicos estão também associados ao que é considerado como síndrome de abstinência física. Esta última, tal como o desenvolvimento de tolerância, também não é um fenómeno absoluto e claramente definível, possibilitando uma ampla variedade de sintomas distintos, cuja constelação resultante pode variar (Schuckit, 1998).

Marlatt e Gordon (1985) referem-se ao termo adicção com base na obra *Websters New Collegiate Dictionary* (1983), cuja definição é de necessidade fisiológica compulsiva para o uso habitual da droga, sendo a compulsão definida como o estado de ser compelido a um impulso irresistível para executar um acto irracional. Portanto, concluem Marlatt e Gordon, o adicto é aquele que não controla o seu comportamento adictivo.

Repare-se que o excessivo uso de uma substância ou de outro comportamento por forma a alcançar uma imediata gratificação, pode ser visto como um problema de controlo de impulsos, em que o indivíduo é incapaz de exercer controlo de comportamentos, culminando-se assim numa visão moral da adicção. De acordo com o modelo moral, o adicto é aquele que se fechou à moralidade não resistindo à tentação. Na verdade, persistem ainda aqueles que consideram a adicção como uma falha individual e de nível moral. Contudo, a ideia de comportamento adictivo prende-se essencialmente com os determinantes do hábito adicto, com as circunstâncias antecedentes, as crenças e expectativas do indivíduo, com a história do mesmo e com as experiências de aprendizagem com a substância ou com o comportamento (Marlatt & Gordon, 1985).

Para além da dificuldade em definir universal e integralmente um fenómeno de imensa complexidade, acresce o facto de se tratar de uma problemática em permanente mudança, flutuando em função da cultura e dos estilos de vida, sendo que o único factor permanentemente presente é o seu constante crescimento.

Todos os problemas subjacentes e consequentes do consumo descontrolado, colocam a problemática numa grave e incapacitante posição para o usuário, a que se acrescenta o impacto dramático quer para a família quer para a comunidade. No âmbito do modelo biomédico, a toxicodependência abarca a vertente biológica como determinista do problema. Assim o fenómeno é visto com ênfase no carácter de doença, numa descontinuidade relativamente a um funcionamento pré-mórbido. Trata-se de uma leitura inadequada, porque redutora de tão intrincada complexidade. Os níveis psicológico e socio-familiares são da máxima relevância e o contexto sociocultural faz parte dos múltiplos factores implicados, tornando a visão biomédica insuficiente e simplista (Costa, 2002).

O consumo problemático de drogas passa pelos resultados nocivos daí decorrentes a vários níveis: a nível individual, pelos efeitos nefastos da substância sobre o organismo, sobre o comportamento e sobre o funcionamento do indivíduo, que é afectado pela perda de controlo; a nível social, dados os prejuízos e mal-estar consequentes, na família e na comunidade, mediante os comportamentos executados sob efeito da droga ou para a angariar; a nível político, pelo impacto de todos os intervenientes no processo, como sendo a produção e distribuição do produto no mercado, com implicações directas sobre as políticas orçamentais, jurídico-legais, policiais, mediáticas, económico-financeiras e geoestratégicas (Costa, 2002).

Pode então depreender-se, que todas estas definições, sendo igualmente verdadeiras, caem no reducionismo e na insuficiência, não se adequando totalmente ao fenómeno da adicção às drogas. Não obstante todas elas acabam por se complementar, na medida em que focam diferentes aspectos presentes, num caminho para a globalidade complexa do problema.

Também complexo é o próprio conjunto de substâncias, múltiplas e com diferentes efeitos e consequências. Neste estudo, o foco incide predominantemente no consumo de heroína e cocaína, substâncias presentes na história de todos os participantes, à semelhança do que se

passa com a metadona. O conhecimento geral de como as drogas actuam, torna-se por isso pertinente.

O termo opióide designa substâncias, endógenas ou exógenas, que estabelecem ligação com receptores opiáceos, activando-os. Entre os opiáceos semi-sintéticos destaca-se a heroína, obtida a partir da morfina pela adição de grupos químicos à sua molécula. Desde logo a heroína é um agonista opiáceo na medida em que se liga aos receptores, activando-os e desencadeando um sinal, que se propaga através da membrana celular. Ao que parece os opiáceos estimulam a libertação de dopamina no sistema mesolímbico, por inibição do GABA-ácido aminobutírico. Inibem também, a estimulação hipotalâmica e da hipófise e aumentam a produção de prolactina, bem como os níveis plasmáticos de cortisol. Há também uma acção sobre as células do sistema imunológico, com alterações negativas. A dependência é multifactorial, mas é também precipitada pelos impulsos primários positivos (euforia e inibição da dor). Além disso há também a considerar os estímulos relacionados com experiências anteriores, alcançadas com a substância (Seidenberg & Honegger, 2000).

A heroína é o opiáceo mais usado sendo mais potente que a morfina, atravessando facilmente a barreira hemato-encefálica. A sua acção resulta em alterações qualitativas e quantitativas nos receptores opióides, estando associada, no uso de longo prazo, a uma maior sensibilidade dos receptores dopaminérgicos, colinérgico e serotoninérgicos, o que se relaciona com a tolerância e dependência desenvolvidas. Há referência ao *Síndrome Comportamental da Heroína*, como um padrão de comportamento presente nos indivíduos dependentes da droga. Este padrão caracteriza-se por: depressão do tipo agitado e acompanhada por ansiedade; impulsividade; medo do fracasso; uso da substância para alívio da ansiedade e disfarce de baixa auto-estima e de desesperança; baixa tolerância à frustração com necessidade de gratificação imediata; estabelecimento de relação entre sentimentos de impotência comportamental e o controlo momentâneo propiciado pela droga; relacionamento

com os pares perturbada por experiências mútuas com substâncias (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

Causadora de dependência, verifica-se o desenvolvimento de dependência psicológica, caracterizada pela necessidade ávida, contínua ou intermitente, de consumo da substância. A dependência física está também presente, com desenvolvimento de tolerância e instalação de um quadro de síndrome de abstinência. Este exhibe sinais como avidez pela heroína, ansiedade, lacrimejo, midríase, sudorese, insónia, sensação de calor/frio, tremores, inquietação, náuseas, vômitos, diarreia, dores musculares e articulares, taquicardia e hipertensão arterial (Kaplan & Sadock, 1998).

O síndrome de abstinência de opiáceos implica a interrupção ou redução do seu consumo abundante e prolongado, ou administração de um antagonista, após consumo abundante e prolongado (sendo que o antagonista bloqueia o receptor não possibilitando a acção do seu ligando). Assim, deve verificar-se a presença de três ou mais dos seguintes sinais: humor disfórico; náuseas e vômitos; dores musculares; lacrimejo; midríase; piloereção; sudação; diarreia; bocejo; insónia e febre (Becoña & Vázquez, 2001).

A metadona é um opiáceo sintético que, tomado oralmente alivia os sintomas da abstinência da heroína, sendo usado como terapia de substituição. Esta opção apresenta vantagens como: a libertação do indivíduo da dependência da heroína; a redução dos comportamentos de risco dos sujeitos, no que respeita à transmissão do Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) e de outras doenças infecto-contagiosas; o provocar de efeitos menos euforizantes e raramente de sonolência ou depressão; o facilitar do processo de afastamento da desviância com possibilidade de reinserção social. A desvantagem reside no facto do indivíduo ser dependente de outro opiáceo (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

De acordo com Schuckit (1998) a cocaína, ao contrário da heroína, provoca euforia com diminuição de fadiga, aumento do estado vigil, do desejo sexual, da sensação de energia e

redução de apetite. Parece haver indicadores de que haja um déficit de discernimento e alterações psicológicas, que colocam problemas na condução de veículos automóveis. Aqui a tolerância é muito rapidamente desenvolvida, havendo também casos de sensibilização ou tolerância inversa, com o potencial dos efeitos com doses repetidas. A cocaína, tal como outros estimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC), não apresenta um quadro físico específico, ligado à existência de dependência com consequente síndrome de abstinência por privação. Há antes uma ausência de mudanças fisiológicas óbvias. Verifica-se a constatação de um aumento de prolactina nas primeiras semanas de abstinência, que deriva do aumento de dopamina e redução de prolactina, aquando dos consumos regulares. Ora, a dopamina é um neuroquímico associado à percepção de prazer, logo na abstinência da cocaína há alterações marcadas ao nível da resposta de auto-estimulação cerebral, levando à instalação de um déficit de prazer ou de anedonia. Há uma fase de abstinência com intenso desejo da substância, com agitação intensa, depressão, falta de apetite, fadiga e insónia. Segue-se um período de exaustão, com regresso de apetite e grande necessidade de dormir. Por último, seguem-se uma a dez semanas com redução do desejo de cocaína e rápida evolução para um estado de extrema fadiga, ansiedade e anedonia.

Clinicamente é possível suspeitar de dependência de cocaína em indivíduos com alterações drásticas na sua personalidade, como irritabilidade, considerável incapacidade de concentração, conduta compulsiva, insónia severa e, devido aos seus efeitos vasoconstritores, frequente congestão nasal. Acrescentem-se a conduta sexual potencialmente perigosa, a agressividade e o aumento considerável de actividade psicomotora (Becoña & Vázquez, 2001).

O efeito farmacológico da cocaína passa pela depleção das vesículas de catecolaminas, com inibição da recaptação de noradrenalina, dopamina e serotonina, que permanecem na fenda sináptica com efeito agonista sobre estes sistemas. Daí o registo de euforia, aumento de

auto-estima, da actividade mental e das capacidades físicas, a par da redução de apetite bem como das necessidades de sono (Tavares, Araújo, Lopes, Silva & Sousa, 2002).

A cocaína possui potentes propriedades adictivas, cuja dependência psicológica pode instalar-se após uma única dose, pelo seu poder reforçador (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

De notar que muitos adictos a opiáceos consomem também cocaína, sendo por isso politoxicómanos. O recurso à cocaína por parte de indivíduos consumidores de opiáceos por via endovenosa, é verificada em 50% dos casos (Seidenberg & Honegger, 2000).

O consumo de cocaína entre os dependentes de heroína, ou entre aqueles que fazem terapia de substituição com metadona, é frequente e prejudicial, quer em termos de saúde quer em termos de reinserção social. As razões farmacológicas para o consumo de cocaína por parte de heroinodependentes são pouco conhecidas. Os estudos indicam que o consumo concomitante de cocaína e opiáceos, num único composto, não leva a novos ou mais fortes efeitos, embora se constate que a cocaína pode aliviar o síndrome de abstinência da heroína (Leri, Bruneau & Stewart, 2003).

Está-se assim perante indivíduos que fazem consumos de múltiplas drogas.

Com a repetição de experiências com determinada substância, produzir-se-ão num período de tempo maior ou menor, os efeitos psicofarmacológicos, a tolerância e o síndrome de abstinência, não sendo de olvidar a interacção que possa existir entre distintas drogas (Becoña & Vázquez, 2001).

É chegada a altura de procurar definir droga, tarefa que à semelhança do ocorrido com a definição de toxicodependência, se torna complexa pela acção múltipla e díspar destas substâncias, bem como pelas suas implicações diversas.

A este propósito, Escotado (1990, cit. In Fernandes, 1997) lança um alerta sobre a objectividade procurada na medida em que se torna impeditiva de misturar ética, direito e química.

De facto, segundo Jervis (1977, cit. In Fernandes, 1997), droga é um termo vago, ambíguo, equívoco que abarca substâncias muito diferentes excluindo outras indevidamente e que está impregnado de ideias negativas irracionais. Num plano farmacológico, a OMS define droga como toda a substância que, pela sua natureza química, provoca alterações estruturais e funcionais no organismo.

A droga é também definida como uma substância cujas propriedades particulares conduzem a tolerância, dependência e geralmente à toxicomania. Então, a palavra droga refere-se a substâncias, lícitas ou não, usadas com fins não terapêuticos, mas antes de busca de prazer ou alívio de sofrimento físico ou psicológico, ou ainda para reduzir os efeitos de uma dependência física ou psicológica (Doron & Parot, 2001).

Jervis (1977, cit. In Fernandes, 1997) avança com uma definição que extravasa o plano farmacológico, não negligenciando essa componente química, mas integrando também o domínio psicológico: Droga é o conjunto de substâncias introduzidas no organismo, para voluntariamente alterar as condições psíquicas e que, com maior ou menor facilidade, acabam por criar dependência no sujeito.

Tal como nas definições de toxicodependência, também nas relativas à droga há distintas tentativas que, não sendo suficientemente universais e completas, acabam por se complementar num caminho para a complexidade do conceito.

1.3. Toxicodependência e Patologia

É sabido que o dependente de substâncias é alguém limitado na sua liberdade psíquica, empobrecido nas suas capacidades físicas, psíquicas e sociais, sendo que quando se considera doente valoriza geralmente a dimensão física desse sofrimento (Patrício, 1996).

Contudo, a OMS (1947) definiu saúde como um estado de total bem-estar físico, mental e social, numa visão vasta e multidimensional, que quebra a ênfase tradicionalmente médica sobre a saúde física (Ogden, 1999).

Assim, neste ponto, procurar-se-ão abarcar as três dimensões: física, mental e social.

Do ponto de vista da saúde pública, é fundamental considerar que a via de transmissão do Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) entre a população toxicodependente, é muito frequentemente a parentérica, dados os comportamentos de partilha de seringas e outros associados ao consumo. Deve também ter-se em consideração a existência de uma sexualidade de risco entre pessoas dependentes de drogas. Este aspecto é fundamental mesmo quando se verificam mudanças nas práticas de consumo, pois por via sexual vão-se transmitindo o VIH e as Hepatites B e C, tão frequentes em toxicodependentes (Lorga, 1997).

Acrescente-se que tais patologias, sendo víricas, encontram instalação facilitada num corpo abandonado pelo próprio.

De facto o adicto às drogas mergulha na vivência da droga, numa existência sem tempo, sem realidade e sem corpo. Anula-se enquanto corpo pela paragem da sua própria história. Este abandono do corpo ou da sua representação, desencadeia no indivíduo dependente de drogas uma fragilidade com tendência para comportamentos negligentes, a par de uma incapacidade de percepção dos prejuízos a que o corpo se expõe. Há um tão grande alheamento da existência desse mesmo corpo, que pode até dizer-se que é nessa despedida que se inicia a sua morte (Curto, 2001).

De salientar que ao VIH se associam várias outras patologias, físicas e psíquicas, sendo as primeiras aquelas que oportunamente se instalam no organismo e as segundas decorrentes da doença física.

Entre essas patologias físicas, a tuberculose é uma das mais frequentes, assumindo distintas estirpes bacilares, muitas delas presentes em consumidores de drogas injectáveis (Valadas, 2001).

Insuficiências renais, com infecção associada a nefropatia como resultado da acção do VIH sobre o rim, muito frequente em consumidores de drogas injectáveis, tal como a neoplasia do rim (Pereira, 2001).

