

Ingride Sofia Parra Rego

“Droga de Doença”:
Pobreza, Toxicodependência e VIH

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2006

Ingride Sofia Parra Rego

“Droga de Doença”:
Pobreza, Toxicodependência e VIH

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2006

Ingride Sofia Parra Rego

“Droga de Doença”:
Pobreza, Toxicodependência e VIH

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2006

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de licenciada em Serviço Social, sob orientação do Prof. Dr. Álvaro Campelo.

SUMÁRIO

A presente monografia surge como um trabalho de investigação no âmbito da problemática da toxicodependência mais especificamente na influência que o meio ambiente e as condições socio-económicas têm no início da actividade de consumo de estupefacientes e nos comportamentos de risco associados.

O referido estudo é constituído por uma parte teórica, na qual se apresenta a pesquisa bibliográfica referente às temáticas abordadas, visando um melhor suporte à parte empírica desenvolvida posteriormente. Esta última parte realizou-se através de uma metodologia quantitativa, nomeadamente o inquérito por questionário o qual foi aplicado a 40 indivíduos toxicodependentes.

Após a administração dos inquéritos por questionário procedeu-se à análise e discussão dos dados recolhidos através dos quais se concluiu, de modo muito geral, que não existe relação entre a situação socio-económica dos indivíduos e o facto de se encontrarem a consumir.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais por me terem sempre apoiado ao longo do meu percurso e em todas as escolhas que fiz ao longo da minha vida. Obrigada pelo vosso amor!

A ti Paulo por teres estado sempre ao pé de mim ao longo destes anos. Obrigado pelo apoio e carinho que sempre demonstraste.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Álvaro Campelo por todo o seu apoio, pela sua disponibilidade, profissionalismo e exigência. O meu sincero obrigado!

À Dr^a. Sónia Magalhães pela sua disponibilidade e profissionalismo. Sem o seu apoio nunca teria sido possível concluir o presente trabalho.

Aos utentes que disponibilizaram o seu tempo e experiência de vida para poder aplicar os inquéritos.

A todas as minhas amigas e futuras colegas que me apoiaram em tudo. Um especial agradecimento à Cátia, Li, Miriam, Guida, Carla, Cristina, Márcia, Sandra. Sois umas eternas amigas!

Às minhas amigas de sempre e que sempre acreditaram em mim: Steph, Lili, Sylvie e Narguesse. Tenho saudades vossas!

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE SIGLAS.....	18
ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS	19
ÍNDICE DE ANEXOS	21
INTRODUÇÃO	22
CAPITULO I- POBREZA E EXCLUSÃO SOCIAL, QUE CONSEQUÊNCIAS?	24
I.1- A Pobreza	24
I.1.1- Definições	24
I.1.2- Da pobreza à exclusão social	25
I.1.3- Da precariedade material à desqualificação social.....	26
I.1.4- Exclusão social e desemprego.....	27
I.2- A pobreza como entrave à cidadania.....	28
I.2.1- Cidadania e Exclusão Social	28
I.2.2- Os bairros sociais	29
I.2.2.1- Os bairros como locais de exclusão social e espaço de marginalidade.....	29
CAPITULO II- TOXICODPENDÊNCIA, VIH E EXCLUSÃO SOCIAL: A NECESSIDADE DA INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL.....	32
II.1- A Toxicodependência	32
II.1.1- Definições	32
II.1.2- As drogas	33
II.1.3- Os grupos de influência	34
II.1.4- A dependência.....	36
II.1.5- A toxicodependência como causa de exclusão social.....	37
II.2- O VIH/SIDA	38
II.2.1- Enquadramento da doença	39
II.2.2- Formas de transmissão.....	39
II.2.3- Dos grupos de risco aos comportamentos de risco	40
II.2.4- Comportamentos de risco associados	41
II.2.5- Protecção social para doentes portadores de VIH/SIDA	42
II.3 – Serviço social na área da saúde	43
II.3.1 – Serviço Social hospitalar.....	45
CAPITULO III- ESTUDO EMPÍRICO-METODOLÓGICO	46
III.1- Objectivo e hipóteses de estudo	46

III.1.1- Objectivo de estudo	46
III.1.2- Hipóteses de estudo	47
III.2- Metodologia de pesquisa	47
III.2.1- A Pesquisa de Terreno	48
III.2.2- O Inquérito por Questionário.....	49
III.3 – Procedimentos de aplicação.....	50
III.3.1- Aplicação do inquérito por questionário	51
III.4- Selecção e caracterização da amostra.....	51
III.4.1- Caracterização da população alvo	51
III.4.2- Caracterização da amostra.....	57
CAPITULO IV- EXPOSIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	64
IV.1- Resultados descritivos	64
IV.2- Verificação das hipóteses	78
IV.2.1- Hipótese 1	79
IV.2.2- Hipótese 2.....	82
IV.3- Discussão dos resultados	82
IV.3.1- Relativamente à hipótese 1	82
IV.3.2- Relativamente à hipótese 2.....	84
REFLEXÕES FINAIS	86
BIBLIOGRAFIA	88
ANEXOS	93

ÍNDICE DE SIGLAS

CNLCS: Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA

HJU: Hospital de Joaquim Urbano

OMS: Organização Mundial de Saúde

SIDA: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

VIH: Vírus de Imunodeficiência Humana

ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

Índice de gráficos

Gráfico 1: Distribuição dos utentes por patologia

Gráfico 2: Distribuição dos utentes por situação de “sem-abrigo”

Gráfico 3: Distribuição dos utentes por dependência de estupefacientes

Gráfico 4: Distribuição dos utentes por habilitações literárias

Gráfico 5: Distribuição dos utentes por actividade profissional

Gráfico 6: Distribuição dos utentes por situação na profissão

Gráfico 7: Distribuição dos inquiridos por género

Gráfico 8: Distribuição dos inquiridos por estado civil

Gráfico 9: Distribuição dos inquiridos por habilitações literárias

Gráfico 10: Distribuição dos inquiridos por situação profissional

Gráfico 11: Distribuição dos inquiridos por consumo actual de substâncias psicoactivas

Gráfico 12: Distribuição dos inquiridos por infecção de doença infecciosa

Gráfico 13: Distribuição dos inquiridos por doença(s) de que padecem

Gráfico 14: Distribuição dos inquiridos por tipo de habitação

Gráfico 15: Distribuição dos inquiridos por coabitação

Gráfico 16: Distribuição dos inquiridos por partilha das despesas com o agregado familiar

Gráfico 17: Distribuição dos inquiridos por a existência de rendimento

Gráfico 18: Distribuição dos inquiridos por compatibilidade com as necessidades básicas

Gráfico 19: Distribuição dos inquiridos por fonte de rendimento

Gráfico 20: Distribuição dos inquiridos por dificuldade em conseguir emprego

Gráfico 21: Distribuição dos inquiridos por possível obstáculos da falta de qualificações académicas

Gráfico 22: Distribuição dos inquiridos por inscrição no Centro de Emprego

Gráfico 23: Distribuição dos inquiridos por motivos do início do consumo

Gráfico 24: Distribuição dos inquiridos por idade do início do consumo

Gráfico 25: Distribuição dos inquiridos por substâncias que consumiam

Gráfico 26: Distribuição dos inquiridos por substâncias que consomem

Gráfico 27: Distribuição dos inquiridos por forma de consumo

Gráfico 28: Distribuição dos inquiridos por forma de contágio pelo VIH/SIDA

Gráfico 29: Distribuição dos inquiridos por efeitos sentidos por ser infectado

Gráfico 30: Distribuição dos inquiridos por solicitação do Serviço Social

Gráfico 31: Distribuição dos inquiridos por motivos de recorrência ao Serviço Social

Gráfico 32: Resolução da situação-problema por parte do Serviço Social

Índice de tabelas

Tabela 1: Distribuição dos inquiridos por média de idade

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Inquérito por questionário

Anexo B: Índice de Graffar

Anexo C: Cruzamento e Qui-Quadrado “Situação profissional VS Consumo actual de substâncias psicoactivas”

Anexo D: Cruzamento e Qui-Quadrado “Habitação VS Consumo actual de substâncias psicoactivas”

Anexo E: Cruzamento e Qui-Quadrado “Fonte de rendimento VS Consumo actual de substâncias psicoactivas”

Anexo F: Cruzamento e Qui-Quadrado “Curiosidade ou espírito de aventura VS idade do início do consumo”

Anexo G: Cruzamento e Qui-Quadrado “Influência de amigos/familiares VS Idade do início do consumo”

Anexo H: Cruzamento e Qui-Quadrado “Problemas pessoais VS Idade do início do consumo”

Anexo I: Cruzamento e Qui-Quadrado “Conflitos familiares VS Idade do início do consumo”

Anexo J: Cruzamento e Qui-Quadrado “Outro motivo VS Idade do início do consumo”

Anexo K: Cruzamento e Qui-Quadrado “Forma de consumo VS Portador de doença infecciosa”

Anexo L: Cruzamento e Qui-Quadrado “Forma de consumo VS Se tem VIH/SIDA como foi contagiado”

INTRODUÇÃO

Hoje em dia, o problema da toxicodependência está cada vez mais presente na nossa sociedade atingindo todas as classes sociais, não se restringindo à população jovem. No entanto, continuam a existir numerosas crenças sobre essa temática que de certa forma continua como uma espécie de tabu para a da sociedade civil.