As hepatites víricas, com prevalência do Vírus de Hepatite B (VHB) de 82% em consumidores de drogas por via parentérica, potenciando por sua vez o desenvolvimento do VIH. A prevalência de 72% do Vírus de Hepatite C (VHC) em indivíduos que se injectam com substâncias, apresenta uma rápida evolução para um quadro de cirrose hepática (Antunes, 2001).

O aumento do consumo de drogas exige uma compreensão do que leva a tal comportamento, dos pontos de vista social e médico, com análise das hepatites víricas, nomeadamente da B e da C, com elevada incidência entre toxicodependentes (Pereira & Dutschmann, 1999).

Assim, a toxicodependência traz associada uma multiplicidade de patologias, algumas delas infecto-contagiosas. Por isso, o Plano de Acção da União Europeia de Luta contra a Droga, aprovou em Junho de 2000, que os Estados-Membros devem implementar serviços de fácil acesso aos toxicodependentes, com tratamentos, aconselhamento e, se necessário, de distribuição de profiláticos para reduzir a disseminação de doenças (Costa, 2001).

Acrescente-se que o estigma associado ao VIH acarreta ainda respostas discriminatórias e muitas vezes de culpabilização, o que se associa aos grupos que inicialmente apresentaram a infecção, entre os quais os sujeitos dependentes de substâncias. Tal facto conduz a implicações psicológicas graves e destruturantes (Guerra, 1998).

Perturbações psicológicas estão também presentes no fenómeno da toxicodependência e, numa obediência à definição de saúde pela OMS (1947), devem também ser abrangidas neste ponto.

A questão relativa à associação entre toxicodependência e psicopatologia não é consensual, para Fonseca (1997) a experiência clínica indica que a droga, pelas alterações de ânimo e pensamento que produz, pode condicionar comportamentos delituosos. Há também uma frequente associação entre personalidades psicóticas e as distintas sociopatias, como a toxicomania e as condutas sexuais aberrativas. A toxicodependência sustenta-se de múltiplos condicionantes, precipitantes da descompensação da personalidade. Assim o fenómeno das drogas terá como base uma estrutura psicológica instável com traços predominantes de impulsividade, reprimidos por frustração e renúncia, compensados pelo consumo de substâncias.

Já para Costa (2002) o estereótipo do adicto às drogas inclui um ar pouco saudável, degradado, desleixado, geralmente com desgaste ao nível da qualidade de vida e a todos os níveis do funcionamento do indivíduo. Os estudos clínicos evidenciam a existência de comorbilidade com personalidade anti-social, em 35% a 60% dos casos de toxicomania. A depressão ou suicídio entre toxicodependentes é vinte vezes mais frequente que na restante população, por vezes o consumo decorre de uma automedicação para o alívio de sintomas, como será o caso do abuso de heroína na esquizofrenia.

De acordo com Farate (2001) diferentes estudos apontam para a adesão de jovens consumidores, a outros comportamentos problemáticos, nomeadamente a condutas violentas. São mais frequentes as alterações no comportamento escolar entre consumidores regulares de substâncias, do que nos restantes estudantes. É também notória a associação entre o consumo de drogas e as condutas socialmente transgressoras. Huinzinga e colaboradores (cit. In Farate, 2001) concluem num estudo, que o aumento do consumo de drogas tem impacto significativo

no posterior aumento de comportamentos delinquentes. Verifica-se ainda que o aumento de delinquência tem menos impacto no ulterior aumento de consumos.

Contudo esta é uma questão delicada, na medida em que fenómenos de marginalização, com probabilidade de se tornarem alvo de crítica social, como é o caso do consumo de drogas, podem levar a uma confusão de conceitos. É importante notar que o comportamento desviante não é necessariamente patológico (Gonçalves, 2000).

Carqueja (2000) alerta para o facto de que ser dependente e sofrer é simplesmente ser-se humano. Afirma ainda, que o conceito de doença é muito frequentemente mais moral e político que científico, sendo que as doenças ditas mentais são muitas vezes impregnadas desse peso moral e cultural.

De facto, há confirmação de uma associação entre alguns tipos de consumo e algumas formas de crime. Mas essa associação em termos comportamentais não reflecte a mesma associação em termos de processos psicológicos. Não parece haver uma relação directa de funcionamento psicológico entre os actores dos fenómenos droga e crime (Manita, 1997).

Os sujeitos toxicodependentes com comportamentos delinquentes exibem padrões funcionais que se desviam dos normais. Contudo, essa relação droga-crime varia, ocorrendo sem interacção, integrando-se ou pautando-se no registo em que a substância obriga a flutuações entre a contingência e a necessidade (Agra, 2002).

Inúmeros autores defendem que, na coexistência de toxicodependência e condutas delinquentes, os dois comportamentos têm mútua influência causal, numa espiral de reciprocidade. Contudo, num estudo que não se orienta para a causalidade linear, o que se pode concluir é que, dependendo de múltiplos factores ambientais e da variabilidade das características individuais, pode supor-se que o consumo de heroína tem papel causal na criminalidade (Negreiros, 1997).

Queirós (1997) conclui que há uma nítida associação entre droga e crime embora constataste que, perante temas sobre crime, os indivíduos refiram droga, mas perante a última nem sempre refiram crime.

Numa leitura diferente, há referência a dependentes de drogas que evitam o sono como se o pudessem anular. Na insónia o indivíduo não sonha não se encontrando a si e ao seu passado, numa desorganização temporal. Simultaneamente a privação de sono facilita a agressividade, sendo que o corpo apresenta grave perturbação biológica. É um corpo estranho, como que já não pertencente ao sujeito, que leva a uma circularidade de comportamentos de consumo, para evitar o sofrimento causado por esse mesmo consumo. Trata-se de um controlo da substância sobre o tempo e sobre o ritmo corporal, assumindo a organização dos ritmos sono/vigília, da temperatura, da respiração, numa influência sobre o biológico (e sobre o adoecer) (Pedro, 1987).

De notar que Hendriks (1990, cit. In Ferreira, 2004) verificou que na Holanda 80% dos indivíduos toxicodependentes apresentam no mínimo uma perturbação psiquiátrica, sendo as mais frequentes a personalidade anti-social, a depressão e perturbações da ansiedade. Acrescenta ainda a autora, que não foi encontrada uma personalidade específica do toxicodependente. Contudo várias pesquisas demonstram heterogeneidade e simultânea existência de grupos tipo na dependência de drogas. Amaral Dias (1980, cit. In Ferreira, 2004) é também referido como apontando a heterogeneidade dos toxicodependentes que no entanto, com as experiências de droga, tendem para um plano comum. Cancrini (1994) é também referido por Ferreira (2004) por ter averiguado a presença de psicopatologia em consumidores de substâncias tendo apontado quatro tipos: perturbações adaptativas (relação entre o trauma psíquico e o comportamento abusivo de drogas); perturbações neuróticas (com tendência a reduzir a ansiedade por via dos consumos); psicóticos e borderline (em que a droga propicia

intensa sensação de liberdade); perturbações sociopáticas da personalidade (expressando conflitos psíquicos através do acting-out) (Ferreira, 2004).

Ainda relativamente à personalidade anti-social, Fabião (2002) refere que Girandola (2000) desenvolveu um estudo que indicou que a baixa ritmicidade, baixa regulação comportamental e reduzida afectividade positiva, indicavam conduta anti-social mas apenas nos casos em que a história familiar encerrava abuso de drogas. Por outro lado, a autora menciona Bergeret (1982), que verificou que um número considerável de dependentes de substâncias apresentava uma estrutura psicótica de personalidade, com personalidades imaturas, ansiosas e insatisfeitas. Outros estudos apontaram para a existência de alexitimia, em percentagens consideráveis de toxicodependentes. Neste ponto Fabião (2002) aponta Haviland et al. (1994), que avançam com a ideia da alexitimia ser uma resposta de defesa contra a ansiedade, enquanto Taylor (1997) encontrou defesas imaturas e mal adaptadas nos alexitímicos, referindo esta característica da personalidade como uma deficiência de defesas e não como uma defesa.

Outras perturbações como a anorexia nervosa podem estar associadas a alguns casos de toxicoddependência. Ao contrário do que aparenta a anorexia, não se verifica uma renúncia ao prazer, mas antes uma procura encoberta deste. No plano psicológico pode dizer-se que anorexia e toxicoddependência são duas formas de resposta ao mesmo problema – a dependência. Como na toxicoddependência há na anorexia uma intencional busca do desejo como necessidade absoluta diz Brusset (1985, cit. In Martins, 2004). Este último autor menciona também Giddens (1991/1994) o qual defende que há nas duas perturbações uma distorção perceptiva da realidade corporal, psicológica e social. Com a heroína, a falta de apetite e de sede, de sono, de medo e de dor, acaba por incluir uma imagem de invulnerabilidade e onnipotência.

É extensa a lista de estudos que apontam para a presença de psicopatologia nos indivíduos com toxicod dependência, nem sempre se sabendo qual a primeira perturbação a instalar-se.

De um modo mais genérico sobre a sintomatologia, Pedro (2001) esclarece que na toxicod dependência de longa duração há aparecimento do sintoma, quer pelo conflito neurótico quer pelo psicótico, tornando-se invisível ou mudo para que prevaleça a formação caracterial de quem se agarra ou cola à realidade imediata e factual.

Baptista (2002) refere, numa perspectiva psicanalítica, que a maneira de gozar ou desfrutar está ligada a um produto, sendo que este leva a uma identificação brutal do indivíduo com o “eu sou toxicómano”, como se de uma absorção identitária se tratasse.

1.4. Modelos teóricos explicativos

A imensa vastidão de modelos e teorias explicativas da toxicod dependência, impõe que este ponto seja alvo de criteriosa selecção relativamente aos modelos que, na área da psicologia, sejam mais reveladores do fenómeno. Assim, apresentar-se-ão apenas uma parte deles, nomeadamente daqueles que, dado o carácter compreensivo do estudo, pareçam à autora deste estudo, ser os mais pertinentes.

Da multiplicidade de teorias e modelos, a maioria focalizou-se na busca de uma explicação para o fenómeno do consumo de drogas, perseguindo uma causalidade linear e directa. Outros houve que se centraram na compreensão do fenómeno em si. Segue-se uma sumária exposição do panorama geral de algumas dessas teorias agregadas em três grandes grupos, passando-se posteriormente ao detalhe daqueles que mais pertinentes sejam para o presente estudo. Seguindo a visão apresentada por Becoña e Martin (2004), é possível distinguir:

→ Teorias parcelares e baseadas em poucos componentes: nestas incluem-se os modelos biológicos, como sendo a adicção enquanto transtorno no plano biológico ou a hipótese da

automedicação. Os modelos de saúde pública, das crenças de saúde ou de competências, pertencem também a este primeiro grupo, que procura uma relação de causalidade de índole biológica. Acrescentem-se as teorias de atitude/conduta, e as baseadas em causas interpessoais, como é o caso da teoria integrativa da conduta desviante de Kaplan. Há ainda as baseadas na família com enfoque sistémico, o modelo social de Peele e outros como o de Becker, o de Burgess e o de confronto do stress de Wills (Becoña & Martin, 2004).

→ Teorias de estádios e evolutivas: nas quais se incluem aquelas que incidem num nível de explicação sedimentado nos estádios desenvolvimentais, maturidade e conseguinte consumo de drogas. Tal é o caso das seguintes: modelo evolutivo, de Kandel, modelo de etapas motivacionais multicomponentes de Werch e Diclemente, modelo do processo de reafirmação dos jovens de Kim e colaboradores, teoria da maturidade sobre o consumo de drogas de Labouvie, teoria do desenvolvimento precoce de Newcomb, modelo psicopatológico do desenvolvimento de Glantz, modelo de enfermidade e desenvolvimento da dependência de drogas de Chatlos, teoria da socialização primária de Oetting e colaboradores (Becoña & Martin, 2004).

→ Teorias integrativas e compreensivas: estas perseguem a ideia de integrar distintos componentes e múltiplos factores, buscando uma explicação de índole compreensiva do fenómeno, e não apenas uma causalidade directa. Entre elas podem destacar-se as seguintes: modelo da promoção da saúde; teoria da aprendizagem social e teoria cognitiva social de Bandura, modelo do desenvolvimento social de Catalano, Hawkins e colaboradores, teoria interaccional de Thornberry, teoria da conduta problema de Jessor e Jessor, teoria da conduta de risco em adolescentes de Jessor, modelo integrativo geral da conduta de consumo de drogas de Botvin, modelo dos estilos de vida e factores de risco de

Calafat e colaboradores, teoria da influência triádica de Flay e Petraitis, modelo de autocontrole de Santacreur e colaboradores.

Desde logo é imperativo conhecer basicamente um modelo de índole compreensiva e sequencial, incluindo toda uma multiplicidade de factores implicados, numa perspectiva sequencial da própria evolução física, psicológica, afectiva e social do indivíduo. Trata-se do modelo compreensivo e sequencial das fases de consumo de drogas na adolescência, de Becoña (1999), exposto por Becoña & Vázquez (2001), apresentado na figura 1.

Figura 1. Modelo compreensivo e sequencial das fases de consumo de drogas na adolescência de Becoña (1999, esquema adaptado de Becoña & Vázquez, 2001).

Trata-se de um modelo que procura abarcar toda a complexa rede de interações, entre os múltiplos factores implicados, numa leitura realmente biopsicossocial, sendo por isso tão complexo. É um modelo que propicia uma visão geral da complexidade do fenómeno, cuja abordagem se torna difícil precisamente pela intrincada rede de factores e dimensões que interagem, como evidencia o esquema do modelo.

O modelo é exposto por Becoña e Vázquez (2001), que aponta desde logo factores predisponentes de natureza biológica, que podem ter uma base genética, a par de factores psicológicos que envolvem aprendizagem, personalidade e inteligência e, finalmente, factores socio-culturais ligados às crenças, expectativas e condutas moduladoras do comportamento do indivíduo, inserido em determinado grupo social. Ambiente e socialização, a par de crenças, atitudes, normas e valores, são conjugados com a disponibilidade e acesso às substâncias. Neste conjunto de condições estão presentes factores de risco e/ou resiliência, bem como a disponibilidade de acesso à substância. Aqui, o estado emocional é afectado pelo próprio tipo de substância, e pela percepção de risco do indivíduo, o qual é igualmente afectado por família, pares, escola, medos e comunicação. A prova ou não da substância prende-se com a presença de estratégias de confronto, a existência de factores de risco e/ou protecção e a percepção de risco. Tudo isto, fortemente afectado pelas estratégias de confronto (ou respectiva ausência) define a decisão de haver ou não um consumo continuado.

Tal decisão, conjuga-se também com a interacção entre diferentes substâncias e até de outras adicções, numa visão da conduta global do sujeito. Tudo se congrega e conjuga para a entrada (ou não) na fase de uso e dependência. A fase de adicção consolidada é portanto, uma conduta aprendida, sob acção de múltiplos factores de diversa ordem, levando a um comportamento repetido e de difícil rotura. Assim, há toda uma predisposição inicial que, será ou não reforçada por factores ambientais, familiares, sociais, culturais e emocionais que, numa complexa alimentação mútua se conjugam com os recursos do indivíduo, as suas

estratégias de confronto, a disponibilidade da substância e até o efeito desta e de outras (Becoña & Vázquez, 2001).

Segundo Becoña e Martin (2004), Jessor (1991) propôs a teoria de risco dos adolescentes, a partir de um modelo anterior. Teoria essa também caracterizada pela sua complexidade e que se centra na importância do aparecimento de acontecimentos de risco nos adolescentes, na pobreza socialmente organizada, na desigualdade e discriminação, como factores mantenedores do risco entre os jovens. O enfoque nos factores de risco conduziu a uma confluência entre a psicologia do desenvolvimento e a psicologia social, em que o próprio Jessor (1991) refere conduta de risco como aquela que pode comprometer aspectos psicossociais e desenvolvimentais do adolescente. Para uma visão global do modelo, veja-se a figura 2.

As condutas de risco são consideradas em cinco dimensões, as quais se relacionam com os comportamentos de risco presentes no estilo de vida do indivíduo, abarcando três aspectos:

Condutas problemáticas (uso de substâncias, delinquência, condução sob efeito de álcool);

Condutas relacionadas com a saúde (alimentação, consumo de tabaco, sedentarismo, uso de cinto de segurança);

Conduta escolar (absentismo, abandono e consumo de drogas na escola) (Becoña & Martin, 2004).

Ainda segundo Becoña e Martin (2004), os resultados do risco, descritos como compromissos saúde/vida, incluem a saúde (enfermidades e condições físicas), os papéis sociais (fracasso escolar, isolamento social, problemas legais e paternidade prematura), desenvolvimento pessoal (auto-conceito inadequado e depressão/suicídio) e a preparação para a vida adulta (escassas capacidades laborais, desemprego e baixa motivação).

Trata-se de uma teoria compreensiva e abrangente com implicações positivas tanto no âmbito da intervenção como no da prevenção. Acresce a vantagem de ser um modelo integrador de múltiplos saberes, os quais trouxeram importante contributo na busca da etiologia e na intervenção, na área da toxicod dependência (Becoña & Martin, 2004).

Neste modelo a ideia parte da associação de factores biológicos, ambientais, de personalidade e de conduta, aos quais se juntam comportamentos de risco em adolescentes nos quais está presente a pobreza, a desigualdade e um desenvolvimento social conducente a um estilo de vida favorecedor do aparecimento de resultados de risco. Esses resultados podem traduzir-se no prejuízo do compromisso vida/saúde. Compromisso esse que abarca a saúde, os papéis sociais, o desenvolvimento pessoal e a preparação para a vida adulta (Becoña & Martin, 2004).

O modelo que agora se apresenta é o modelo biopsicossocial da motivação para o abuso de substância, exposto por Torres (2003) e baseia-se numa adaptação do conceito de *Group*

Diseases de Bion (1961), numa antecipada visão holística do homem. É uma ideia multifactorial que procura alcançar uma economia explicativa, sem contudo cair no reducionismo de modelos baseados numa causalidade única e linear. De facto, o que se procura é a integração das componentes bio, psico e social, como constituintes interdependentes de uma continuidade evolutiva e emergente, de causalidade ascendente e descendente, com objectivos adaptativos comuns (Lorenz, 1973, Popper, 1977; Campbel & Bickhard, 2001, cit. In Torres, 2003).

- ✓ Refere Torres (2003) que Bion (1961), propôs a doença psicossomática como função do conflito existente entre pressões impostas, de afiliação e pertença, e pressões exercidas pelo nível biopsicológico do próprio. Outros autores com base na presença frequente de alexitimia no adicto a substâncias, avançam com a ideia de que a toxicodependência seria uma desordem do foro psicossomático, de regulação das emoções e afectos, ligada a um défice da interacção social. Aqui aponta-se para uma desarticulação de:
- ✓ Sistema opiáceo endógeno, interferente nos subsistemas socio-emocionais de dependência (aleitamento, *attachment*, afiliação social e crença religiosa);
- ✓ Acção de substâncias psicoactivas no sistema opiáceo endógeno;
- ✓ Impasse psicológico conducente ao comportamento adictivo;
- ✓ Impasse psicológico resultante de:
 - Pressão do sistema opiáceo para um aumento emocional (ansiedade de separação e sentimentos de desamparo);
 - Pressão motivacional para a independência (*attachment* inseguro e défice na afiliação social);
 - Abuso de substâncias (como substituto químico dos efeitos da dependência emocional) (Torres, 2003).

É um modelo que parte do ser humano como animal gregário, com necessidade biopsicossocial de dependência emocional ao longo do seu desenvolvimento. Parte do pressuposto básico da dependência, de Bion (1961), como sendo um campo socio-emocional originado pela motivação dos indivíduos procurarem junto das figuras parentais, a obtenção de nutrição, protecção, segurança e um referencial social, segundo explica Torres (2003). O autor elucida ainda, que é aí que residem expectativas de generosidade e competência relativamente às figuras parentais. Em suma, parte-se do conjunto de relações sociais, motivadas pela carência de dependência emocional. Os défices neste campo levam a uma série de implicações, que tornam deficitária a produção de opiáceos endógenos, cujo sistema procura uma compensação através do uso dos exógenos.

A importância da história do indivíduo, tal como do processo de vinculação, é de certa forma reforçada num estudo de Torres, Sanches e Neto (2004), que compara um grupo de indivíduos toxicodependentes com outro grupo, de controlo, sem consumo de drogas. As conclusões do estudo apontaram para os seguintes aspectos:

- Experiências traumáticas na infância e na adolescência, prejudicam a vinculação a parceiros românticos em idade adulta, pela ansiedade de abandono e evitamento de relações próximas;
- Essas experiências traumáticas estavam mais presentes no grupo dos adictos que no grupo de controlo;
- Os adictos têm uma vinculação a parceiros românticos mais insegura, que os sujeitos do grupo de controlo.

Este estudo, embora enveredando por uma leitura algo distinta, acaba por convergir com o modelo acabado de expor.

Uma abordagem que não sendo propriamente um modelo, é no entanto uma tentativa de compreensão do fenómeno, é explicada por Tinoco (2002). Baseado nas histórias de vida, o

autor refere a fissura biográfica, em que o Eu do passado não se reconhece no do presente, como se houvesse uma rasura inerente à desistência da construção de si. O indivíduo, não resolvendo o dilema moral relativo às suas condutas socialmente condenadas, vive a sua história de vida como algo que lhe é externo. A desviância tolheu-o na sua liberdade de indivíduo, havendo o antes, o depois e a impossibilidade de os ligar. Há mesmo uma incompreensão de si e uma biografia desarticulada, com conseqüente esquecimento e perda do desejo de recordar. Se a história não é sentida como sua, para quê pensar nela?

Soares (2001) apresenta uma proposta numa vertente cognitiva, que sendo distinta das anteriormente expostas, é integrativa de modelos de referência na problemática. O autor aposta numa abordagem conciliadora e de conjugação de diferentes modelos. A proposta aborda a teoria de Beck e colaboradores (1993) em articulação com o modelo de prevenção da recaída, de Marlatt e Gordon (1985), associando também o modelo transteórico de Prochaska e Diclemente (1984), cujas fases são laboriosamente articuladas com o modelo da entrevista motivacional, de Miller e Rolnick (1991).

Assim, dada a necessidade de conjugar as abordagens que, como estes modelos, constituíram contributo insubstituível, é imperativa a sumária explicação dos mesmos.

De acordo com Beck (1993, cit. In Júnior, 2004) no modelo cognitivo do uso de substâncias, perante uma situação estímulo há uma activação de crenças centrais do indivíduo, sobre o mundo e o futuro, bem como sobre o uso de drogas. Tais crenças conduzem aos pensamentos automáticos que, por sua vez, vão desencadear sinais e sintomas fisiológicos, reconhecidos como uma fissura. Surgem então crenças permissivas e facilitadoras de um plano de acesso à droga. O uso desta última conduz então, a um estado contraditório: o desejo de consumo, a par de sentimentos de culpa e fracasso, geram um desconforto no indivíduo que o impele para a activação de mais crenças disfuncionais mantensoras da adicção.

Esta manutenção de consumos apenas terá possibilidade de ser revertida mediante a motivação para a mudança, excelentemente tratada por Prochaska e Diclemente (1986), no seu modelo transteórico descrito por Jarvis, Tebbutt e Mattick (1996). O modelo inclui cinco estádios de motivação, nos quais o indivíduo vai oscilando até reunir condições motivacionais para o abandono do comportamento:

- a) Pré-contemplação (há forte crença nos aspectos positivos do consumo, sem reconhecimento do problema e sem qualquer intenção de mudança);
- b) Contemplação (já com reconhecimento do problema e respectivas consequências, sem que haja suficiente motivação para a mudança, num registo ambivalente);
- c) Preparação (há já uma ponderação dos malefícios do consumo, numa prévia preparação para uma mudança próxima);
- d) Acção (há já motivação conducente a alterações claras, de redução ou eliminação de consumos);
- e) Manutenção da acção (o indivíduo mantém a abstinência, num processo de libertação do comportamento adictivo). Aqui está presente o risco de recaída ou lapso, em que o indivíduo pode ter um lapso ou caída com consumo pontual ou, num registo de recaída, retornar aos padrões de consumo anteriores.

Posteriormente, Velicier, Prochaska, Rossi e Snow (1992, cit. In Silva, 2001) definem um último estádio denominado de finalização, com base nos seguintes critérios: o desejo de consumo, em qualquer situação, é nulo; a confiança e auto-eficácia no sentido de não consumir, são de 100%.

Repare-se que é precisamente no estádio de manutenção da acção, que se enquadra a pertinência do modelo de prevenção da recaída, de Marlatt e Gordon (1985). Neste modelo, uma situação de risco pode conduzir a duas reacções: por um lado, o sujeito responde adequadamente, aumentando a sua auto-eficácia com redução da probabilidade de recaída;

por outro lado, se a resposta não for de confronto, há uma diminuição de auto-eficácia, associada às expectativas positivas sobre a substância. Dá-se então o lapso ou caída, que levará o indivíduo ao chamado efeito de violação da abstinência. Este encerra a culpa, a que se junta a perda de controlo por violação de uma norma auto-imposta. Tais sentimentos conduzem a uma dissonância entre os objectivos de abandono do comportamento, e o uso da substância, aumentando a ansiedade e consequentemente, a probabilidade de recaída com retrocesso do sujeito.

Ainda ligado ao modelo transteórico já apresentado, principalmente no estágio de contemplação, surge a oportunidade de trabalhar a motivação para a mudança. É aqui que se enquadra na perfeição a entrevista motivacional de Miller e Rolnick (1991), também explicada por Jarvis, Tebbutt e Mattick (1996). Segundo estes últimos, a referida entrevista assenta basicamente, em cinco dimensões:

- a) Manutenção da empatia (com escuta activa, de acesso às referências do indivíduo e à sua realidade subjectiva);
- b) Incremento de discrepâncias (com aproveitamento da ambivalência e enfatizando as razões para a mudança);
- c) Uso de argumentação (evitando as resistências mas aproveitando a auto-análise do indivíduo);
- d) Uso das resistências (quando inevitáveis, devem explorar-se através de sucessivas reformulações, em que o indivíduo vai chegando a um ponto distinto daquele de que partiu).
- e) Afirmações de auto-motivação (com ênfase nos motivos para o abandono e na eficácia)

Numa primeira fase, o que se procura é a instalação de motivação para a mudança, a qual será sedimentada e fortalecida na fase seguinte. (Jarvis, Tebbutt & Mattick, 1996).

Estes modelos podem conjugar-se mediante um esquema que permita a visualização de como se ligam os quatro modelos, conforme a figura 4.

Figura 4. Articulação conjunta dos quatro modelos.

Muitas mais abordagens e modelos teriam lugar e pertinência neste trabalho, contudo, a extensão e multiplicidade de teorias e modelos, obriga a uma apertada selecção, sob pena de tornar este ponto demasiado extenso.

CAPÍTULO II

2.1. A toxicodependência e o biograma

A evolução paradigmática nomeadamente as mudanças sofridas no âmbito da conceptualização de sujeito e de personalidade, impõem um repensar da toxicodependência, quer ao nível da avaliação quer na vertente da investigação. Aos modelos da auto-organização, do construtivismo ou da organização narrativa, com ênfase na palavra e nos seus significados, corresponde uma nova visão, mais preocupada com a compreensão e interpretação do fenómeno. Trata-se de uma perspectiva de perpétua construção, de cariz processual (Manita, 2002).

Sendo o biograma o instrumento base do presente estudo, não poderia deixar de se fazer uma pequena apresentação do mesmo, em ligação com a perspectiva exposta no parágrafo anterior.

Enquanto as narrativas são organizadoras de sentidos, a biografia abarca narrativa e comportamento. Assim, o biograma demonstrou inúmeras potencialidades, quer no âmbito da investigação quer no plano da intervenção, sobretudo quando se pretende que esta seja narrativa e processual (Manita, 2001).

A abordagem biográfica procede a uma busca de leitura dos fenómenos psicológicos, sociais ou antropológicos, perspectivada no indivíduo. De acordo com Tinoco e Pinto (2001), Bertaux (1989), demarca o século XIX como a época de recolha das primeiras histórias de vida, sendo então um método de levantamento de costumes e acções culturais. Robert Park, no início do século XX, defendia o estudo dos fenómenos urbanos com recurso a este método. Na área da psicologia, foi Legrand (1993) quem, segundo Tinoco e Pinto (2001), ensaiou uma primeira intervenção com base nas biografias dos indivíduos.

As histórias de vida apresentam a vantagem (relativamente ao questionário) de se revelarem mais sensíveis ao inédito e novo, além de possibilitarem uma maior diversidade de

contextos de administração. Foi a necessidade imperativa de uma leitura compreensiva dos modos de vida de indivíduos infectados pelo VIH, que levou a que em França os estudos biográficos se associassem à toxicodependência. Constituído pelas distintas áreas da existência do indivíduo, mediante uma organização cronológica, o biograma pode abarcar a história familiar, percurso escolar, percurso de consumos, afectos e outros aspectos. O procedimento possibilita a construção biográfica do sujeito, sob vários aspectos nas distintas idades (Tinoco & Pinto, 2001).

De facto, as metodologias de inquérito, quantitativamente tratadas, tendem a perder algumas dimensões do fenómeno, pelo que as metodologias biográficas se tornam necessárias por enquadrarem a problemática, nos acontecimentos de vida do indivíduo. A *biografia reconstruída* passa pela consideração de informação heterobiográfica (recolhida junto de outros que não o actor) e autobiográfica (recolhida junto do próprio). A sua tradução encontra-se no biograma, como instrumento que possibilita uma visão global e clara do percurso de vida do sujeito, nas diferentes áreas. O conjunto e sequência de acontecimentos de vida, permite aceder ao sentido de uma situação concreta e problemática (Agra & Matos, 1997).