O discurso do senso comum faz com que os indivíduos acreditem que é nos bairros sociais, e outras zonas degradadas, que se encontra o mundo da droga, mas têm-se vindo a verificar que não são só as faixas sociais mais carenciadas que recorrem a essas substâncias. Mas, relativamente a esta crença, põe-se a questão da possível influência do meio na iniciação ao consumo de estupefacientes. Sendo um discurso do senso comum e crença aceite pela maioria das pessoas, deve contudo esta posição merecer uma análise crítica por parte da investigação científica, levantando a questão de saber até que ponto a influência do meio é importante para o início do consumo de estupefacientes.

O consumo de drogas tem por consequência a dependência que dela advém, mas não só. Nos casos de drogas injectáveis, se o indivíduo não tem os devidos cuidados, pode decorrer uma contaminação por via intravenosa do VIH / SIDA e outras doenças.

É neste sentido que se procura, ao longo do presente estudo, conhecer qual o impacto, ou influência, que pode ter a pobreza no consumo de drogas e consequentemente na contracção do VIH. Numa parte empírica, ir-se-á procurar verificar se existe, de facto uma relação de dependência. Essa possível relação será comprovada, ou não, através da aplicação de inquéritos por questionários a utentes internados no Hospital de Joaquim Urbano.

Numa primeira parte teórica iremos ver várias abordagens da pobreza passando pelo estigma da exclusão social e dos bairros sociais. Após essa caracterização iremos focar a temática da toxicodependência caracterizando as drogas injectáveis, os grupos de influência que podem levar ao consumo mas também os comportamentos de risco associados, por exemplo, o factor de usar a mesma seringa entre vários consumidores. Esse comportamento, levando à possível contaminação pelo VIH/SIDA, será o último ponto dessa primeira parte, sendo uma problemática associada.

A problemática escolhida para a elaboração do presente estudo deve-se ao facto de ter desenvolvido o estágio académico sobre a mesma. No decorrer dessa experiência surgiram várias questões, uma das quais era saber se a pobreza, e o seu meio envolvente, exerce realmente uma influência comprovada no início da toxicodependência. De facto, no terreno deparamo-nos com uma dependência que acarreta qualquer classe social, o que vai ao encontro do que o discurso do senso comum defende.

A segunda parte do presente trabalho irá focar o estudo empírico-metodológico, ou seja, os objectivos que se procuram alcançar na elaboração desse estudo assim como as hipóteses que se irão formular após análise dos estudos já realizados e da bibliografia utilizada. No seguimento dessas hipóteses serão apresentados os resultados da investigação.

CAPITULO I- POBREZA E EXCLUSÃO SOCIAL, QUE CONSEQUÊNCIAS?

I.1- A Pobreza

Tendo em vista o objectivo de estudo, ou seja, averiguar se existe realmente entre a pobreza e a toxicodpendência uma relação causa-consequência, é fundamental definir a pobreza neste âmbito.

A era das revoluções com a qual emergiu a modernidade, operou rupturas históricas a uma velocidade até então desconhecidas, trazendo consigo fracturas sociais tanto mais perturbadoras quanto mais a sua vertiginosa ocorrência tornava visíveis as vontades e os poderes, obviamente humanos, que as produziram. A ideia de que os homens podem viver num mundo justo e em que todos acedam a condições dignas de existência não era nova já nessa altura, mas é no decurso dessas revoluções que pela primeira vez a possibilidade da criação desse mundo passa no campo dos valores políticos (Capucha, 1998-a, p.13).

A pobreza e a exclusão social foram, desde sempre, duas das preocupações principais do pensamento sociológico. Assim, ao longo do século XX a pobreza tem-se afirmado como uma das áreas de estudo privilegiadas pelas ciências sociais, tendo dado origem a inúmeras pesquisas científicas que permitiram um melhor entendimento desse fenómeno, omnipresente em todas as sociedades.

I.1.1- Definições

É importante distinguir a pobreza em contexto europeu e em contextos de países do 3º mundo. Não podemos comparar o impacto que a pobreza tem em contexto de países tal como a África, ou países ditos do Terceiro Mundo, com a pobreza sentida nos países ditos desenvolvidos visto que as respostas às necessidades básicas não têm a mesma possibilidade de resolução. Contudo, apesar dos ditos países desenvolvidos terem acesso aos recursos necessários para mudar a situação de carência, a pobreza continua a ser também aí uma realidade preocupante.

A pobreza surge como uma emanção necessária dos 2 ou 3 sistemas sociais centrais da sociedade portuguesa. Daí que a pobreza possa ser definida de uma outra forma como uma exclusão (...)

Além de mais, a pobreza deve ser vista como uma exclusão daquilo a que chamamos os sistemas sociais básicos numa sociedade (Costa, 1999).

Já de um ponto de vista sociológico, a pobreza constitui um objecto complexo. Pois, trata-se de um conceito de teor marcadamente negativo, que resume, em si mesmo, complexos processos culturais, políticos e simbólicos que convertem condições materiais marginais no quadro da sociedade capitalista, estruturada em torno da produção de consumo, em estatutos sociais degradados e estigmatizantes. Por essa razão, é difícil por de parte a dimensão material da pobreza, ou seja, a precariedade das condições de vida e dos padrões de consumo das diversas camadas da população (Ferreira, 1996, p.23).

A questão da pobreza põe em jogo problemas mais amplos, que remetem para as condições que definem a natureza da cidadania a as capacidades de plena participação na vida comunitária, bem como para os processos de negociação estatutária e simbólica que se jogam no espaço da vida quotidiana (Ibidem).

I.1.2- Da pobreza à exclusão social

A pobreza tem uma representação que é fortemente cristalizada na sociedade e pode constituir um obstáculo epistemológico difícil de ultrapassar.

A pobreza é uma categoria socialmente construída (...) incorpora uma pluralidade de significados e conotações que veiculam uma determinada representação do mundo e da ordem social. A eficácia simbólica desta categoria (...) tem como efeito naturalizar uma realidade que, de um certo ponto de vista, não existe senão a partir do momento em que é designada. (...) A categoria pobre identifica um conjunto extremamente heterogéneo de indivíduos e de situações sociais, que só por efeito arbitrário de classificação estatística ou normativa são agregados sobre uma denominação comum (Ferreira, 1996, p.27).

É comum associar a pobreza apenas às dimensões relacionadas com os recursos e as condições materiais da vida. A pobreza tende a produzir “culturas da pobreza” que correspondem às maneiras de ser, fazer e sentir das pessoas, famílias ou grupos cujos recursos são escassos comparativamente aos da sociedade em geral. Capucha (1998-b) define esta pobreza, como a pobreza relativa, e aquela que não permite aos mesmos assegurar a subsistência e eficiência física, o mesmo autor define-a pelo conceito de pobreza absoluta.

Segundo Capucha (1998-a), na nossa sociedade, apesar do processo de mudança social e desenvolvimento ter levado à melhoria generalizada das condições de vida das populações, persistem elevados níveis de pobreza, facto que se torna o principal factor de impedimento do acesso à condição de cidadania no nosso país. Tal situação deve-se às seguintes razões:

- Os atrasos de modernização das estruturas produtivas e dos sistemas de protecção;
- Os paradoxais efeitos perversos da modernização;
- As teias da marginalização.

A extensão da nossa pobreza, que era generalizada há décadas atrás, é ainda hoje fortemente marcada por uma herança. Na verdade, uma boa parte dos pobres em Portugal trabalha ou pertence a famílias com activos empregados. Porém, sendo possuidores de baixas qualificações, fazem-no em sectores pouco produtivos e onde predominam baixos e muito baixos salários. Se bem que esses salários sejam muitas vezes combinados com outras fontes de rendimento, como a agricultura familiar ou outras práticas de economia informal, o somatório não se revela capaz de conduzir à superação da pobreza. Pelo contrário, favorece muitas vezes a permanência de estruturas económicas e laborais ultrapassadas, pouco produtivas e incapazes de assegurar a qualidade de vida das populações (Capucha, 1998-a).

I.1.3- Da precariedade material à desqualificação social

Grande parte dos estudos realizados acerca dessa temática, e essencialmente aqueles que maior impacto têm sobre a opinião pública e no discurso institucional, nascem de um entendimento economista do fenómeno, assentando na pobreza como situação de precariedade material.