Neste sentido, e como refere Ribeiro (2001) a componente psicológica de dependência, tem correspondência a um estado mental de subsistência da representação da substância, como memória evocada daquilo que foi vivenciado pelo próprio, como um prazer e um desprazer.

Assim, a compreensão do fenómeno passa também, e principalmente, pela captação da representação que o indivíduo associa à substância. Tal representação foi sendo edificada também pelas experiências vividas com a substância, no universo da sua história de vida.

Por isso o biograma reveste-se de um potencial único, na medida em que se edifica num registo de co-autoria, em que a história do indivíduo é escrita conjuntamente com ele. O

biograma tem particular eficácia com aqueles que, não apresentando psicopatologia, ostentem um percurso de consumo de drogas, devido ao qual tenham efectivamente desistido de reflectir no seu passado. O biograma de primeira ordem é preenchido pelos factos, ou seja, pelas ocorrências concretas, enquanto o biograma de segunda ordem é edificado com base nas *facticidades*, as quais permitem pôr a nu os sentimentos postos em jogo nesses factos. Na construção de narrativas está-se já num outro plano, no patamar da edificação processual e complexa do biograma de terceira ordem (Tinoco & Pinto, 2003).

A utilidade do biograma no plano da dependência de substâncias, pode associar-se à proposta de Mascetti (1996, cit. In Soares, 2001), na qual é enfatizada a importância do indivíduo percorrer a sua história de vida, com ligação aos significados e considerando as vulnerabilidades e necessidades, nas distintas fases desenvolvimentais do próprio.

Soares (2001) aponta ainda a tendência para o indivíduo dependente de substâncias, procurar esquecer-se de si e da sua história. Tal facto, é constatado e apontado como erróneo, na medida em que é fundamental reconstruir uma identidade coesa e claramente definida. Este processo carece de um reconhecimento do presente e do passado, numa continuidade em que assenta a história de vida do indivíduo.

Do ponto de vista de Tinoco e Pinto (2003) a narrativa seria a base de partida para uma posterior reflexão sobre as distintas etapas de vida. Contudo, no biograma procura-se o conjunto de várias pequenas narrativas, numa construção do global.

Historicamente, a narrativa surge como uma das consequências da revolução cognitiva da década de setenta, que no seio da psicologia, estabelece ligação com uma visão distinta sobre a linguagem. Esta última, como ponto nuclear da construção de significados, encerra também a centralidade destes últimos para o indivíduo (Teixeira, 2004).

Também no biograma, a tónica nos significados e a busca da verbalização constituem-se como forma de sistematizar e reconstituir a história de vida do indivíduo dependente de

drogas, numa construção da memória e reedificação do percurso de vida daqueles que, por via dos consumos de substâncias, se esqueceram e desligaram de si próprios (Tinoco & Pinto, 2003).

O biograma possibilita uma sistematização das regularidades biográficas. Contudo, não é um trabalho que se confine a esse levantamento de regularidades, mas que possibilita também a identificação e localização de pontos de inflexão, propiciando um processo de tomada de consciência desses momentos chave, interpostos entre as etapas biográficas. De notar que o biograma pode assim facilitar a criação de uma oportunidade para reflectir sobre a própria história de vida e, nesse sentido, proporcionar o mapa de padrões de mudança e de excepções que conduzam a uma mudança psicológica (Tinoco & Pinto, 2003).

Ainda segundo os autores, há possibilidade de enriquecer o biograma mediante o apelo a informações de outros significativos, procedimento mais frequente e benéfico para situações de investigação. O uso do instrumento não é impeditivo do recurso a técnicas cognitivas, desde que num regime de articulada complementaridade. Na verdade, o indivíduo é possuidor de tudo, da sua história às emoções, sem que haja no sujeito vontade e abertura para nelas reflectir e dar-lhes um sentido. O que de facto se pretende alcançar, é a história do indivíduo do seu ponto de vista, numa forma activa de pensar a sua própria biografia. Ao longo desta construção há uma recuperação dos sentidos possíveis, para a sua própria história. Assim, o sujeito estará concomitantemente a viver o momento presente, de forma participativa e empreendedora, sendo o autor da sua própria história.

PARTE II

VIDAS DE DROGA

CAPÍTULO III

3.1. Método

O estudo segue um desenho exploratório descritivo, sujeito à metodologia qualitativa, com tratamento dos dados mediante análise de conteúdo, de acordo com a abordagem de Bardin (2004).

Recorde-se que os objectivos perseguidos no presente trabalho foram os seguintes:

- Aprofundar conhecimentos sobre a problemática da dependência de substâncias, numa perspectiva compreensiva;
- Procurar uma inteligibilidade do fenómeno, com base na busca de aspectos tácitos e subjacentes ao consumo de substâncias;
- Averiguar a existência de um padrão, mediante a busca de pontos convergentes, no percurso de vida dos sujeitos;

3.1.1. O porquê da abordagem qualitativa

A que acontecimento ou a que lei obedecem essas mutações que fazem que de súbito as coisas já não sejam percebidas, descritas, enunciadas, caracterizadas, classificadas e sabidas da mesma maneira e que, no interstício das palavras ou à transparência delas, já não sejam as riquezas, os seres vivos, o discurso que se oferecem ao saber, mas seres radicalmente diferentes? (Foucault, 1998, p. 261).

A análise de índole compreensiva, mediante uma abordagem aos significados, passa necessariamente pela palavra e por aquilo que ela representa para o indivíduo, detentor de uma realidade subjectiva, única, irreduzível.

De acordo com Elliott e Shapiro (1992), o método de análise compreensiva é um sistema de pesquisa qualitativa, que obedece a um processo de averiguação de acontecimentos, nos

quais se procura compreender o contexto de ocorrências, as alterações provocadas por elas, e o impacto causado no indivíduo.

Acrescente-se ainda que, cada pessoa vive num espaço e num tempo, orientando-se concomitantemente para o passado, o futuro e o mundo, numa articulação conjugada que se constitui na sua história organizada. Por outro lado ao narrar a sua história, o sujeito é mais que narrador, pois investe afectivamente na selecção dos acontecimentos a narrar, que serão aqueles que para si e do ponto de vista emocional, têm uma conotação afectiva sob a qual há motivos básicos (Hermans, 2001).

Trata-se de levar o indivíduo a entrar num movimento processual e ininterrupto, de permanente e progressiva mudança sem definição de limites. É este o caminho proposto pelo construtivismo, (Neimeyer e Mahoney, 1995; Neimeyer e Raskin, 2000, cit. In Gonçalves, 2002).

Na mesma perspectiva, Hanninen e Koski-Jannes (1999), desenvolveram uma análise qualitativa no âmbito dos comportamentos adictivos. Enveredaram pela análise narrativa, focalizada não na experiência imediata dos sujeitos, mas antes na intrincada rede de elementos culturais incluídos na narrativa da experiência individual. Concluíram que aqueles que procuram silenciar o seu comportamento adictivo, podem ser encorajados a usar as suas histórias imbuídas de elementos culturais, por forma a que a sua própria experiência vá subsidiando o combate à adicção.

Está-se então, num outro paradigma, que Sandage e Hill (2001) mencionam ao referir uma psicologia positiva e pós-moderna, que use a linguagem e se interesse pelo papel da narrativa, do subjectivo e do significado, numa perspectiva hermenêutica, de distintas construções e interpretações da realidade.

Numa abordagem qualitativa, o que se busca não é a relação causa/efeito, mas sim a indagação com centro na compreensão holística do fenómeno (Schwandt, 1994, in Stake, 1998).

A história pessoal contada, integra-se num processo que ultrapassa o simples acto de contar a história a alguém. Aqui o contador é também o protagonista que, ao verbalizar a sua narrativa pessoal, pode ir construindo uma nova orientação para a própria autobiografia (Eisenberg, 2001).

Foucault (1986, cit. In Tinoco, 2000), ao pretender estudar a sexualidade na Grécia antiga, registou que uma história não seria aquela que encerra a verdade, mas a que se prende em jogos de verdadeiro/falso, mediante os quais o indivíduo se constitui como experiência.

Na vertente do pós-modernismo, com a construção linguística das realidades, deu-se o aparecimento de novos métodos de análise do discurso (Dijk, 1986; Mannen, 2000; cit. In Gergen & Colledge, 2001).

Trata-se de uma abordagem em que há uma relatividade da realidade, sem verdades absolutas mas antes subjectivas, múltiplas e mentalmente construídas por cada sujeito. Há uma subjectividade em que investigador e objecto de investigação se interligam no processo. A metodologia assenta na hermenêutica e na dialéctica, em que as construções individuais se subsidiam através e ao longo da interacção investigador/objecto (Guba & Lincoln, 1994).

Está-se perante uma problemática que urge compreender, daí a análise qualitativa aos biogramas, pelo que a análise de conteúdo se torna imprescindível. A análise do *Corpus*, constituído pelo conjunto de documentos e/ou instrumentos através dos quais se fez a recolha de informações, impõe desde logo, e segundo Bardin (2004), cinco regras:

- a) Regra da exaustividade: necessidade de considerar todos os elementos do *Corpus*, não podendo excluir qualquer deles por qualquer razão que não seja rigorosamente justificável.

- b) Regra da não selectividade: complementar da primeira, esta prende-se com a reunião do material, incluindo todos os elementos correspondentes aos critérios do tema.
- c) Regra da representatividade: procura-se que a amostra seja passível de definir, na distribuição dos caracteres do universo que pretende representar.
- d) Regra da homogeneidade: todos os documentos devem estar em conformidade com os critérios de escolha, não incluindo singularidades exteriores a esses critérios.
- e) Regra da pertinência: os instrumentos de análise devem adequar-se como fonte de informação correspondente ao objectivo que inspirou a análise.

Segue-se a preparação do material com subsequente exploração, a qual abarca a transformação dos dados mediante o recorte, a agregação e a enumeração, por forma a que haja uma descrição das características presentes nos conteúdos, com criação de categorias (Bardin, 2004).

Bardin (1995, cit. In Tinoco, 2000), que define a categorização como o acto de classificar os elementos de um conjunto, por diferenciação e posterior reagrupamento, com critérios pré-definidos. As categorias serão então as classes que agregam um conjunto de elementos (unidades de registo na análise de conteúdo), que apresentam caracteres comuns e cuja constelação é abrangida por um título genérico.

Para alcançar uma boa categorização é imprescindível a observância de cinco qualidades, definidas por Bardin (2004):

- a) Exclusão mútua: cada elemento não pode ter dois ou mais aspectos passíveis de o incluir em duas ou mais categorias.
- b) Homogeneidade: cada categoria só é definível por uma dimensão de análise.
- c) Pertinência: numa adaptação categorial ao material de análise, reflectindo as intenções da investigação.

d) Objectividade e Fidelidade: numa clara definição dos índices determinantes da entrada de um elemento numa categoria.

e) Produtividade: relativamente à fertilidade dos resultados obtidos com o conjunto de categorias.

Assim, mediante a análise da informação recolhida, vai-se desenhando o estudo, num registo exploratório e descritivo, em que o autor deverá estar atento não apenas à regularidade de caracteres como também ao inédito e divergente.

Por vezes é imperativa uma distância relativamente à crença na significação das regularidades, sendo que o acidente ou a raridade podem exibir um sentido suficientemente forte para não ser abafado (Bardin, 2004).

3.1.2. Procedimento

Para recolher toda a informação necessária e pertinente, foram elaborados os instrumentos cuja apresentação se segue:

✓ Declaração de consentimento informado (cf. Anexo A) – na qual se inclui toda a informação respeitante aos limites de confidencialidade, garantias de anonimato, possibilidade de colocação de questões e esclarecimento de eventuais dúvidas, autonomia do indivíduo para decidir participar ou não e possibilidade de desistir a qualquer momento da sua participação.

✓ Ficha clínica (cf. Anexo B) – elaborada para recolher dados socio-demográficos, situação familiar com registo do genograma, situação passada e actual, do sujeito relativamente aos consumos de substâncias.

✓ Ficha de entrevista psicológica (cf. Anexo C) – construída para descrever a entrevista, relação estabelecida, registo de aspectos linguísticos, paralinguísticos e não verbais, bem como de aspectos relacionados com o funcionamento psicológico dos sujeitos.

✓ Guião de entrevista semi-estruturada e semi-directiva (cf. Anexo D) – elaborada para orientar a condução da entrevista propriamente dita, permitindo recolher o máximo de informação e, simultaneamente pautar o discurso do indivíduo, por forma a não perder de vista os focos de interesse.

Todos os procedimentos foram iniciados apenas após obtenção da autorização do Conselho de Administração do Hospital de Joaquim Urbano (cf. Anexo E), mediante o respectivo pedido acompanhado do protocolo de investigação.

A informação foi recolhida junto dos participantes, individualmente, num gabinete do hospital, num único momento cuja duração oscilou entre os noventa e os cento e vinte minutos.

A primeira medida a tomar foi a obtenção do consentimento informado de cada um dos sujeitos, num respeito pelo Princípio da Autonomia, decorrente da racionalidade dos indivíduos.

De acordo com Ricoer (1996, cit. In Durand, 2003), na ética de pesquisa o consentimento informado implica não só a transmissão de informação ao sujeito, como também a sua associação a título de parceiro voluntário, relativamente à sua participação, ainda que esta seja unicamente com fins de investigação.

A recolha de dados prosseguiu com a administração do material já apresentado, sendo que por último se passou à condução da entrevista semi-estruturada e semi-directiva.

Técnica de obtenção de informação que dificilmente seria obtida por outros meios, a entrevista caracteriza-se por permitir ao entrevistador, o registo dos aspectos que estabeleceu como focos de análise, havendo várias estratégias de registo (Ribeiro, 1999).

As entrevistas foram conduzidas por forma a que o sujeito fosse transmitindo livremente a máxima informação, com pontuais interferências com o fim de ir balizando o discurso, no sentido de que o indivíduo não se perdesse dos tópicos centrais de análise. A gravação seria o

ideal, contudo pelo facto de se tratar de uma população algo resistente, desconfiada e frequentemente pouco tolerante, optou-se pela escuta activa, com anotação de frases chave e tópicos de resposta para, imediatamente após a entrevista, completar com pormenores retidos, antes que estes se apagassem da memória da entrevistadora.

3.1.3. Participantes

A amostra é constituída por dez participantes, sendo uma amostra homogénea na medida em que todos são toxicod dependentes (abstinentes ou não), com história de consumos de heroína e cocaína, estão todos infectados pelo VIH, encontrando-se a fazer terapia antiretroviral e terapia de substituição com metadona.