Pobres são, (...), todos os indivíduos que, pela sua escassez de recursos materiais, se vêem impossibilitados de partilhar “os padrões de vida, os hábitos e as actividades consideradas normais na sociedade”. (Towsend, *cit. in* Ferreira, 1996, p.27)

Essa perspectiva assume a pobreza como um fenómeno rigorosamente mensurável tendo em conta a quantidade de recursos necessários para manter, nas diversas dimensões da vida social, ou seja habitação, alimentação, saúde, um estilo de vida concordante com o que é tido como minimamente aceitável pela sociedade (Ibidem).

I.1.4- Exclusão social e desemprego

Segundo Paugam (*cit. in* Emmanuelli e Frémontier, 2002, p.13), a primeira fase desse processo é a da fragilidade que decorre do desemprego, e deste modo, da perda da sociabilidade. Existe, na maior parte dos casos, uma reacção de dessocialização por parte do indivíduo, ou seja, fecha-se na sua esfera doméstica juntamente com uma fase de desmotivação e fatalismo. Essa fragilidade que sente o indivíduo pode também afectar a célula familiar e engendrar um maior isolamento, uma maior solidão.

A segunda fase do processo passa pela dependência institucional, ou seja, relativamente aos serviços sociais. O facto de expor a sua situação a um profissional que demonstra preocupação e disponibilidade para resolver, com o indivíduo o seu problema pode levar a que sinta uma compensação do apoio que não recebe por parte da sua família. A valorização do estatuto é fundamental para o bem-estar e para a possibilidade de socializar novamente a pessoa. Se não se sentir valorizada passa a uma terceira fase que é relativa à ruptura total. Se chegar a essa fase, o indivíduo começa a sentir maiores dificuldades e a desenvolver a ideia de que é “inútil para a sociedade”. De certa forma, segundo Paugam, afasta-se das instituições, assim como do círculo familiar, e, conseqüentemente, exclui-se a si próprio.

No que diz respeito à população toxicodependente, verifica-se um desajustamento social relativamente à actividade laboral. Grande parte dos mesmos procura uma actividade que lhe deixe liberdade a nível de horários e sem compromissos. Como expõe Pais (2001), tomando por exemplo a actividade de arrumador de carro, os toxicodependentes valorizam uma actividade que lhes proporciona uma flexibilidade laboral.

Reunido o montante de dinheiro necessário para comprar uma *quarta* (de droga), interrompem o trabalho para *matar o vício*, expressão que arrasta o paradoxo do que renasce à medida que se mata (o vício), alimentando a vida à medida que se destrói (Ibidem, p.390).

Ao procurar responder às necessidades do momento, tal como o do consumo, os indivíduos procuram uma actividade que lhes permite responder à mesma. Desta forma, não se conseguem integrar no mundo laboral onde têm que cumprir horários e onde têm responsabilidades perante a entidade empregadora, o que dificulta ainda mais a integração do indivíduo na sociedade.

I.2- A pobreza como entrave à cidadania

I.2.1- Cidadania e Exclusão Social

Por referência à cidadania, a pobreza corresponde a um conjunto de situações que determinam a exclusão do acesso aos recursos disponíveis na sociedade e à capacidade de participar plenamente nas actividades sociais.

Enquanto condição estatutária, a pobreza não é, porém, apenas um resultado dos processos e das negociações que se estabelecem entre os actores sociais nos contextos da interacção quotidiana. (...) a desqualificação estatutária do pobre e a negatividade da sua imagem encontra-se profundamente enraizada na cultura política e no universo valorativo que caracterizam as sociedades modernas (Ferreira, 1996, p.30).

Neste sentido, o que define a pobreza é a exclusão, sendo ela total ou parcial, relativamente aos direitos estabelecidos pela cidadania social; a perda do direito ao bem-estar material e ao usufruto da riqueza disponível na sociedade.

No entanto, temos de ter em mente que esta exclusão não é meramente material. É também estatutária e simbólica. A participação dos ditos pobres na vida social está dependente do reconhecimento, por parte da sociedade que os envolve, das suas necessidades e do seu direito a receber assistência. Segundo Simmel (*cit. in* Ferreira, 1996, p.29), os mesmos participam da comunidade de cidadãos mas enquanto excluídos. As próprias acções de assistência de que são alvo, apesar de visar a sua inclusão, reforçam a exclusão concedendo-lhes um estatuto de cidadania subsidiária.

Ferreira (1996) defende que o que está em jogo na pobreza não é apenas o modo como determinados indivíduos se encontram na base do sistema de estratificação social mas

também o modo como esses indivíduos, pela sua posição nesse sistema e pela escassez de recursos materiais e simbólicos, são excluídos da participação plena no estatuto de cidadania, ou seja, como são colocados à margem da sociedade.

Da mesma forma a população toxicodependente, na sua grande maioria, é excluída da vida social devido ao estigma de que é alvo. São frequentemente rotulados pela dependência de que padecem ou pelos locais que frequentam, tais como os bairros sociais.

I.2.2- Os bairros sociais

As áreas situadas nas periferias das grandes cidades, nomeadamente os bairros sociais e conjuntos de habitações degradadas, têm vindo a crescer cada vez mais.

Tais áreas e populações seriam, simultaneamente, efeito e causa: *efeito* do crescimento da urbe que acarretaria enormes distorções e desequilíbrios, *causa* de problemas sociais como a marginalidade, a insegurança urbana, a delinquência, a proliferação dos mercados da droga (Fernandes, 1997, p.78).

Os bairros sociais são considerados como sendo “lugares urbanos de habitação social, lugares de pobreza – o espaço de acondicionamento de populações marginalizadas ou subalternas no circuito económico-social da cidade dominante” (Spence, *cit. in* Fernandes, 1997, p.78). Esses espaços, que são vistos como espaços de marginalidade, são colocados à margem da sociedade, sendo assimilados a comportamentos desviantes.

I.2.2.1- Os bairros como locais de exclusão social e espaço de marginalidade

Segundo Maia (1994, p.63), os factores económicos estão na base da segregação social e espacial a qual resulta de um determinado processo de organização sócio-espacial, e à qual estão sujeitas as populações de maior vulnerabilidade. As próprias representações sociais dos diversos grupos sociais face à sua situação económica, contribuem também para a segregação sócio-espacial, na medida em que os indivíduos se organizam e instalam num determinado espaço consoante as representações ou valores que têm de diferenciação social e de pobreza.

As zonas sócio-espacialmente marginalizadas da cidade dominante são (...) etiquetadas como lugares de exclusão social, como *ghettos* de dissociedade, como sítios “de relegação” (Delarue, *cit. in* Fernandes, 1997, p.112).

Relativamente a essa ideia, Fernandes (1997) defende que a cidade é também uma hierarquia integrando desde o muito integrado nas tarefas e papéis reconhecidos socialmente, ao excluído. No entanto, cada espaço de exclusão social se mostra capaz de produzir uma vida social espontânea que não se assemelha à exclusão. Os bairros sociais são associados a esses dois conceitos, relativamente ao meio envolvente mas também as actividades que lhes são características. Os espaços sociais são lugares cercados sobretudo pelo estereótipo que repousa sobre eles.

Certos bairros sociais de periferia são os lugares mais conotados com as actividades e os actores das drogas duras.

Em primeiro lugar, a própria morfo-tipologia é relativamente recente em relação ao recuo temporal que fizemos; em segundo, o mercado psicotrópico é também um novo concentrador ecológico de desvio – mas ambos de inscrevem numa mesma economia urbana que já vem de longe (Fernandes, 1998, p.9).

No seu trabalho etnográfico, Fernandes (1998) desenvolve o conceito de território psicotrópico que define como sendo um lugar que atrai indivíduos que têm interesses em torno das drogas. O seu grau de atracção pode-se definir através da qualidade do produto mas também do grau de segurança que existe para a realização da transacção. Esse território não se limita ao mercado do produto, também é um lugar de convívio entre os *junkies*.

O território psicotrópico tem por particularidade de ser móbil, devido ao facto de ter que se proteger da ameaça constante que lhe é dirigida (Brown, 1987). Finalmente, esse território é o último elo da rede de distribuição de droga, sendo também aquele que lhe dá uma maior visibilidade, que materializam esse “mundo da droga”, fornecendo os elementos de que se compõe o estereótipo que acompanha esse local.

O território psicotrópico, tal como foi aqui descrito, corresponde a um modo de existência das drogas em meio urbano. Segundo Fernandes (1998), é um dado adquirido que os bairros

sociais, ditos das drogas, são áreas de grande precaridade económica, habitados por grupos vulnerabilizados à pobreza ou em situação de pobreza efectiva.

CAPITULO II- TOXICODEPENDÊNCIA, VIH E EXCLUSÃO SOCIAL: A NECESSIDADE DA INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

II.1- A Toxicodependência

II.1.1- Definições

Define-se toxicodependência como um estado de intoxicação crónica ou periódica, provocada pelo consumo repetido de uma droga natural ou sintética, de uma forma voluntária (Pinto-Coelho, 1993). Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (*cit. in* Fernandes, 1997, p.13) define a toxicodependência como sendo:

(...) um estado psíquico e às vezes também físico, resultante da interacção de um organismo vivo e um substância que se caracteriza por modificação do comportamento e por outras reacções que compreendem sempre um impulso para a consumir de modo contínuo ou periódico, a fim de obter os seus efeitos psíquicos, e, por vezes, para evitar o mal estar devido à privação. Este estado pode ou não acompanhar-se de tolerância e um mesmo indivíduo pode estar dependente de várias drogas.