Do total da amostra ($N=10$), 40% são do sexo feminino e os restantes 60% do sexo masculino, conforme o quadro 1. As idades oscilam entre um mínimo de 35 e um máximo de 44 anos, como se pode confirmar no quadro 2. A média de idades é de 39,10 anos, sendo a assimetria superior a zero, daí que a curva Gaussiana de distribuição dos sujeitos, relativamente à idade, seja deslocada para a esquerda, com mais valores abaixo da média do que acima. Ainda relativamente à idade a curva apresenta-se elevada, com pouca dispersão, uma vez que a curtose é negativa, como se pode ver no quadro 4.

No que diz respeito à escolaridade, a média é de 4,80 anos, sendo a curva deslocada para a direita, e algo achatada com alguma dispersão, como é visível também no quadro 4. Apenas um indivíduo não concluiu nenhum ano de escolaridade e, a escolaridade máxima é a correspondente ao nono ano, concluído por um sujeito. 40% dos participantes concluiu o quarto ano e 30% chegou ao final do sexto ano, como se pode confirmar no quadro 3.

No que se refere à situação laboral, apenas um sujeito está empregado, estando os restantes em situação de desemprego ou reforma, a ver no quadro 5.

40 % dos sujeitos são casados, 30% solteiros e os restantes 30% estão divorciados, como é visível no quadro 6.

Quadro1. **Sexo**

Sexo	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Feminino	4	40
Masculino	6	60

Quadro 2. **Idade**

Idade (anos)	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
35	2	20
36	1	10
37	1	10
38	1	10
41	2	20
42	2	20
44	1	10

Quadro 3. **Escolaridade**

Escolaridade (anos)	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
0	1	10
4	4	40
5	1	10
6	3	30
9	1	10

Quadro 4. **Distribuição (idade e escolaridade)**

Variável	Média	Desvio-Padrão	Curtose	Assimetria
Idade	39,100	3,28	-1,661	0,008
Escolaridade	4,800	2,30	2,292	-0,381

Quadro 5. **Situação Laboral**

Situação Laboral	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Emprego	1	10
Desemprego	6	60
Reforma	3	30

Quadro 6. **Estado Civil**

Estado Civil	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Solteiro	3	30
Casado	4	40
Divorciado	3	30

3.1.4. Análise dos dados

É chegado o momento de apresentar os resultados, sendo por isso pertinente descrever a estrutura de análise de conteúdo implementada. Após recolhida toda a informação respeitante a cada um dos participantes, procedeu-se a uma pré-análise com leitura *flutuante* dos registos.

Este tipo de leitura estabelece uma primeira aproximação, que permite ao examinador retirar impressões e orientações (Bardin, 2004).

As dimensões e direcções de análise vão-se tornando assim mais claras e definidas, no sentido de se passar à exploração do material, já anteriormente referida. Antecedendo a exploração, mediante uma leitura mais exaustiva do corpo de análise, é fundamental elaborar a chamada edição dos textos. Esta operação é feita proposição a proposição no caso das fichas clínica e de entrevista psicológica. Já as entrevistas são alvo de escrita de um texto que, cronologicamente ordenado, inclua as respostas dos sujeitos. Neste caso não se recorreu a nenhum programa informático, pelo que todo este processo foi elaborado manualmente.

Procedeu-se então ao recorte, que consiste na escolha das unidades de análise ou seja, das unidades de registo, as quais são alvo de categorização que possibilite uma contagem

frequencial. Assim, haverá uma posterior enumeração, que mais não é que o modo de contagem das unidades de registo, em que a importância de cada unidade de registo, aumenta com a sua frequência de aparecimento. A categorização é ainda antecedida por dois passos: o inventário, em que se procede ao isolamento dos elementos, seguido da classificação e agregação, em que se repartem e reorganizam os elementos, nascendo assim progressivamente as categorias (Bardin, 2004).

Segundo Bruner (1990, cit. In Fonte, 2003), o homem integra e edifica as suas vivências através da construção narrativa, mediante um processo de atribuição de significados às acções que desenvolve. Neste ponto procura-se a compreensão da forma como os sujeitos percebem e fazem uma atribuição de significados, ao seu percurso de vida pautado pela experiência de consumo de drogas.

Para tanto, foram criadas três grandes categorias, cada uma das quais definida através de subcategorias, como se pode ver no quadro 7.

Quadro 7. As categorias.

CATEGORIAS			
	Análise do discurso	História de vida	História dos consumos
Subcategorias	Verbal	Infância/Vinculação	Idade da primeira experiência
	Paraverbal	Adolescência/Figuras de autoridade	Contexto da primeira experiência
	Não-verbal	Percurso escolar	Motivos/Razões
		Relações afectivas	Substância(s) de iniciação
			Problemas jurídico-legais
			Consequências percebidas
			Consumos pós-metadona
			Análise prospectiva

Para melhor compreender como os elementos se vão agrupando, há necessidade de definir sucinta e claramente cada categoria. É também importante referir que as categorias foram sendo criadas de forma algo abrangente, por forma a tornar possível uma análise comparativa entre os distintos participantes, uma vez ser essa a grande meta do estudo.

a) Análise do discurso – Trata-se de uma categoria em que se faz uma análise do discurso dos indivíduos, repartindo-se nas subcategorias verbal, paraverbal e não-verbal. Na primeira, verbal, procede-se a uma análise das verbalizações, averiguando o discurso quanto à forma e quanto ao conteúdo, abarcando a fluência e o débito locutório. Na paraverbal, vêm-se os aspectos prosódicos (entoação, ritmo e acento), os silêncios e os sons que, não sendo palavras, também comunicam. Na não-verbal, analisam-se aspectos relativos ao canal cinético da comunicação, como postura e movimentos corporais, expressão facial, bem com os traços estáticos da interacção, relacionados com apresentação, vestuário, adornos e outros aspectos comunicacionais pela via visual.

b) História de vida – Categoria relativa à história dos indivíduos, abarcando as subcategorias apresentadas de seguida. Infância/Vinculação, incluindo aspectos afectivos da relação com as figuras de vinculação. Adolescência/Figuras de autoridade, referindo-se à relação com as figuras de autoridade e ao estilo educativo percebido. Percurso escolar, numa análise à forma como este decorreu e o que inspirou no sujeito. Finalmente, a subcategoria relações afectivas, numa busca dos afectos estabelecidos e do estilo relacional do indivíduo.

c) História dos consumos – Categoria central que procura analisar todo o processo adictivo, incluindo as subcategorias que passam a ser descritas. Idade da primeira experiência, numa referência à idade de primeiro contacto com substâncias. Contexto da primeira experiência, que averigua as pessoas com as quais foi feita a experiência de consumo. Motivos/Razões, numa busca do que terá motivado essa iniciação. Substância(s)

de iniciação, para apurar a(s) droga(s) de início. Problemas jurídico-legais, incluindo detenções. Consequências percebidas, relativamente à forma como os indivíduos percebem as consequências desse percurso. Consumos pós-metadona, procurando averiguar se o sujeito está abstinente ou mantém algum consumo. Análise prospectiva, numa indagação quanto a projectos futuros.

É chegado o momento de apresentar a inclusão dos distintos aspectos de cada indivíduo, nas diferentes categorias e respectivas subcategorias.

a) Análise do discurso

Verbal

Quadro 8. Verbal.

Participante	Fluência	Articulação	Fala	Débito locutório	Conteúdos
XZ	Comprometida	Com dificuldades	Lenta	Normal	Lógicos e sequenciais
YX	Normal	Sem dificuldades	Normal	Normal	Lógicos e sequenciais
WX	Normal	Sem dificuldades	Normal	Reduzido	Lógicos e sequenciais
WW	Normal	Sem dificuldades	Normal	Normal	Lógicos e sequenciais
ZX	Normal	Sem dificuldades	Normal	Normal	Lógicos e sequenciais
WY	Normal	Sem dificuldades	Normal	Reduzido	Lógicos e sequenciais
ZZ	Normal	Sem dificuldades	Normal	Elevado	Tangenciais
XZ	Normal	Sem dificuldades	Normal	Reduzido	Tangenciais
XX	Normal	Sem dificuldades	Normal	Normal	Tangenciais
YY	Normal	Sem dificuldades	Normal	Elevado	Confusos

Nesta subcategoria apenas um participante (10%) apresenta comprometimento da fluência, com problemas ao nível da produção de fala, sendo que os restantes participantes (90%) têm um discurso fluente. O conteúdo é lógico e sequencial em seis dos sujeitos (60%), com um registo de alguma tangencialidade encontrado em três indivíduos (30%) e um registo ligeiramente confuso num sujeito (10%). Débito locutório normal em 50% dos participantes, elevado em dois participantes (20%) e reduzido, nomeadamente ao nível da fala espontânea, em três indivíduos (30%), como se pode verificar no quadro 8, em que cada código de duas letras corresponde a um participante.

Paraverbal

Quadro 9. **Paraverbal.**

Participante	Entoação	Ritmo	Silêncios	Interrupções do discurso
XZ	Não concordante com conteúdo	Não concordante com conteúdo	Adequado	Involuntárias
YX	Não concordante com conteúdo	Não concordante com conteúdo	Adequado	Adequada
WX	Não concordante com conteúdo	Não concordante com conteúdo	Adequado	Adequada
WW	Adequada	Adequado	Adequado	Adequada
ZX	Adequada	Adequado	Adequado	Adequada
WY	Adequada	Adequado	Adequado	Adequada
ZZ	Não concordante com conteúdo	Não concordante com conteúdo	Não tolerados	Sem interrupções
XZ	Adequada	Adequado	Como resistência	Adequada
XX	Adequada	Adequado	Para reflectir	Adequada
YY	Adequada	Adequado	Nos momentos emotivos	Adequada

Nesta subcategoria e quanto à prosódia, cinco dos participantes (50%) apresentam-na adequada, e os restantes 50% exibem uma entoação e ritmo não concordantes com os

conteúdos do discurso, que ocorre em tom monocórdico. O uso dos silêncios é feito normalmente por seis (60%) dos indivíduos, um deles (10%) não permite a ocorrência de silêncios, os restantes três sujeitos (30%) recorrem frequentemente ao silêncio, como forma de resistência num dos casos, de reflexão noutra, e em momentos de grande carga emocional num terceiro. Veja-se o registo de cada participante no quadro 9.

Não-verbal

Quadro 10. Não-verbal.

Participante	Apresentação	Expressão facial	Contacto ocular	Movimentos corporais
XZ	Descuidada	Pobre	Evitado	Lentos
YX	Cuidada	Pobre	Directo e atento	Lentos
WX	Descuidada	Pobre	Evitado	Lentos
WW	Cuidada	Rica	Directo e atento	Adequados ao discurso
ZX	Cuidada	Rica	Directo e atento	Adequados ao discurso
WY	Descuidada	Pobre	Evitado	Agitados e rígidos
ZZ	Descuidada	Pobre	Directo e atento	Agitados (movimentos palpebrais rápidos)
XZ	Descuidada	Pobre	Vago	Agitados e rígidos
XX	Descuidada	Rica	Directo e atento	Agitados e rígidos
YY	Cuidada	Rica	Directo e atento	Lentos

A apresentação é cuidada em quatro (40%) dos indivíduos, sendo que os restantes seis (60%) exibem uma apresentação descuidada. Expressão facial rica em 40% dos participantes e pobre nos restantes 60%. Contacto ocular directo e atento em 50% da amostra e evitado ou vago nos restantes. Lentificação motora em 40% dos sujeitos, agitação noutros 40% e movimentos corporais normais nos restantes 20%. Segue-se a apresentação destes dados relativos a cada participante através do quadro 10.

b) História de vida

Infância/Vinculação

Quadro 11. **Infância/Vinculação.**

Participante	Relação com figuras parentais	Verbalizações do participante
WZ	Fraca	“...já não me lembro ...a relação não era...”
YX	Fraca	“Sei lá... já não me lembro...”
WX	Distante	“Distante... não tinha tempo nem queria saber.”
WW	Distante	“A minha mãe juntou-se com outro... queria lá saber...”
ZX	Fraca	“...cresci muito à solta na rua...”
WY	Fraca	“...os meus pais morreram, cresci com uma irmã ...mas não era mãe...”
ZZ	Fraca	“A minha mãe era distante... cresci com a avó... a relação? Sei lá...”
XZ	Fraca	“...o meu pai faleceu, a minha mãe... nem quero falar disso...”
XX	Fraca	“O meu pai morreu e a minha mãe nunca gostou de mim...”
YY	Distante	“Cresci no asilo... nem me íam ver...”

Na totalidade dos sujeitos, encontrou-se um padrão inseguro de vinculação, o qual, de acordo com Aron (1975, cit. In Torres, Sanches & Neto, 2004), é consequência de um processo desenvolvimental que põe em causa a segurança e estabilidade do ambiente social próximo, e em que a percepção das figuras parentais é impeditiva de um desenvolvimento psíquico e emocional seguro e equilibrado. Estes aspectos são notórios entre os sujeitos, no quadro 11.

Adolescência/Figuras de autoridade

A totalidade dos sujeitos percepção a sua educação como permissiva e/ou negligente, percepção essa denunciada pelo próprio discurso dos participantes, que pode ver-se no quadro 12.

Quadro 12. **Adolescência/Figuras de autoridade**

Participante	Educação percebida	Verbalizações do participante
WZ	Permissiva/Negligente	“...o meu pai faleceu, a minha mãe deixava-me... eu era uma chavalita solta.”
YX	Permissiva/Negligente	“...já era liberal... muito livre...”
WX	Permissiva/Negligente	“...eu já trabalhava, a minha mãe não queria saber”
WW	Permissiva/Negligente	“...fui sempre muito independente... ninguém me prendia.”
ZX	Permissiva/Negligente	“...eu andava muito à solta.”
WY	Permissiva/Negligente	“...já trabalhava nas obras, fazia o que queria...”
ZZ	Permissiva/Negligente	“...vivia com os meus avós, eles não chateavam, deixavam-me solto.”
XZ	Permissiva/Negligente	“a minha mãe nem ligava, a minha irmã... facilitava.”
XX	Permissiva/Negligente	“...a minha mãe era distante... a minha avó deixava-me fazer o que queria.”
YY	Permissiva/Negligente	“...a minha mãe... por ela eu andava à deriva, depois já com um irmã, fazia o que queria.”