Apresenta-se com três características. A primeira é o desejo invencível, compulsivo, de continuar a tomar a droga e de a obter por todos os meios. De seguida vem a tendência a aumentar as doses, tolerância. E finalmente a dependência, física e psíquica, aos efeitos da droga, isto é, o aparecimento dum conjunto de sinais físicos e psíquicos logo que interrompe bruscamente o seu consumo (Ibidem).

A toxicodependência é um fenómeno multideterminado por factores de natureza diversa que se conjugam e criam condições para o seu aparecimento e manutenção (Aragão e Sacura, 2002). É a dependência de substâncias ilícitas de alteração do estado de humor, em que o doente sente uma necessidade compulsiva em obtê-las para sentir o efeito desejado, ou para evitar os efeitos indesejados resultantes dos sintomas de privação.

A toxicodependência apresenta duas formas: dependência psicológica que surge quando um indivíduo sente um desejo intenso e incontável de consumir droga, sofrendo perturbações a nível emocional quando não a consome. A dependência física, surge quando o organismo já adaptou o seu metabolismo à presença da droga, sofrendo de sintomas dolorosos (síndrome de

privação) quando a droga deixa de ser consumida. A mais visível em termos sociais, e a que causa maiores danos, é a dependência física, ligada fundamentalmente aos mecanismos de reforço negativo que existe quando o organismo se adapta fisiologicamente ao consumo habitual da substância, verificando-se com a interrupção ou diminuição acentuada do consumo os sintomas característicos do síndrome de abstinência específicos da substância em causa (Patrício, 1997).

II.1.2- As drogas

Entende-se por droga, toda e qualquer substância que introduzida no organismo, pode modificar uma ou várias das suas funções.

Droga é qualquer substância, química ou a mistura delas (à excepção daquelas necessárias para a manutenção da saúde, como, por exemplo, água e oxigénio), que altera a função biológica e possivelmente a sua estrutura (OMS, 1997, *cit. in* Fernandes, p.10).

O abuso de consumo de uma droga, é o seu consumo excessivo, persistente ou esporádico, sem relação com uma utilização médica aceitável. Daí decorrer a importância do conceito de dose, não se podendo considerar se determinada droga é “benéfica” ou “prejudicial” sem considerar a dose em questão primeiro. Assim, uma certa substância pode ser exaltante ou deprimente consoante a mesma (Pinto-Coelho, 1993, p.20).

Regulada pelo acto médico, a utilização de drogas fora desta esfera torna-se abuso e a insistência no seu consumo faz-se quadro clínico: a toxicomania aparece como categoria nosográfica na segunda metade do século XX e desenvolvem-se as primeiras descrições clínicas da morfomania. Louis Lewin, em 1879 escreve *110 casos de adicção à morfina*, “obra revolucionaria que marcou o início da preocupação pública, medica e politica pelos problemas relacionados com a dependência de drogas. Tais observações não se diferenciam em absoluto das que na actualidade se estabelecem” (Comas, *cit. in* Fernandes, 1998-b).

Como defendem Morel, Hervé e Fontaine (1998, p.23), existe uma multiplicidade de substâncias extremamente diversas que têm como ponto comum agirem sobre o cérebro e modificarem o funcionamento psíquico intervindo nas emoções, nos estados afectivos e nas percepções.

De entre essa variedade de substâncias podemos essencialmente destacar dois tipos de drogas: as ditas “duras” e as “leves”. As “duras” são os opiáceos, categoria na qual encontramos o ópio, a morfina e a heroína. Também contamos com as anfetaminas e a cocaína. As chamadas “leves”, por sua vez, são os alucinógenos, com o LSD e a mescalina, os derivados do cannabis, ou seja, marijuana e haxixe, entre outros, mas também o tabaco e o álcool. Pinto-Coelho (1993) defende que essa divisão não obedece a quaisquer princípios psicofisiológicos tentando dividir as drogas que têm um efeito mais nocivo no indivíduo das mais inofensivas. Parte do pressuposto que os efeitos da maior parte das drogas são, sem dúvida nenhuma, influenciados pela psicologia da pessoa e pelo meio que a envolve.

Num entanto, a personalidade do indivíduo sem experiência anterior, e tendo expectativas quanto ao resultado do consumo e da motivação do mesmo, são extremamente importante e podem mesmo mascarar a reacção farmacológica típica de determinada droga, isto é, o seu efeito principal.

O meio ambiente pode, também ele, constituir um factor de primordial importância.

II.1.3- Os grupos de influência

A influência social é considerada um processo pelo qual os indivíduos, directa ou indirectamente, influenciam os pensamentos, sentimentos e acções de outrem. Desta forma, o comportamento é influenciado socialmente quando ele se modifica em presença de outrem, seja ela real ou não (Garcia-Marques, 2000, *cit. in.* Vala & Monteiro, p.227)

É na adolescência que mais frequentemente se iniciam determinadas experiências e se está sob a influência dos grupos de pares. A opinião que os outros fazem sobre nós na adolescência é muito importante, pois essa idade é a mais susceptível a influências e a novas práticas comportamentais, as quais irão favorecer, ou prejudicar, o desenvolvimento da pessoa em questão.

Na mitologia antiga, a adolescência era vista como uma viagem, uma partida para o desconhecimento, uma experiência formadora. Essa fase que marca a passagem da infância

para a idade adulta, tendo como base o reconhecimento da maturidade, foi marcada por rituais de passagem com um carácter iniciático (Morel, Hervé & Fontaine, 1998, p.57).

É nessa idade que os jovens aceitam desafios, provas, que têm por finalidade de demonstrar que o jovem não depende dos pais; é de certa forma uma afirmação da sua independência, que é capaz de tomar conta de si próprio.

Com os processos de maturação actuais, o adolescente passa por outros mecanismos mais complexos e torna-o, durante muito mais tempo, o criador do seu futuro. Essa responsabilidade individual é cada vez mais acrescida e pode confrontar mais facilmente o indivíduo ao sentimento de fracasso. Esse sentimento, ao aparecer numa idade onde o ser humano se encontra particularmente fragilizado pode conduzir a uma perturbação que irá, pouco a pouco, transformar-se em depressão ou angústia.

Jeammet (*cit. in* Morel, Hervé & Fontaine, 1998, p.59) descreve como os conflitos normais do adolescente, nos mais vulneráveis, podem conduzir a respostas que têm efeitos patogénicos e levá-los a entrar numa verdadeira patologia. Os comportamentos dos adolescentes em sofrimento têm tendência a auto-reforçarem-se, pois tornam-no mais subordinado ao seu meio e negativizam mais a imagem que tem de si próprio.

O uso de drogas na adolescência depende não só da natureza do produto mas também da história do sujeito e com aquilo que procura na experiência. É muito raro que a iniciação a uma droga se faça fora do grupo, mesmo que o indivíduo procura uma compensação, ou solução, ao seu mal-estar, é difícil que este recorra à droga por sua exclusiva iniciativa. Além disso, certos grupos tornam-se sistemas de reforço de comportamento (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

Existe um risco acrescido para o uso e abuso de drogas quando a vinculação ao grupo de pares assume uma predominância precoce e substitui o papel parental demasiado cedo. Nesta perspectiva, o grupo de pares pode ser encarado ou como um factor de vulnerabilidade, se funcionam como modelo e proporcionam ocasião para a experimentação e o uso de drogas, ou como factor protector, se veiculam valores que servem de controlo contra os consumos e incentivadores de actividades saudáveis (Farate, 1999, *cit. in* Abraão).

II.1.4- A dependência

A dependência é um estado de sujeição, de subordinação a algo. No entanto, é inegável que todos os indivíduos são dependentes, de uma forma variável, relativamente a um ou diferentes objectos (Descombey, 1998, *cit. in* Morel, Hervé & Fontaine, p.66).

Por sua vez, Freud (*cit. in* Morel, Hervé & Fontaine, 1998, p.68) já defendia que o ser humano não podia viver sem sedativos:

Tal como nos é imposta, a nossa vida é demasiado pesada, inflige-nos demasiadas dores, decepções, tarefas insolúveis. Para a suportar, não podemos viver sem sedativos (...). Eles são talvez de três espécies: primeiro, as grandes diversões, que nos permitem considerar a nossa infelicidade como uma coisa pouco importante, depois as satisfações substitutivas que a aligeiram e, por fim, os estupefacientes que nos tornam insensíveis. É-nos indispensável pelo menos um destes meios.