Percurso escolar

Quadro 13. **Percurso escolar.**

Participante	O 1º dia de escola	Verbalizações do participante
WZ	Não recorda	“...nem me lembro como foi o primeiro dia de escola... mas nunca dei nada.”
YX	Não recorda	“era a mais velha da turma, não dava, não rendia...”
WX	Acompanhado pela mãe	“...no primeiro dia de escola fui com a minha mãe. Depois comecei a trabalhar cedo... não tinha cabeça.”
WW	Acompanhado pela mãe	“...o primeiro dia de escola, fui com a minha mãe, mas deixei cedo, faltava muito, não sabia...”
ZX	Não recorda	“...não me lembro do primeiro dia, mas reprovei muito e deixei de ir.”
WY	Acompanhado pela sobrinha	“...no primeiro dia de escola fui com uma sobrinha... mas não tinha cabeça para aprender.”
ZZ	Acompanhado pela tia	“...no primeiro dia de escola fui com uma tia... mas deixei logo, nem consegui aprender a ler e a escrever.”
XZ	Acompanhado pelo pai	“...deixei a escola quando o meu pai morreu... mas também não tinha cabeça.”
XX	Acompanhado pela vizinha	“...no primeiro dia fui com uma vizinha... depois fui para a minha avó, meti-me nas drogas e deixei a escola.”
YY	Acompanhado pelo pai	“...fui com o meu pai, não gostei, estava sempre de castigo, não tinha capacidade...”

Nove dos participantes (90%) abandonaram a escola muito cedo, apenas um deles concluiu o 9º ano de escolaridade. Encontrou-se também em nove dos sujeitos (90%) a ideia de que não teriam capacidade para prosseguir os estudos, apenas um refere ter deixado a escola devido ao consumo de drogas, como pode verificar-se no quadro 13.

Relações afectivas

Quadro 14. **Relações afectivas.**

Participante	Adolescência	Idade adulta	Registo de afectos
WZ	Sem ligações especiais	Relações superficiais e instrumentais	Plano ou linear
YX	Sem ligações especiais	Relações superficiais e instrumentais	Plano ou linear
WX	Sem ligações especiais	Relações superficiais e instrumentais	Plano ou linear
WW	Sem ligações especiais	Relações superficiais e instrumentais	Plano ou linear
ZX	Uma relação especial	Relação íntima estável	Estável
WY	Uma relação especial	Relações superficiais e instrumentais	Plano ou linear
ZZ	Uma relação especial	Relações superficiais e instrumentais	Plano ou linear
XZ	Sem ligações especiais	Relações superficiais e instrumentais	Plano ou linear
XX	Sem ligações especiais	Relações superficiais e instrumentais	Plano ou linear
YY	Sem ligações especiais	Relações superficiais com evitamento de intimidade	Plano ou linear

Relativamente aos afectos o que se encontrou foi um indivíduo (10%) com uma relação de intimidade com um afecto assumido e maduro. Outro dos participantes (10%) apresenta um padrão evitante, os restantes 80% exibem um registo de relações instrumentais sem ressonância afectiva, conforme o quadro 14.

c) História dos consumos

Idade da primeira experiência

As idades do primeiro consumo foram superiores aos vinte anos em três dos participantes (30%), e entre os onze e os dezassete anos nos restantes 70%, como se pode ver no quadro 15.

Quadro 15. **Idade da primeira experiência**

Participante	Idade da 1ª experiência
WZ	27 anos
YX	26 anos
WX	22 anos
WW	12 anos
ZX	14 anos
WY	17 anos
ZZ	16 anos
XZ	13 anos
XX	11 anos
YY	16 anos

Contexto da primeira experiência

Quadro 16. **Contexto da primeira experiência**

Participante	Iniciação com	Verbalizações do participante
WZ	Companheiro	“...com o meu companheiro.”
YX	Companheiro	“...com o segundo companheiro que tive.”
WX	Companheiro	“...com o meu companheiro.”
WW	Colegas	“...com colegas do bairro.”
ZX	Colegas	“...com colegas do bairro.”
WY	Colegas	“...com colegas da zona.”
ZZ	Amigos	“...com amigos traficantes.”
XZ	Amigos	“...com amigos.”
XX	Colegas	“...com colegas de escola.”
YY	Colegas	“...com colegas do bairro.”

Três participantes (30%) iniciaram-se com o companheiro, já os restantes 70% tiveram a primeira experiência de consumo num contexto de amigos ou colegas, conforme o quadro 16.

Motivos/Razões

Quadro 17. **Motivos/Razões**

Participante	Motivo	Verbalizações do participante
WZ	Pressão/Influência	“...pressão do companheiro.”
YX	Pressão/Influência	“...influência do companheiro.”
WX	Pressão/Influência	“...influência do companheiro.”
WW	Hedonista	“...para curtir.”
ZX	Hedonista	“...para estar bem.”
WY	Hedonista	“...para curtir.”
ZZ	Hedonista	“...para curtir.”
XZ	Hedonista	“...porque eu ficava bem.”
XX	Hedonista	“...porque gostei logo.”
YY	Hedonista	“...para curtir.”

Em três dos sujeitos (30%) o motivo alegado é de pressão ou influência do companheiro, nos restantes 70% os motivos apresentados são de carácter hedonista, como se pode ver no quadro 17.

Substância(s) de iniciação

À excepção de um dos participantes (10%) que se iniciou logo na heroína e cocaína, os restantes 90% iniciaram-se com haxixe, conforme consta no quadro 18.

Quadro 18. Substância(s) de iniciação

Participante	Substância de iniciação
WZ	Haxixe
YX	Haxixe
WX	Heroína e cocaína
WW	Haxixe
ZX	Haxixe
WY	Haxixe
ZZ	Haxixe
XZ	Haxixe
XX	Haxixe
YY	Haxixe

Evolução dos consumos

Quadro 19. Evolução dos consumos.

Participante	Evolução para cocaína e heroína	Verbalizações do participante
WZ	Rápida	“...foi rápido, do haxixe para a coca e a heroína.”
YX	Rápida	“...fumava uns charros, depois fui logo para a cocaína e heroína.”
WX	Imediata	“...comecei logo nas duras, heroína e cocaína.”
WW	Gradual	“...na tropa comecei a beber muito, foi quando me agarrei à cocaína e heroína.”
ZX	Gradual	“...depois de nascer a minha filha é que me meti nas duras, heroína e cocaína.”
WY	Gradual	“...aos vinte e dois anos já estava metido na heroína e cocaína.”
ZZ	Gradual	“...mais ou menos aos vinte e um anos comecei com comprimidos... então foi de tudo... heroína, cocaína,...”
XZ	Gradual	“...com vinte e três anos fazia serviços e davam-me heroína... na prisão foi cocaína, heroína, e depois quando saí foi tudo de rajada.”
XX	Gradual	“...na tropa conheci a heroína e a cocaína, depois foi só desbunda.”
YY	Gradual	“...gosto de drogas... foi por isso que rapidamente passei para as duras... foi à séria até aguentar.”

A evolução para consumos de heroína e cocaína foi rápida em quatro dos indivíduos (40%), sendo que um deles se iniciou logo com essas substância. Dos restantes, dois (20%) iniciaram os consumos de heroína e cocaína no serviço militar, três (30%) só após os vinte anos de idade o fizeram e um (10%) encetou o consumo destas substâncias após o nascimento da filha, como se pode constatar no quadro 19.

Problemas jurídico-legais

Quatro dos sujeitos (40%) tiveram experiência de prisão, os restantes (60%) não apresentam história de detenções mas todos já participaram em acções de delito, referindo ter roubado, assaltado, etc, como se pode verificar no quadro 20.

Quadro 20. Problemas juridico-legais.

Participante	Detenções	Acções de delito
WZ	0	Participou
YX	0	Participou
WX	0	Participou
WW	0	Participou
ZX	0	Participou
WY	1	Participou
ZZ	0	Participou
XZ	4	Participou
XX	1	Participou
YY	3	Participou

Consequências percebidas

Na generalidade dos sujeitos, o que se encontrou foi uma percepção de perda total e mudança de tudo nas suas vidas, como se pode ler no quadro 21.

Quadro 21. Consequências percebidas.

Participante	Consequências percebidas	Verbalizações do participante
WZ	Perda	“...não pensava, não sentia, só queria consumir. Mudou tudo, perdi tudo, mas também já não tinha nada... mas tinha-a a <i>ela</i> (a droga)”.
YX	Perda	“...primeiro sentia-me bem... depois fui perdendo tudo: trabalho, todos me desprezavam, roubei, vendi-me...”
WX	Perda	“...foi bom no início, depois fiquei sem trabalho, roubava, vendia-me, não queria saber... era como se não tivesse corpo... até esse perdi.”
WW	Perda	“...perdi tudo, amigos, família, alegria,...com a cocaína foi pior, <i>ela</i> é gulosa sabe?”
ZX	Perda	“...primeiro não se alterou muito, eu só tinha de esconder. Depois perdi tudo e a vontade de tudo, só pensava em consumir.”
WY	Perda	“...a família mudou logo, não percebiam e eu nem pensava. Mas sem drogas tudo dói, com <i>elas</i> perdi tudo mas também as perdi a <i>elas</i> ... àquele gozo sabe?”
ZZ	Perda	“...olhavam todos para mim como se soubessem, depois perdi a vergonha, fiquei zangado e revoltado.”
XZ	Perda	“...fiquei só com <i>ela</i> (heroína), é como uma mulher, engana, consola e leva-nos tudo.”
XX	Perda	“...fiquei vazio, nem queria mulheres, eu casei com a heroína e <i>ela</i> trouxe-me até aqui.”
YY	Perda	“...fiz de tudo por <i>ela</i> (heroína) deixei tudo pelo caminho e até a perdi a <i>ela</i> , porque já sei que é uma ilusão.”

Consumos pós-metadona

Encontrou-se apenas um sujeito abstinente (10%), os restantes 90% mantêm consumo de substância(s), de acordo com o quadro 22.

Quadro 22. Consumos pós-metadona.

Participante	Substâncias consumidas actualmente
WZ	Haxixe
YX	Haxixe
WX	Cocaína e álcool
WW	Cocaína e álcool
ZX	Abstinente
WY	Cocaína
ZZ	Cocaína e álcool
XZ	Cocaína e álcool
XX	Cocaína e haxixe
YY	Álcool e Sereenal

Análise prospectiva

Quadro 23. Análise prospectiva.

Participante	Projectos de vida	Verbalizações do participante
WZ	Vazio	“...viver normalmente... sei lá, já estraguei tudo.”
YX	Vazio	“...logo vejo... fazer um curso de cabeleireira? Mas também que importa agora?”
WX	Vazio	“...agora? Sou a vergonha e o vazio, estou queimada, estou gasta...”
WW	Vazio	“...eu minto, sou revoltado, nervoso, esqueço-me... vou trabalhar como? É a heroína que faz isto.”
ZX	Vazio	“...fazer um curso de computadores... mas e depois, para quê?”
WY	Vazio	“...objectivos? Futuro? Nunca fui de sonhos.”
ZZ	Vazio	“...putas e vinho verde, entende? Quero gozar o que sobra.”
XZ	Vazio	“...sou como um farrapo, de rei passei a desgraçado, sou pobre de tudo... que projectos?”
XX	Vazio	“...sei lá... é um vazio dentro de mim, ter projectos? Já os perdi.”
YY	Vazio	“...projectos? Aprender? Esforçar-me se vou morrer? Fui ao mais baixo, agora acabou.”

No geral dos sujeitos foi encontrado um registo de pobreza ou ausência de projectos de vida futura, num patamar de alheamento, vazio e desesperança, como se pode constatar no quadro 23.

3.2. Discussão e interpretação dos resultados

O pretendido com a análise biográfica dos participantes deste estudo é uma busca de inteligibilidade do fenómeno das drogas, no sentido de averiguar a existência de um padrão, que possibilite captar aspectos comuns do percurso deste indivíduos.

Assim, neste ponto pretende procurar-se resposta a questões de partida, que se foram desenhando melhor à medida que a pesquisa ia ganhando corpo: estará presente um padrão comum aos sujeitos? Haverá uma atribuição de significados às drogas que é comum aos indivíduos? Até que ponto o percurso biográfico é um determinante?

Na persecução de tais respostas procurar-se-á uma análise do conjunto, identificando divergências e convergências entre os resultados obtidos. Optou-se por se ir fazendo essa análise de tal forma que as categorias vão surgindo sem obediência à apresentação sequencial do ponto anterior. É que de facto, elas vão-se interligando numa lógica que não permite analisá-las de forma estanque e compartimentada.

Relativamente à idade da primeira experiência, verifica-se que 70% dos sujeitos se iniciaram na adolescência, entre os onze e os dezassete anos de idade, o que vai ao encontro da teoria de risco dos adolescentes, de Jessor (1991, in Becoña & Martin, 2004). Os riscos, nomeadamente os provenientes do meio social, do meio percebido e da personalidade, interagem com as condutas que, sendo de risco, vão articular com resultados de risco, comprometendo a saúde, os papéis sociais, o desenvolvimento pessoal e a preparação para a vida adulta. Ainda na lógica desta teoria, pode confirmar-se que nos 70% de indivíduos que se iniciaram na adolescência, o contexto da primeira experiência ocorre com o grupo de pares:

colegas de bairro, de escola, amigos ou amigos traficantes. O meio social e o meio percebido estão aqui presentes de forma notória. Também o modelo de Becoña (1999, cit. In Becoña & Vázquez, 2001) refere a existência de uma predisposição (biológica, psicológica e sociocultural) que articulando com o ambiente e a socialização se liga aos factores de risco. Aqui entram também aspectos como o acesso à substância (no bairro, na escola, entre os amigos traficantes) conducentes à prova da substância. Esta prova e subsequente decisão de continuar a consumir, têm relação com estratégias de confronto, as quais nestas idades podem não estar suficientemente maturadas e treinadas.

Acrescente-se ainda, que no percurso escolar há uma auto-percepção de incapacidade em 90% dos sujeitos, que abandonaram precocemente os estudos. Isto prende-se também, com o estilo de vida referido por Jessor (1991, cit. In Becoña & Martin, 2004) na componente do comportamento escolar. Relaciona-se ainda com o estado emocional do modelo de Becoña (1999, cit. In Becoña & Vázquez, 2001), ligado à família, pares, escola, medos e comunicação. Também nos três indivíduos que se iniciaram mais tarde, alegando como motivo/razão a influência ou pressão do companheiro, há constatação de um estilo de vida impregnado de factores de risco. Também nestes casos como nos restantes à excepção de um deles, há um registo relacional de ligações sem afectos amadurecidos. Isto é verificável na subcategoria relações afectivas.

Neste campo dos afectos, verifica-se um registo generalizado de não ressonância. Numa visão proposta por Torres (2003) e inspirada em Bion (1961), o modelo biopsicossocial para o abuso de substâncias avança com uma leitura psicossomática da problemática. Nesta abordagem a base parte de pressões impostas que entram em conflito com pressões internas e sentimentos de afiliação e pertença. Na origem, uma vinculação primária deficitária, comprometendo os níveis psicossocial, biológico e aspectos de âmbito psicossomático. De facto, analisando as relações afectivas a par da subcategoria infância/vinculação, constata-se

um percurso sem afectos que se inicia logo nos processos de vinculação primária. Todos os sujeitos da amostra apresentam um padrão inseguro de vinculação na infância com continuidade na adolescência. Esse padrão vem a repercutir-se ao longo da vida dos indivíduos, num estilo relacional despido de afectos. Aqui o registo plano de afectos quase se aproxima da alexitimia, que Taylor (1997, cit. In Fabião, 2002) aponta como estando associada a defesas imaturas e mal adaptadas. Pedro (2001) toca este aspecto ao referir a toxicodependência como resultado de um conflito em que prevalece uma formação caracterial que se cola à realidade imediata e factual.