No seguimento dessa ideia, Freud estabelece três ordens de motivação que se adequam perfeitamente ao consumo de drogas nos nossos dias:

Assim, a primeira motivação para o consumo é a procura do alívio da dor em busca do bem-estar físico e psíquico que se procura alcançar com a toma dessas substâncias. Muitas vezes essa procura tem por resultado a toma, simultânea, de uma diversidade de produtos com finalidades diferentes.

A segunda motivação, é a tentativa de nos proteger do mundo exterior e de escapar às condições de vida que os guetos modernos oferecem, onde a perspectiva de futuro são reduzidas visto que a pobreza se junta ao insucesso escolar, ao desemprego e à precariedade dos vínculos sociais.

A terceira motivação referida por Freud é afastar a ameaça que vem das nossas relações com os outros. Pois, dos pares com os quais nos damos depende as experiências precoces, a qualidade dos primeiros vínculos. As perturbações destes primeiros vínculos e a sua tradução na evolução de um indivíduo formam o terreno onde se vai enraizar toda a psicopatologia que o irá seguir no seu desenvolvimento.

Estas três ordens de origem do sofrimento do ser humano são factores que encontramos na origem da toxicodependência contemporânea. Os consumidores supõem nas drogas a propriedade de dar resposta a todas as espécies de angústias e de necessidades. A intensidade que se pretende à omnipresença e à instantaneidade de acção, constituem, desta forma, as suas principais características (Morel, Hervé & Fontaine, 1998, p.69).

A intensidade dos efeitos das substâncias é apenas uma característica quantitativa do prazer que elas proporcionam, mas não nos podemos esquecer dos seus aspectos qualitativos. Pois ao intervir nos afectos e emoções do indivíduo satisfazem diversas necessidades tais como a excitação psicocorporal e a descarga sensorial, o afastamento de uma parte da realidade que se ergue como obstáculo à liberdade do ser humano e a anestesia do sofrimento interno da pessoa (Ibidem).

II.1.5- A toxicodependência como causa de exclusão social

A exclusão social é um fenómeno de múltiplas dimensões cujas manifestações vão mais além da pobreza e que envolvem situações de discriminação e privação de direitos dos cidadãos.

Numa sociedade como a nossa, conhecemos, evidentemente, os procedimentos de *exclusão*. O mais evidente e também o mais familiar é o interdito. Sabemos bem que não temos o direito de dizer tudo, que não podemos falar de tudo seja em que circunstância for, que não importa quem, enfim, não pode falar de não importa o quê. (...) Os interditos que surpreendem o discurso cedo revelam a sua ligação com o desejo e com o poder (Foucault, *cit. in* Araújo, Santos & Seixas, 1998, p.64).

Com efeito, também nas drogas opera este triplo interdito (Fernandes, 1998-b, *cit. in* Araújo, Santos & Seixas, p.64):

- a) O *tabu do objecto* culminará, ao longo do século XX, na criminalização da droga;
- b) O *ritual da circunstância* que se enquadra no contexto medicinal;

c) Finalmente, o *direito privilegiado ou exclusivo do sujeito que diz*: o médico é quem, daqui em diante, monopoliza a gestão dos cuidados, e portanto o campo de aplicação das drogas; é ele quem pode fazer ver a droga e as suas patologias; é ele quem decide quando prescrever, erigindo o remédio em medicamento, ou quando vedar o acesso.

O combate à droga, assente na convicção de que a droga é naturalmente má, forja agora um princípio de exclusão assente no *exterminio*. O dispositivo sanitário é o único lugar onde o psicotrópico pode existir: ou na forma de medicamento (psicofármacos) ou na forma de droga boa (metadona, antagónistas). Fora deste dispositivo, o psicofármaco à solta é drunfo, a boa droga desvirtua-se e participa da vida transgressiva das drogas más e a fala sobre droga não é terapêutica, mas agente de aliciamento e propagação. A palavra toxicodependente serve, pois, de elemento básico a um elaborado jogo de codificações no interior das entidades abstractas reguladas pela ideia de droga-problema, droga-patologia, droga-desordem. Esta definição científica do problema sobredetermina a sua definição social tanto ao nível das substâncias como dos indivíduos (Fernandes, 1998-b, *cit. in* Araújo, Santos & Seixas).

Com o aparecimento dum mercado de drogas duras estável e resistente às políticas de combate à droga e a extensão dos consumos a grupos populacionais economicamente desfavorecidos, ganham protagonismo dois novos fenómenos: as zonas designadas pelos media como “hipermercados da droga” e o *junkie*. Encontram-se quase sempre associadas a espaços urbanos degradados e periféricos e a figuras desqualificadas socialmente (Ibidem).

II.2- O VIH/SIDA

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) foi reconhecida pela primeira vez, nos Estados Unidos da América e na França em 1981, constituindo hoje, a nível mundial, um dos problemas dominantes da Saúde Pública. É uma doença viral, infecciosa e fatal, não tendo sido, até ao momento, descoberto qualquer tratamento que permite a cura.

A SIDA é na actualidade uma ameaça importante para a população mundial do ponto de vista do seu bem-estar social, económico e político e para a saúde individual de milhões de pessoas (ONUSIDA, 1999).

II.2.1- Enquadramento da doença

Vive-se actualmente um clima de receio de crise global no plano das doenças infecciosas. A nossa geração habituou-se à ideia de que todas as doenças tinham cura, seja por medicação seja por vacinação e, com o aparecimento da SIDA, nasce um sentimento de insegurança (Victorino, 2003).

Com uma história de apenas vinte anos, a SIDA teve um impacto na sociedade que ultrapassa o de qualquer outra doença da actualidade, inclusivamente o das que têm maior peso na mortalidade e morbidade, quer em países desenvolvidos, quer do terceiro mundo. Assim, as referencias à “SIDA” como a “peste dos tempos modernos” não podem considerar-se sensacionalistas quando nos confrontamos com esta nova doença, que infectou neste curto espaço de tempo 50 milhões de pessoas, das quais 22 milhões já falecidas (Ibidem, p.14).

A SIDA é uma doença incurável e transmissível que ocorre frequentemente associada a comportamentos de risco e grupos sociais já previamente estigmatizados, nomeadamente homossexuais e bissexuais masculinos, prostitutas e consumidores de drogas por via intravenosa, entre outros (Daudel e Montagnier, 1994, p.18).

O VIH/Sida tem sido definido por inúmeros autores como uma doença crónica. Pode ser considerada como tal visto ser uma doença a longo prazo, uma vez que para a qual não há cura. Além disso, apresenta algumas características que são critério para doença crónica, tais como o facto de ter na sua causalidade múltiplos factores de risco, evidencia um curso prolongado e degenerativo, provoca alterações funcionais e, finalmente, é uma das doenças para as quais ainda não foi encontrada cura. Apesar de tudo, no mundo ocidental existem medicamentos que permitem prolongar a vida e até evitar a morte dos portadores de VIH.

II.2.2- Formas de transmissão

Nos anos que se seguiram à descrição dos primeiros casos de SIDA, realizaram-se diversos estudos clínicos, epidemiológicos e virológicos.

O vírus foi isolado em diferentes líquidos orgânicos, como o sangue, o esperma, as secreções vaginais, o leite materno, a urina e líquidos céfalo-raquidiano, amniótico e bronco-alveolar.

Sabe-se que o VIH é transmitido, principalmente, através do contacto com líquidos orgânicos (sangue, esperma e secreções vaginais) de indivíduos infectados, sendo as principais formas de transmissão: sexual, sanguínea e “mãe – filho” (transmissão vertical) (Antunes e Forte, s/d).

De entre os factores que facilitam a expansão mundial da Sida, a toxicodependência ocupa um lugar que não é de desprezar. Se bem que o uso de substâncias euforizantes seja muito antigo, as suas modalidades mudaram muito a partir de meados do nosso século. Nenhuma civilização pôde abdicar do recurso aos estupefacientes, mas no passado estes eram administrados no organismo de forma diferente. Eram essencialmente bebidos, comidos, mastigados, inalados ou fumados. É só nas últimas décadas do século XX que as pessoas começaram a injectar-se para poder atingir um maior êxtase e mais rápido (Grmek, 1993).

A seringa e a agulha, com a finalidade de introduzir medicamento, são conhecidas desde o século XVII. O uso terapêutico começou a difundir-se no início do nosso século, só se banalizando após a Segunda Guerra Mundial. As injeções de medicamentos eram de início subcutâneas, depois intramusculares e, por fim, cada vez mais também intravenosas (Ehrlich e Hata, *cit. in* Grmek, 1993, p.261).

À partida, o vírus da SIDA não se transmite por esse meio desde que os processos habituais e necessários de esterilização sejam respeitados. No entanto, é somente na teoria, pois a partir de meados do século XX a seringa tornou-se um veículo de germes patogénico, não tanto pelo uso médico convencional mas sim pela apropriação feita pelos toxicodependentes para a injeção de drogas duras (Grmek, 1993). Existem pois diversas situações que propiciam a transmissão do VIH através das mesmas, tais como as injeções pluriquotidianas, a vida em grupo, a partilha de seringas e agulhas, a ausência de higiene pessoal, a promiscuidade, a prostituição, a intoxicação crónica e o enfraquecimento geral do organismo são comportamentos que podem favorecer o risco.