Factuais e lineares são as relações destes indivíduos que, colados à realidade imediata, apontam como motivos/razões para a iniciação nas drogas o “curtir” ou o “estar bem” e, no caso dos três que se iniciaram mais tarde, a razão apontada foi a influência ou pressão do companheiro, num locus de atribuição causal e de controlo externos. Trata-se de um registo de funcionamento factual e linear, sem que se proceda sequer a uma busca mais profunda das razões que poderão ter levado os sujeitos até aqui.

A adolescência, idade de iniciação nas drogas em 70% dos participantes, é percebida por todos os participantes como tendo sido alvo de um estilo educativo permissivo e/ou negligente, também numa tendência de atribuição causal externa, como consta na subcategoria adolescência/figuras de autoridade. Subjacente a esta percepção de permissividade e/ou negligência é, simultaneamente notória, uma ausência de afectos os quais se relacionam com o acto de cuidar, orientar e proteger.

Fonseca (1997) refere a toxicodependência com base numa estrutura psicológica instável, com traços de impulsividade reprimidos pela frustração e renúncia. Já Bergeret (1982, cit. In Fabião 2002) refere a presença de personalidades imaturas, ansiosas e insatisfeitas num número considerável de indivíduos dependentes de substâncias. Ao que foi dito pode associar-se uma construção identitária que, estando em curso, acaba por não ser amadurecida

suficientemente, restando uma personalidade realmente imatura. Segundo Baptista (2002), no adicto às drogas o gozo liga-se a um produto, daí que haja um processo de identificação do indivíduo com o “eu sou toxicómano”.

Assim, nessa identificação há comprometimento de todas as restantes áreas de vida, como ocorre com os participantes deste estudo. Da componente afectiva aos papéis sociais, trabalho, entre outros, tudo ficou comprometido. O próprio funcionamento do indivíduo acaba por se circunscrever às drogas. Na evolução dos consumos verifica-se que, exceptuando um caso todos se iniciaram com haxixe, evoluindo depois para a heroína e cocaína. É patente o não questionamento de tal evolução, descrita como se de uma espécie de mergulho se tratasse, na integração dessa identidade específica e absorvente do indivíduo. Expressões como “...foi de rajada.”, “...foi só desbunda” ou “...foi à séria até aguentar”, transmitem esse mergulhar submergível e precipitado, despido de reflexão. Verifica-se então, o abandono progressivo de todos os outros componentes de identificação, dando-se inclusivamente o abandono do próprio corpo, despojado de afecto (à semelhança das relações não investidas). A esse respeito Curto (2001) aponta um despojar-se ou alhear-se da existência do próprio corpo, por parte do consumidor de substâncias, como se a morte se iniciasse nesse processo de despedida corporal.

Tinoco (2002) refere precisamente a fissura biográfica, em que o Eu do passado não reconhece (não se identifica com) o do presente. O autor acrescenta a existência não só de uma incompreensão de si numa biografia desarticulada, como também de uma desistência ou esquecimento de recordar esse outro Eu. Logo, pode dizer-se que esse Eu deixa de existir dando lugar a essa “identidade toxicodependente”.

De facto, isto acaba por não sendo necessariamente consciente, ser sentido pelos próprios que, a respeito das consequências percebidas, são unânimes ao referirem ter perdido tudo. Quando procuram especificar esse tudo acabam por entrar num discurso em que já não estão

propriamente a falar de si, falam da droga referindo-se a *ela*. Expressões como “...até a perdi a *ela*...”, “...*ela* é como uma mulher...” ou “...eu casei com a heroína...” pautam o discurso da generalidade dos sujeitos, os quais parecem ter sofrido uma absorção identitária, com perecimento da que possuíam anteriormente.

Veja-se agora a subcategoria consumos pós-metadona. Aqui, à excepção de um caso, todos os outros mantiveram ou aumentaram o consumo de outras substâncias que não a heroína. Poderá dizer-se que, sem qualquer substância, o indivíduo não se reconhece, talvez porque não tenha com o que se identificar. Se é certo que a administração de metadona, segundo Kaplan, Sadock e Grebb (2003), continua a ser uma dependência de outro opiáceo, não é menos correcto que por parte dos sujeitos há um notório comportamento de busca de outras drogas ilícitas. Esta conduta de aproximação e manutenção do consumo de outras substâncias poderá ser uma busca de compensação da dependência, mas também uma compensação da própria identidade.

Tal ideia está também subjacente na análise prospectiva, em que a totalidade dos sujeitos denota um vazio de objectivos e projectos de vida futura. De facto, para além dos efeitos dos consumos de longo prazo, tem de considerar-se esta lacuna de projectos, na medida em que o indivíduo apenas funciona no registo da toxicomania. Vazio e desesperança são os tons predominantes do seu discurso quanto ao futuro. Aqui será importante lembrar que Dias (1980, cit. In Ferreira, 2004) aponta uma heterogeneidade dos indivíduos dependentes de substâncias que, no entanto, com as experiências de droga tendem para um plano comum. Este plano comum é também sentido no campo dos problemas jurídico-legais, sem que contudo, seja perceptível na amostra a direcção da associação entre a toxicodependência e aqueles problemas. Dos participantes, 40% sofreu uma ou mais detenções, sendo que a totalidade dos sujeitos participou em acções de delito. Agra (2002) refere essa co-ocorrência

droga/crime, muito embora não definindo uma relação de causa/efeito concreta e direccionada.

A esse respeito, Manita (1997) aponta para a associação entre certos tipos de consumo e determinados crimes, mas refere uma associação ao nível comportamental que não se confirma no plano do funcionamento psicológico.

No presente estudo as acções de delito são, no geral, atribuídas a *ela*, ou seja à droga, em que há expressões como “...por *ela* fiz de tudo...”, no entanto antes dos consumos já era presente um estilo de vida “solto”, “à deriva”, no registo do “fazia o que queria”.

Parece haver realmente, um funcionamento constante e repetitivo na amostra, em termos de afectos, relações com figuras de autoridade, estilo educativo percebido, prática de acções delituosas, percepção de incapacidade na escola, sensação de vazio interno, padrão relacional linear e superficial, vazio de projectos de vida. O facto pode também ser visto sob o prisma das crenças centrais do indivíduo, na perspectiva do modelo cognitivo do uso de substâncias de Beck (1993, cit. In Júnior, 2004). Tais crenças ter-se-iam enraizado nos sujeitos, despoletando pensamentos automáticos conducentes àquele funcionamento adictivo. Tudo isto desencadeado por um estímulo, à semelhança do que se passa no modelo de recaída de Marlatt e Gordon (1985) segundo os quais face a uma situação de risco (ou estímulo activador), o sujeito é levado a uma série de processos cognitivos e emocionais, conducentes à recaída.

Assim, trata-se de um ciclo que gira em torno de afectos, crenças, aspectos socioculturais e muitos outros como bem demonstra o modelo compreensivo e sequencial das fases de consumo de drogas na adolescência de Becoña (1999, cit. In Becoña & Vázquez, 2001). Ciclo esse que resulta num registo de funcionamento difícil de quebrar.

O referido alheamento e vazio de projectos e afectos é também sentido ao nível da análise do discurso. No plano verbal, não parece haver qualquer défice ou comprometimento na

fluência em 90% dos indivíduos, contudo 40% deles apresenta um discurso que denota um pensamento tangencial ou confusional, num registo de superficial passagem pelos tópicos, tal como se sentiu também ao nível dos afectos, da análise prospectiva, do padrão relacional. Já nos aspectos paraverbais, é claro um discurso cuja prosódia não é adequadamente usada relativamente aos conteúdos. Isto ocorre em 50% da amostra, com um discurso em tom monocórdico, não oscilante em função da emoção, do tópico, ou da importância do mesmo para o sujeito. Trata-se de uma ausência de distintas tonalidades, num registo plano quer de afectos e emoções, quer ao nível da linguagem e dos aspectos paralinguísticos. No plano não-verbal, 60% dos sujeitos apresenta-se com nítido descuido e na mesma percentagem há indivíduos com expressão facial pobre que, à semelhança da prosódia, não acompanha as modulações afectivo-emocionais do discurso, as quais parecem quase ausentes. Em metade dos sujeitos, o contacto ocular é vago ou evitado. Poder-se-ia dizer que o discurso é o reflexo do vazio e alheamento referidos, sendo pobre, superficial e quase isento de reflexões mais profundas. Estas apenas começam a surgir no final da entrevista, o que evidencia o poder do biograma. Como referiam Tinoco e Pinto (2003) este propicia um processo de tomada de consciência, facilitando a criação de uma oportunidade para reflectir sobre a própria história, num mapeamento de mudanças e excepções que conduzam a uma mudança psicológica.

Numa análise mais abrangente dos diferentes aspectos, há um nítido comprometimento ao nível da vinculação primária que, em concordância com o modelo biopsicossocial apresentado por Torres (2003), vai ligar-se a uma situação também deficitária da vinculação a parceiros de intimidade e da afiliação social. Constatado também em todos os indivíduos, foi o comprometimento da saúde, papéis sociais, desenvolvimento pessoal e preparação para a vida adulta que foi quartada até à adolescência, de acordo com o referido na teoria de risco dos adolescentes de Jessor (1991, cit. In Becoña & Martin, 2004). De facto, todos os sujeitos abandonaram a escola na infância ou na adolescência, nenhum deles desenvolveu uma

carreira ou percurso de construção profissional e, à excepção de um deles, todos se encontram em situação de desemprego ou reforma, sem um papel profissional activo e definido. Exceptuando um sujeito, todos os outros denotam ausência do estabelecimento e manutenção de relações providas de um afecto maduro. Ainda relacionado com este facto, naqueles em que há filhos verifica-se um registo de distanciamento e não vinculação afectiva, como se fosse uma repetição transgeracional do desinvestimento de afectos de que foram alvo na infância e adolescência. O próprio discurso, pobre, disprosódico, com sinais de tangencialidade, encerra também uma pobreza de imaginário, um vazio interior verbalizado pelos próprios, um vazio de projectos de futuro. Contudo, essa nudez de imaginário e de identificação afectiva vê-se transportada para um plano de ligação do fantástico relativamente às drogas, as quais assumem contornos de identidade, num processo de personificação das mesmas. É relativamente às drogas que o discurso se torna menos pobre, ainda que pautado por uma ambivalência entre o apelo e o repúdio relativo às consequências nefastas do consumo. Aqui reside um ponto fulcral, o da representação que a(s) substância(s) tem para os sujeitos. Como refere Ribeiro (2001), a dependência psicológica tem correspondência a um estado de manutenção da representação da substância, como memória evocada do que foi vivenciado como prazer e como desprazer. Esta representação foi sendo edificada no universo da história do indivíduo e apoderou-se do mesmo, o qual, referindo agora os próprios participantes do estudo, perdeu todo o resto pelo caminho.

CONCLUSÃO

Este trabalho iniciou-se com uma apresentação da história das drogas que, como se pode constatar, é longa, recheada de múltiplos interesses, num trajecto que foi absorvendo e produzindo plurais efeitos. Numa tentativa, não de explicar o fenómeno mas antes de o

escutar e compreender, procedeu-se a um estudo exploratório do qual se podem retirar algumas conclusões. É contudo, imprescindível deixar desde já claro que tais conclusões não são passíveis de qualquer generalização, referindo-se apenas e unicamente à amostra que foi objecto de estudo.

No que se refere à história de vida, pode concluir-se que a totalidade dos participantes apresenta um padrão inseguro de vinculação primária. Este padrão prolonga-se na adolescência, sendo perpetuado nas relações estabelecidas pelos indivíduos, ao longo da vida adulta.

A sua relação com figuras de autoridade no decorrer da adolescência é percebida por todos os sujeitos como tendo sido permissiva e/ou negligente.

O percurso escolar dos sujeitos apresenta-se curto e pobre, sendo que 90% dos participantes exibiram uma auto-percepção de incapacidade para os estudos, tendo todos eles abandonado a escola durante a infância ou a adolescência.

No que toca às relações afectivas, um dos sujeitos (10%) apresenta uma relação estável e plena de afectos, outro dos indivíduos (10%) exhibe um padrão de evitamento, não se envolvendo afectivamente, e os restantes 80% dos participantes mantêm um registo de relações instrumentais e isentas de investimento afectivo. Tal registo aponta para um eternizar do padrão relacional de que foram alvo na infância.

Quanto ao que se relaciona com a história de consumos, três dos indivíduos (30%) iniciaram-se já em idade adulta, entre os vinte e dois e os vinte e sete anos. Este início ocorreu com o companheiro com o qual viviam na altura, e os participantes atribuem o facto à influência ou pressão exercidas por aquele. Os restantes 70% da amostra iniciaram-se nas drogas durante a adolescência, entre os onze e os dezassete anos, numa primeira experiência que ocorreu na companhia dos pares (colegas ou amigos). Nestes casos os sujeitos alegam motivos/razões de carácter hedonista. Ainda em relação à primeira experiência, apenas um

dos sujeitos (10%) se iniciou com heroína e cocaína, os restantes 90% iniciaram-se com haxixe. Estes consumos evoluíram rapidamente para a heroína e cocaína em 40% dos sujeitos, 20% deles tiveram essa evolução no decorrer do cumprimento do serviço militar e 30% fizeram essa passagem para os consumos de heroína e cocaína num período de tempo mais longo, passados alguns anos sobre o início no consumo de haxixe.

Relativamente aos problemas jurídico-legais, a totalidade dos sujeitos referiu ter participado em acções de delito, sendo que 40% deles sofreu uma ou mais detenções.

Quanto às consequências percebidas relativamente ao percurso de toxicodependência, a totalidade dos participantes referiu uma mudança absoluta e negativa nas suas vidas, tendo a percepção de ter perdido tudo nas distintas áreas de vida.

À excepção de um dos indivíduos (10%) que se mantém abstinente, todos os outros (90%) referem ter mantido ou até aumentado o consumo de outras substâncias, que não a heroína, após iniciarem a terapia de substituição com metadona. A cocaína é a substância mais consumida no período pós-metadona, entre os participantes do estudo.

Quando questionados relativamente a uma análise prospectiva, todos os sujeitos registaram uma ausência de projectos, bem como uma incapacidade e desmotivação para definir objectivos de vida futura.

No plano do discurso, a nível verbal apenas um dos indivíduos (10%) apresentou comprometimento da fluência, os restantes apresentaram um discurso fluente. Os conteúdos eram lógicos e sequenciais em 60% da amostra, denunciaram tangencialidade de pensamento em 30% e confusão em 10%. O débito locutório apresentou-se normal em 50% dos sujeitos da amostra, sendo reduzido ao nível da fala espontânea em 20% e elevado num dos sujeitos (10%).