II.2.3- Dos grupos de risco aos comportamentos de risco

Com fundamentos na literatura existente acerca da doença e da sua evolução, Guerra (1998) estabeleceu uma evolução dos grupos de risco. Em 1987 os Estados Unidos da América

mantinham 70% do número total de casos de SIDA no Mundo. A distribuição desses casos repartia-se, na sua maior parte, entre os grupos de homossexuais e os toxicodependentes; os quais eram então considerados como sendo os grupos alvo (Alleaume, *cit. in* Guerra, 1998, p.16).

Estes indivíduos considerados como pertencentes a um grupo começam assim a ser alvo de uma rejeição social que inclui a expulsão dos locais de habitação e os despedimentos por justa causa. Contudo, em 1983, investigadores demonstram que a SIDA pode igualmente ser transmitida através das transfusões de sangue ou mesmo nas relações heterossexuais, fazendo com que a ideia de grupos de risco deixe de fazer sentido, dando lugar à noção de comportamentos de risco (Grmek, 1994)

II.2.4- Comportamentos de risco associados

O consumo de drogas está intimamente relacionado com o VIH. Essa conexão produz-se quando as drogas se injectam e se utiliza um material contaminado. Além disso, é reconhecido que o consumo de certas drogas pode levar ao aumento de um comportamento sexual de risco, que, por vezes, pode facilitar a transmissão do VIH (ONUSIDA).

Existe um certo estilo de vida entre toxicodependentes que faz com que, apesar das divergências culturais e das atitudes que possam ter consoante o país ou a cultura na qual estão integrados, os comportamentos são basicamente os mesmos. Uma das práticas mais correntes é a partilha de seringas enquanto material de injeção. Assim, os seus comportamentos de risco e a sua falta de cuidado com o corpo permitiram mesmo que na Europa o vírus encontrasse o terreno fértil para a transmissão da doença (Costa, 1995).

Em 1993, em Portugal, os toxicodependentes eram considerados como o grupo de maior incidência nos casos de SIDA o que levou a uma grande preocupação por parte dos responsáveis de saúde e alertou para a necessidade de prevenção como prioridade face ao tratamento da toxicodependência (Ibidem).

Costa (1995) defende que há, seguramente, muitos toxicodependentes infectados pelo VIH e muitos deles vivem na rua.

(...) é uma situação atentatória da saúde destes indivíduos bem como de todos os que com eles convivem, atendendo à natureza contagiosa de algumas das doenças que ocorrem no quadro da SIDA (Costa, 1995, p.54) .

II.2.5- Protecção social para doentes portadores de VIH/SIDA

A actual cobertura do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em termos do tratamento e acompanhamento de infectados VIH/SIDA é carente em múltiplos aspectos, em particular no apoio psicossocial. Tem havido dificuldades de planeamento, de uma forma mais centralizada e coordenada por objectivos. Contudo, as unidades mais especializadas no tratamento destes doentes têm desenvolvido um esforço notável no apetrechamento actualizado, desenvolvendo uma praxis clínica a todos os títulos notável (CNLCS, 2005).

No entanto, a evolução da epidemia no nosso País traz problemas acrescidos no acesso aos meios de diagnóstico e terapêutica, os quais são gratuitos, e que não revela homogeneidade na totalidade do território nacional, estando dependente das capacidades técnicas e financeiras de cada centro, o que poderá colocar os utentes em situação de desigualdade no acesso ao “estado da arte” para a patologia VIH/SIDA. Torna-se necessário desenvolver esforços de articulação entre as diferentes unidades especializadas no atendimento a doentes, e muito em especial aos doentes toxicod dependentes, tuberculosos ou não (Ibidem).

A adesão às terapêuticas combinadas é hoje considerada um dos maiores problemas na gestão dos casos de infecção pelo VIH/SIDA. Manter uma boa adesão à terapêutica é essencial para obter os máximos benefícios desta, ou seja, estabilizar o doente clinicamente, manter a supressão da carga vírica e prevenir o desenvolvimento de resistências do vírus à medicação. Os baixos níveis de adesão terapêutica estão intimamente relacionados, apesar dos extraordinários avanços da indústria farmacêutica, com o aumento de resistências, insucesso das terapêuticas e maior risco de progressão da patologia. Apesar da medicação anti-retrovírica ser de acesso gratuito, as imprescindíveis terapêuticas de profilaxia primária e secundária podem representar elevados custos para o utente do SNS (Ibidem).

Os diversos aspectos que a doença apresenta, tanto a nível social como a nível biológico, implicam a intervenção de uma equipa multidisciplinar para uma melhor resolução das situações-problema. No que diz respeito ao Serviço Social, o mesmo procura melhorar a qualidade de vida dos portadores dessa doença através de apoio seja ela psicossocial, pecuniário ou outro.

II.3 – Serviço social na área da saúde

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a saúde é um “ (...) estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade” (OMS *cit. in* Fonseca, 1985, p.164).

O serviço social é uma profissão que procura criar uma atitude crítica, no que diz respeito às causas/efeitos dos problemas sociais, como dos recursos disponíveis, de modo a que os sujeitos afectados por esses problemas, articulem uma acção organizativa e transformadora que os supere (Iamamoto, 1998).

O Serviço Social procura conhecer as causas e o processo dos problemas sociais e a sua incidência sobre as pessoas, grupos e comunidades; capacitá-las para a tomada de consciência dos seus problemas, de modo a assumirem uma atitude crítica da realidade onde estão inseridas, para alcançarem as suas metas como seres sociais (Código Deontológico Internacional dos Assistentes Sociais, *cit. in* AIDSS 1994, p.17).

Por isso, pode-se dizer que o serviço social tem como objectivos principais preparar os indivíduos para definirem os seus problemas, ajudando-os a encontrar por eles próprios, tanto quanto possível, a sua solução e a modificar as situações sociais, de modo a permitir as suas tomadas de consciência e soluções (Iamamoto, 1998).

O Código Deontológico Internacional dos Assistentes Sociais (*cit. in* AIDSS 1994, p.17-18) define o objectivo do serviço social como sendo o de:

(...) promover o bem-estar, o auto-conhecimento e a valorização dos indivíduos, grupos ou comunidades, no contexto de aplicação de conhecimentos científicos, com vista à detecção das necessidades humanas e sociais decorrentes da interacção indivíduo-sociedade, procurando o desenvolvimento dos recursos que satisfaçam as necessidades e aspirações individuais, colectivas, nacionais e internacionais, na prossecução da justiça social.

Actualmente, o serviço social da saúde protagoniza a intervenção social em vários âmbitos de cuidados primários e estende-se a diversas áreas clínicas tais como internamento, consulta, ambulatório, centros ocupacionais de saúde mental, projectos de apoio domiciliário; nos

vários níveis de prevenção estudando e intervindo na definição, planeamento, execução e avaliação de programas e projectos de saúde (Ministério da Saúde, 1998).

O serviço social é considerada uma actividade específica ainda que com fronteiras comuns com outras profissões, dada a singularidade “da função de ajuda” na resolução de problemas concretos. Uma das responsabilidades da profissão de serviço social é o partilhar conhecimentos psicossociais com outros profissionais de saúde (Fonseca, 1985).

No que respeita aos objectivos gerais do Serviço Social na área da Saúde, estes incluem-se nos objectivos gerais dos Serviços de Saúde aos quais pertence. Desta forma pode-se considerar a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde (Kisnerman, 1978, p.11):

➤ Promoção _ O assistente social desempenha funções de promoção ao elaborar, executar e avaliar programas de divulgação dos múltiplos factores que incidem sobre a doença e ao fornecer informações sobre os direitos e deveres dos cidadãos;

➤ Prevenção _ Exerce funções de prevenção ao estudar a incidência das variáveis sócio-económicas e culturais na etiologia, distribuição e desenvolvimento dos problemas de saúde, ao participar no estudo dos serviços e recursos de saúde, ao orientar e capacitar a população sobre o uso dos recursos institucionais que lhe possam ser úteis;

➤ Recuperação _ O assistente social exerce funções ao nível da recuperação, contribuindo com a equipa de saúde, para atender, reduzir e reparar os danos causados pela doença, e capacitando os doentes e o agregado familiar para que sejam agentes no próprio processo de recuperação;

➤ Reabilitação _ Finalmente, desenvolve funções de reabilitação ao assegurar que todo o doente possa alcançar o uso máximo das suas potencialidades, e ao orientar o meio familiar, laboral, escolar e comunitário para a integração do doente.

O Assistente Social tem sido historicamente um dos agentes profissionais que implementam políticas sociais, especialmente políticas públicas. Ou nos termos de Netto (*cit. in* Yamamoto,

1998, p.20), um *executor terminal de políticas sociais*, que actua na relação directa com a população em questão. Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efectivar direitos, a partir de pedidos emergentes do quotidiano. Enfim, ser um profissional prepositivo e não só executivo.

II.3.1 – Serviço Social hospitalar

Em contexto hospitalar, pode-se dizer que o serviço social tem como funções analisar e resolver os problemas sociais do doente e os meios sociais a que pertencem. E intervém nas dimensões: social, económica, cultural e relacional configuradoras de situações-problema e condicionadoras da qualidade de vida e de saúde de indivíduos e grupos de indivíduos, vítimas de diversos episódios de doença ou em programas de prevenção ou recuperação repartindo-se na qualidade de vida do agregado familiar (Iamamoto, 1998).

Compete ainda ao serviço social hospitalar, em relação ao utente internado, acolher e fazer a triagem, realizar o estudo e diagnóstico social da situação-problema, determinar as prioridades e a programação da acção, fazer o acompanhamento social e/ou orientação da situação, a promoção e concretização da articulação com redes formais e informais, sedeadas na comunidade sócio-familiar. Ainda deve participar e integrar-se nas unidades e equipas pluridisciplinares, deve também fazer a sistematização da informação significativa, a avaliação e reprogramação das actividades (Iamamoto, 1998).

CAPITULO III- ESTUDO EMPÍRICO-METODOLÓGICO

O desenvolvimento de procedimentos de recolha de informação sobre o real contribui para que o processo da observação sociológica em sentido amplo se tornasse uma fase do trabalho científico cada vez mais sistemática e racionalmente controlada.

A observação metódica da realidade social, tendo por objectivo pôr à prova afirmações e interpretações provisoriamente aceites sobre e sua configuração e funcionamento, é hoje, tal como no domínio mais consolidado e prestigiado das ciências físicas e da natureza, prática corrente entre cientistas sociais (Almeida e Pinto, *cit. in* Silva, Pinto, p.54).

III.1- Objectivo e hipóteses de estudo

III.1.1- Objectivo de estudo

Toda a investigação vai-se construindo através de perguntas de partida. É a partir desse momento que um estudo adquire as suas bases e o seu sentido com destino a uma meta pré – determinada (Quivy e Campenhoudt, 2003).

Para determinar o objectivo deste estudo, foi necessária, numa primeira parte teórica, definir os conceitos relativos à pobreza, à toxicodependência mas também ao VIH/SIDA, antes de poder especificar e aplicar à população escolhida para responder ao objecto de estudo. Este estudo passa pela utilização de uma amostra inserida nos utentes do Hospital de Joaquim Urbano (HJU), local onde foi desenvolvido o estágio académico.

Neste sentido, tentou-se estabelecer uma relação entre o meio envolvente desses utentes e as problemáticas desenvolvidas para tentar perceber as causas / consequências que possam existir entre as mesmas. Para este objectivo, começamos por fazer uma caracterização da população do HJU que será desenvolvida na parte empírica do presente trabalho. A questão será ver se a incidência de determinadas constantes denota uma relação entre o espaço/meio envolvente e o comportamento de toxicodependência, bem como este problema reflecte-se na organização do meio envolvente.

III.1.2- Hipóteses de estudo

Entre a teoria e a pesquisa empírica há um hiato, daí a necessidade da construção do conhecimento científico. A hipótese é formulada em relação à teoria e é comprovada, ou não, e testada no empírico. Poder-se-á considerar que, em grande medida, comanda a pesquisa, na medida em que nos ajuda na orientação da pesquisa, sem, no entanto, a condicionar totalmente.

No que respeita à relação e ligação entre o problema científico e as hipóteses pode considerar-se que as últimas constituem respostas prováveis e que serão confirmadas ou não ao longo da pesquisa. Portanto, as hipóteses constituem uma nova concretização do problema que é objecto da investigação. É uma nova forma de colocar o problema de uma maneira mais objectiva. Segundo Eduardo Garcia (1998, p.34), o papel da hipótese é conjecturar e sugerir respostas prováveis e provisórias do problema, suas supostas causas e soluções, possibilitando o teste dessas formulações.

Dessa forma, e após estudo teórico acerca da problemática escolhida foram estabelecidas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: As condições socio-económicas do meio envolvente influenciam o consumo de substâncias psicoactivas e potenciam comportamentos de risco.

Hipótese 2: Ser toxicodependente aumenta os riscos de ser infectado pelo VIH/SIDA.

III.2- Metodologia de pesquisa

Os instrumentos metodológicos não podem ser escolhidos independentemente das referências teóricas da investigação. Com efeito, o método de recolha de dados deve ser adaptado ao tipo de dados a investigar (Albarello, *et al.*, 1997).

III.2.1- A Pesquisa de Terreno

No que diz respeito às ciências sociais, como já vimos, uma das técnicas a mais utilizada consiste na pesquisa de terreno no sentido de ter um melhor conhecimento da realidade em questão. De facto após uma análise teórica é importância averiguar essa realidade comparando com a teoria recolhida. Segundo Firmino da Costa (*cit. in* Silva, Pinto, 2001), o método de pesquisa de terreno supõe a presença prolongada do investigador nos contextos sociais em estudo e um contacto directo com a comunidade envolvente. No que se refere ao presente estudo, o período de observação sucedeu ao longo do estágio académico que, como referido anteriormente, decorreu no Hospital de Joaquim Urbano, local onde foram aplicados os inquéritos.

No que diz respeito à técnica de recolha de informação é fundamental privilegiar a observação. Na pesquisa de terreno o investigador:

Observa os locais, os objectos e os símbolos, observa as pessoas, as actividades, os comportamentos, as interacções verbais, as maneiras de fazer, de estar e de dizer, observa as situações, os ritmos, os acontecimentos. Participa (...) no quotidiano desses contextos e dessas pessoas. Conversa com elas; por vezes entrevista-as mais formalmente. É frequente arranjar “informantes privilegiados”, interlocutores preferenciais com quem contacta mais intensamente ou de quem obtém inflamações (...) (Firmino da Costa, *cit. in* Silva, Pinto, 2001, p.132)

É frequente que às técnicas da pesquisa de terreno se associem outras técnicas tais como questionários, entrevistas, análises de estatísticas e de outros documentos. Essas técnicas permitem aprofundar a investigação e a comprovação do que o investigador pretende conhecer.

O instrumento escolhido foi o inquérito por questionário. O mesmo foi escolhido porque permite obter, de uma maneira sistemática e ordenada, informações sobre a problemática investigada e sobre as variáveis que sejam objecto de investigação.

III.2.2- O Inquérito por Questionário

O inquérito consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, uma amostra representativa de uma população (universo), uma série de perguntas relativas à problemática abordada.

O inquérito (...) é uma técnica de perguntar que teve a sua génese fora do âmbito sociológica de pesquisa. Sendo uma técnica de perguntar, é lógico que os seus múltiplos nascimentos tenham tido lugar no seio de instâncias interessadas em obter respostas imprescindíveis à prossecução de determinadas finalidades, geralmente de controlo, e com a possibilidade de se arrogarem da legitimidade para perguntar (Ferreira, 1999, *cit. in* Silva, Pinto, p.166).

Desta forma, o inquérito responde a três pressupostos que são os seguintes:

- Aplicar-se a unidades sociais. Todas as dimensões da estrutura social são apropriadas como características pessoais dos indivíduos. Os seus padrões de atitude e de comportamento são tratados de modo semelhante;
- As unidades inquiridas são tomadas como equivalentes, corresponde à quantificação dos dados;
- Os fenómenos sociais existem independentemente das relações sociais que os determinam, ou seja, os fenómenos sociais são considerados como algo exterior ao indivíduo que pode ser verbalizado.

Para a análise dos inquéritos é fundamental ter em mente de que as respostas obtidas a partir de um questionário devem ser tratadas de forma equivalente. Como desenvolve Ferreira (1999, *cit. in* Silva, Pinto), é uma exigência da operação de agregação daquelas respostas com a qual se espera alcançar a base de caracterização de vastos grupos sociais.

III.3 – Procedimentos de aplicação

Para a elaboração do presente estudo científico, e para um melhor conhecimento da problemática escolhida, optou-se pela metodologia quantitativa e qualitativa, nomeadamente a aplicação de inquéritos por questionário¹ e sua análise a utentes toxicod dependentes aleatoriamente seleccionados e de forma anónima para confirmação ou infirmação das hipóteses apresentadas anteriormente. Os inquéritos foram aplicados após explicação prévia aos utentes do objectivo e da finalidade dos mesmos.

A metodologia quantitativa procura determinar as características externas gerais de uma população baseando-se na observação de muitos casos individuais da mesma. É composta sobretudo pelo método de medida ou de análise extensiva e implica a observação através de perguntas directas ou indirectas a populações relativamente vastas, a fim de obter respostas susceptíveis de serem manipuladas mediante uma análise quantitativa (Albarello, 1997). Por sua vez, estas respostas podem ser analisadas e interpretadas, o que conforme uma metodologia qualitativa.