No que toca a aspectos paraverbais, 50% da amostra apresentou um discurso que pode considerar-se como algo disprosódico, na medida em que entoação e ritmo não

acompanhavam as modulações, inflexões e tópicos abordados ao longo da conversação. Um dos sujeitos (10%) não permitiu a existência de qualquer silêncio, quebrando-os prontamente num verbalizar constante. Três deles (30%) recorreram frequentemente ao silêncio, como forma de resistência num caso (10%), de reflexão noutra (10%) e nos momentos emocionalmente carregados num terceiro (10%).

Em relação a aspectos não-verbais, em 60% dos indivíduos foi notória uma apresentação descuidada, sendo mais cuidada nos restantes 40%. A expressão facial apresentou-se pobre em 60% dos participantes e 50% da amostra fez sentir um contacto ocular vago ou evitante. 40% dos sujeitos apresentava lentificação motora e outros 40% exibiam agitação a esse nível, sendo que estes últimos mantêm consumos de cocaína, o que pode explicar o facto.

De uma maneira geral, pode concluir-se haver um padrão no grupo de participantes. De facto, há aspectos de percurso que são comuns aos sujeitos, como é o caso de uma vinculação primária deficitária, que se prolonga em défice pela adolescência, estendendo-se à idade adulta na forma de pobreza de afectos. Não se podendo mencionar a existência de alexitimia, é contudo notório o embotamento ou silenciamento afectivo-emocional, que se repercute nas relações de intimidade de 90% destes sujeitos, com incapacidade de estabelecer relações plenas de afectos. Aqueles que têm filhos apresentam já uma ausência de estabelecimento de vínculos sólidos com os mesmos, num registo de repetição transgeracional do anteriormente sofrido pelos próprios.

Verifica-se também, em todos os participantes uma grande dificuldade de se identificarem e projectarem no presente e no futuro, sem que o façam em relação ao consumo de substância. Os próprios acabam por aludir à presença constante de um vazio interior, sendo que o seu discurso apenas se torna menos pobre de emoções e de imaginário, quando se referem às drogas. É ainda evidenciada pelos sujeitos uma clara identificação com as substâncias,

nomeadamente heroína e cocaína, numa notória personificação das mesmas, que ocupam lugar central numa espécie de transposição identitária.

No decorrer das entrevistas foi sentida em todos os indivíduos uma atitude que, embora se tornasse progressivamente colaborante, era pautada pela desconfiança e pela tendência inicial para a hostilidade. Também este aspecto contribuiu para a gratificação alcançada neste trabalho, na medida em que cada entrevista constituía um desafio constante.

ANÁLISE REFLEXIVA

“Há sempre Não-Totalidades sobre o lugar que aguarda para aprisionar/deificar qualquer pensamento ou ideia que cause perturbação.”

(Bion, 1991, cit. In Joan & Symington, 1999, p. 78)

Na realização do presente trabalho procurou-se uma escuta atenta, quase uma auscultação da problemática que, contudo, se oferece por demais complexa para que se abarque a totalidade do pretendido. Assim, muito embora os objectivos propostos tenham sido alcançados, há também limitações no presente estudo. Sem dúvida que o tamanho reduzido da amostra se torna muito limitativo; por outro lado, teria sido também produtivo, complementar os biogramas com informação proveniente de outros significativos, num constante cruzamento de informações.

Há também a considerar que, mesmo sendo uma amostra homogénea, o facto dos indivíduos apresentarem VIH/SIDA, bem como a terapia antiretrovítica a que se submetem, poder ter constituído algum viés. Contudo, sendo uma amostra proveniente do Hospital de Joaquim Urbano, tal limitação seria impossível de contornar.

Acrescente-se ainda, que se trata de uma amostra constituída por sujeitos com longos períodos de consumo de substâncias. Este facto deixa em aberto uma questão: apesar de se terem encontrado pontos comuns ao longo de toda a história desenvolvimental dos sujeitos, até que ponto a percepção que os mesmos transmitiram não terá um viés, produzido pelos consumos que ocorreram durante tantos anos? Assim, haverá realmente um padrão, contudo, teria ele emergido tão claramente se não tivesse ocorrido um tão longo período de toxicoddependência? Apenas um estudo longitudinal responderia a tal pergunta.

No final, não seria possível deixar de manifestar o prazer com que desfrutei de cada fase desta pesquisa, de cada obstáculo superado. Acrescente-se ainda que, este trabalho não se me apresenta como um ponto de chegada, mas antes como ponto de partida para novas incursões nessa fantástica aventura que é aprender. Com amostras maiores e partindo de algumas das conclusões tiradas, seria possível alcançar um maior grau de compreensão e conhecimento acerca do fenómeno, no sentido de contribuir com algo para intervir e, sobretudo, prevenir o problema do consumo de drogas.

Tudo é importante nesta problemática, mas ainda assim atrevo-me a colocar a tónica nos afectos. Nos afectos recebidos, oferecidos, sentidos pelos outros e pelo próprio.

“A vida afectiva, tal como a vida intelectual, é uma adaptação contínua, e as duas são não só paralelas como interdependentes, uma vez que os sentimentos expressam o interesse e o valor dado às acções das quais a inteligência fornece a estrutura...”

(Piaget, cit. In Joan & Symington, 1999, p. 102).

BIBLIOGRAFIA

- American Psychological Association. (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association* (5^a ed.). Washington DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5^a ed., J. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Original publicado em 2000).
- Agra C., & Matos, A P. (1997). *Trajectórias desviantes*. Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga.
- Agra, C. (2002). *Entre droga e crime* (2^a ed.). Lisboa: Editorial Notícias.
- Angel, P., Richard, D., & Valleur, M. (2002). *Toxicomanias* (M. Correia, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Original publicado em 2000).
- Antunes, F. (2001). *Manual sobre Sida*. Lisboa: Permany Portugal.
- Baptista, M. (2002). A Política de substituição e a psicanálise – seria essa política um tráfico do nome-do-pai? *Toxicodependências*, 3, 37-46.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (3^a ed., L. Reto & A. Pinheiro, Trad.). Lisboa: Edições 70. (Original publicado em 1977).
- Becoña, E., & Vázquez, F. L. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E., & Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Carqueja, H. (2000). Doença e toxicodependências. *Toxicodependências*, 6 (3), 83-85.
- Costa, E. M. (2001). Redução de danos: preconceitos, obstáculos, justificação. *Toxicodependências*, 7 (3), 53-58.
- Curto, J. N. L. (2001). O toxicodependente e a utopia atópica do desejo ou de como a morte começa na despedida do corpo. *Toxicodependências*, 7 (1), 83-86.

- Costa, N. F. (2002). Psiquiatria e toxicodependências. In J. C. D. Cordeiro, *Manual de psiquiatria clínica* (2ª ed., pp. 243-286). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de psicologia* (Gabinete de tradução da Climepsi Editores, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Original publicado em 1991).
- Durand, G. (2003). *Introdução geral à bioética. História conceitos e instrumentos* (N. Campanário, Trad.). São Paulo: Edições Loyola. (Original publicado em 1999).
- Eisenberg, E. M. (2001). Building a mystery: Toward a new theory of communication and identity. *Journal of communication*, 9, 534-552.
- Elliott, R., & Shapiro, D. A (1992). Client and therapist as analysts of significant events. In S. G. Toukmanian, & D. L. Rennie, *Psychotherapy process research* (pp. 163-186) London: SAGE Publications.
- Escohotado, A. (2004). *História elementar das drogas* (J. Barreiros, Trad.). Lisboa: Antígona. (Original publicado em 1996).
- Fabião, C. (2002). Toxicodependência: duplo diagnóstico alexitimia e comportamento. Uma revisão. *Toxicodependências*, 8 (2), 37-51.
- Farate, C. (2001). *O acto do consumo e o gesto que consome*. Coimbra: Quarteto editora.
- Fernandes, L. (1997). *Actores e territórios psicotrópicos: Etnografia das drogas numa periferia urbana*. Dissertação de doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Universidade do Porto.
- Ferreira, A. I. (2004). Toxicodependência(s) e psicoterapia(s). *Toxicodependências*, 10 (2), 65-74.
- Fonseca, A. F. (1997). *Psiquiatria e psicopatologia* (Vol. I, 2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Fonte, C. (2003). *Consumos de álcool e drogas ilícitas em estudantes da Universidade do Minho: da estatística à construção narrativa de significados*. Tese de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Foucault, M. (1998). *As palavras e as coisas* (A. Rosa, Trad.). Lisboa: Edições 70. (Original publicado em 1966).
- Gergen, K. J., & College, S. (2001). Psychological Science in a postmodern context. *The American Psychologist*, 56, 803-813.
- Gonçalves, R. A. (2000). *Delinquência, crime e adaptação à prisão*. Coimbra: Quarteto editora.
- Gonçalves, O. F. (2002). *Viver narrativamente. A psicoterapia como adjectivação da experiência* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln, *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). London: SAGE Publications.
- Guerra, M. P. (1998). *Sida implicações psicológicas*. Lisboa: Fim de Século Edições Lda.
- Hanninen, V., & Koski-Jannes, A. (1999). Narratives of recovery from addictive behaviours. *Addiction*, 94 (12), 1837-1848.
- Hermans, H. J. M. (2001). A pessoa como narrador motivado de histórias: teoria da valorização e o método de auto-confrontação. In M. M. Gonçalves, & O. F. Gonçalves, *Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança* (pp. 157-206). Coimbra: Quarteto.
- Joan, & Semyngton, N. (1999). *O pensamento clínico de Wilfred Bion* (D. Dantas, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Original publicado em 1997).

- Junior, E. L. (2004). Dependência química. In. P. Knapp, et al., *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (D. Bueno & D. Moraes, Trad, pp. 280-298). São Paulo: Artmed. (Original publicado sem data).
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Manual de psiquiatria clínica* (2ª ed., D. Baptista, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1996).
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (2003). *Compêndio de psiquiatria ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (7ª ed., D. Baptista, Trad.). São Paulo: Artmed. (Original publicado em 1994).
- Leri, F., Bruneau, J., & Stewart, J. (2003). Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use. *Addiction*, 98 (1), 7-22.
- Lorga, P. (1997). HIV e prevenção primária na toxicodependência: algumas reflexões sobre as estratégias de intervenção. *Toxicodependências*, 3, 35-42.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention* (2ª ed.). London: The Guilford Press.
- Manita, C. (1997). *Personalidade e acção em consumidores de droga e delinquentes*. Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.
- Manita, C. (2001). Evolução das significações em trajectórias de droga-crime (II): novos sentidos para a intervenção psicológica com toxicodependentes. *Toxicodependências*, 7 (3), 59-72.
- Manita, C. (2002). Avaliação psicológica no domínio das toxicodependências: das estruturas aos processos. *Toxicodependências*, 8 (3), 11-25.
- Martins, A. C. (2004). Anorexia nervosa e toxicodependência: perturbações da adolescência e do género no mundo ocidental contemporâneo. *Toxicodependências*, 10 (1), 27-40.
- Morel, A., Boulanger, M., Hervé, F., & Tonnelet, G. (2001). *Prevenção das toxicomanias* (I. Lúcio, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Original publicado em 2000).

- Negreiros, J. (1997). *Consumo de drogas nas prisões portuguesas*. Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde* (C. Patrocínio & F. Andersen, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Original publicado s/d).
- Patrício, L. D. (1996). *Droga de vida. Vidas de droga*. Lisboa: Bertrand.
- Pedro, A. M. (1987). *Rêve et les toxicomanes: une étude clinique psychosomatique*. Dissertação de doutoramento não publicada, Université Paris 7-Denis Diderot, Paris.
- Pedro, A. M. (2001). Vigília e sonho nos toxicodependentes. In Sami-Ali, et al. *Sonho e psicossomática* (R. Coelho, T. Lopo & A. Pedro, Trad., pp. 115-128.). Lisboa: Dinalivro. (Original publicado em 1992).
- Pereira, M., & Dutschmann, L. (1999). Hepatites víricas rastreio e orientação terapêutica. *Toxicodependências*, 2, 27-32.
- Poiares, C. A. (1999). Contribuição para uma análise histórica da droga. *Toxicodependências*, 5, 3-12.
- Queirós, C. (1997). *Emoções e cognições em consumidores de droga e delinquentes*. Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. S. (2001). Tornar-se toxicodependente: Opção ou fatalidade? *Toxicodependências*, 7 (3), 73-78.
- Sandage, S. J., & Hill, P. C. (2001). The virtues of positive psychology: the rapprochement and challenges of an affirmative post modern perspective. *Journal for the theory of social behaviour*, 31 (3), 241-260.
- Schuckit, M. A. (1998). *Abuso de álcool e drogas* (J. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Original publicado em 1995).

- Seidenberg, A., & Honegger, U. (2000). *Metadona, heroína y otros opioides* (A. Fink, P. Rodriguez, A. García & F. Hurtado, Trad.). Madrid: Dias de Santos, S. A. (Original publicado em 1998).
- Silva, J. A. S. (2001). As redes sociais e o percurso na toxicodependência. O tratamento como instrumento de reinserção. *Toxicodependências*, 7 (3), 59-72.
- Soares, A. (2001). Uma proposta integrativa na terapia cognitiva da toxicodependência. *Toxicodependências*, 7 (2), 29-49.
- Stake, R. E. (1998). *Investigación con estudio de casos* (A. Gallardo, Trad.). Madrid: Ediciones Morata. (Original publicado em 1995).
- Tavares, M. A., Araújo, A. S., Lopes, I., Silva, J. G., & Sousa, L. (2002). Drogas de abuso – o discurso da biologia. *Toxicodependências*, 8 (2), 3-16.
- Teixeira, Z. (2004). Construção e validação de uma narrativa protótipo para o alcoolismo. Dissertação de doutoramento não publicada, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Tinoco, R., & Pinto, S. (2001). Abordagem biográfica das toxicodependências – o biograma como instrumento de intervenção clínica. *Toxicodependências*, 7 (1), 17-22.
- Tinoco, R. (2002). Indeterminação biográfica – de condição natural a uma fissura na história do sujeito. *Toxicodependências*, 8 (3), 61-67.
- Tinoco, R., & Pinto, S. (2003). As potencialidades clínicas do biograma. *Toxicodependências*, 9 (3), 39-46.
- Tinoco, R. (2000). *Vivências de si na toxicodependência: análise quantitativa de relatos de heroinómanos recolhidos em meio institucional*. Tese de mestrado não publicado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Torres, N. M. (2003). A química da dependência e as dependências tóxicas. Para um modelo bio-psico-social. *Toxicodependências*, 9 (1), 29-45.

Torres, N., Sanches, M., & Neto, D. (2004). Experiências traumáticas e estilos de vinculação adulta a parceiros de intimidade em toxicodependentes e estudantes. *Toxicodependências*, *10* (3), 57-70.