Visto não ter tido acesso a qualquer inquérito por questionário, ou escala já utilizada noutros estudos que se pudesse adequar ao objectivo de estudo, o questionário aplicado foi construído consoante o que é pretendido no presente estudo. Desta forma, o nosso inquérito é composto por cinco temáticas. A primeira visa uma caracterização sócio-demográfica dos utentes inquiridos para um melhor conhecimento das características dos mesmos, nomeadamente género, idade, habilitações literárias e situação profissional. Numa segunda parte, o inquérito procura averiguar a situação económica dos inquiridos procurando conhecer os rendimentos, o tipo de habitação na qual se encontram a residir. No seguimento desta ideia procura-se conhecer a situação de consumo dos inquiridos assim como o seu histórico. Procura-se ainda conhecer a situação de saúde dos utentes. Visto encontrarem-se internados num Hospital especializado em doença infecto-contagiosas surge a questão da possível infecção e de que maneira os mesmos possam ter ficado infectados. Finalmente, e por se tratar de um estudo relativo à conclusão da licenciatura de Serviço Social é relevante conhecer as solicitações que esta área profissional recebe por parte dos utentes e em que medida consegue dar resposta.

¹ Cf. Anexo A

III.3.1- Aplicação do inquérito por questionário

A administração dos inquéritos por questionário ocorreu no Hospital de Joaquim Urbano, no período de 01 de Novembro a 10 de Dezembro de 2005. Foram administrados indirectamente a 40 doentes internados no Pavilhão de Infeciologia, tendo-se obtido autorização prévia por parte do conselho de administração da referida instituição para a condução do estudo. O período concedido para a aplicação dos inquéritos foi inicialmente previsto para uma duração de 1 mês. No entanto, como não se conseguiu uma amostra significativa no período inicial, foi concedido um prazo extraordinário de 10 dias para a realização do estudo.

Foi previamente explicado a cada um dos inquiridos o objectivo do estudo, o anonimato e a confidencialidade da participação ao mesmo. O tempo médio para o preenchimento do instrumento foi de 20 minutos. Todavia, o inquiridor teve o cuidado de não se restringir à mera resposta dos inquiridos tentando criar uma certa empatia, fundamental para criar um clima de confiança na relação inquiridor-inquirido no intuito de obter uma maior sinceridade nas respostas.

O instrumento foi aplicado de forma indirecta, ou seja, o próprio inquiridor completou-o a partir das respostas fornecidas pelo inquirido (Foddy, 2002). O questionário foi aplicado com aprovação dos utentes enquanto os mesmos se encontravam internados.

III.4- Selecção e caracterização da amostra

III.4.1- Caracterização da população alvo

Para a elaboração do presente estudo a amostra escolhida inclui-se nos utentes toxicodependentes do Hospital de Joaquim Urbano, nomeadamente os que se encontram internados no Pavilhão de Infeciologia do mesmo, visto responderem aos critérios necessários para esse estudo, designadamente o facto de apresentar historial, actual ou não, de toxicodependência. Para tal, é fundamental efectuar uma caracterização prévia dessa população para uma melhor justificação dessa escolha.

A presente caracterização foi elaborada com base nas “Fichas de Informação Social”, realizada a partir de uma recolha/análise de dados que visou caracterizar a população consultada pelo serviço social do HJU no ano de 2004. Foram então consultados 377 processos relativos aos utentes internados no serviço de Infecçiology.

Para uma maior pertinência dentro da problemática escolhida irá-se focar as seguintes variáveis:

- Distribuição dos utentes por patologia

- Distribuição dos utentes por população de “sem-abrigo”

- Distribuição dos utentes por dependência de estupefacientes

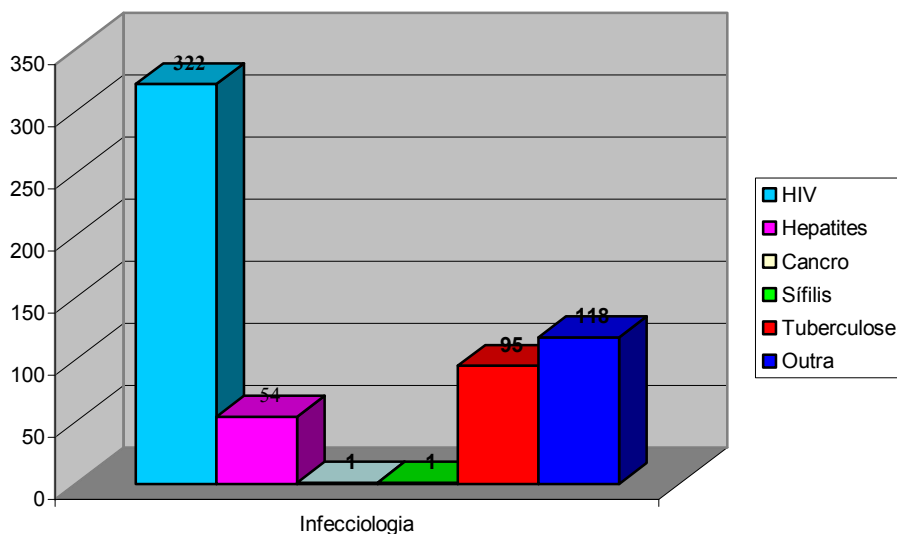
- Distribuição dos utentes por habilitação literária

- Distribuição dos utentes por actividade profissional

- Distribuição dos utentes por situação na profissão.

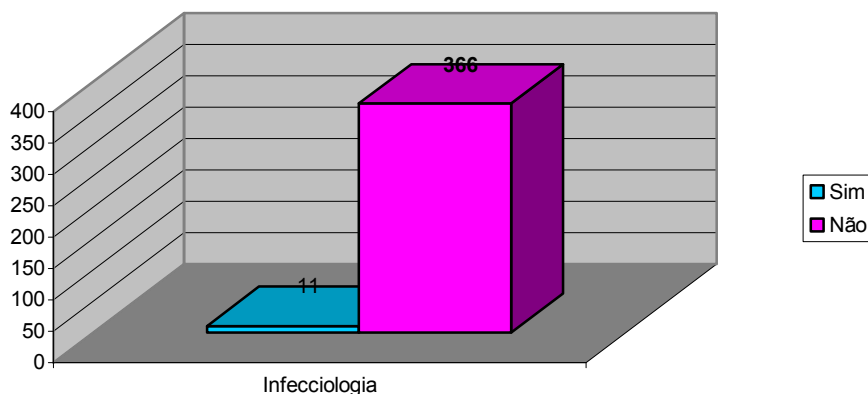
Desta forma, e após análise dos dados recolhidos por Excel, obtiveram-se os seguintes gráficos:

Gráfico 1:
Distribuição dos utentes por patologia



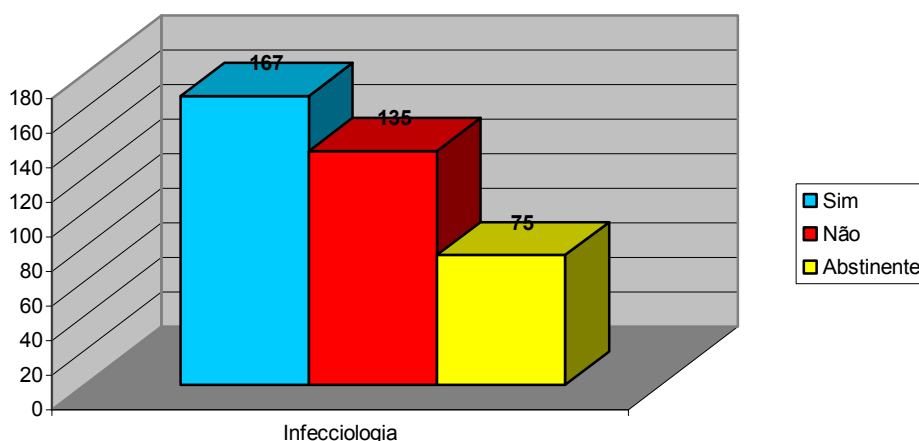
Observa-se que a grande maioria dos utentes que recorrem ao serviço de Infecçologia do HJU são portadores de VIH. As outras doenças que têm uma incidência relativamente significativa nos mesmos são a Tuberculose ou outras tais como Meningite, Malária. No entanto, é importante ter em mente de que, no caso dos portadores de VIH, um indivíduo pode ter mais de uma patologia, visto ter um sistema imunitário deficiente o que faz com que esteja mais exposto e mais fragilizado a doenças oportunistas.

Gráfico 2:
Distribuição dos utentes em situação de "sem-abrigo"



No que diz respeito à população que se encontrava em situação de “sem-abrigo”² verifica-se que em 377 utentes, 11 respondem a essa problemática. Apesar de não ser um número de caso significativo importa salientar de que demonstra que existe uma certa carência económica assim como uma exclusão social nos utentes do Hospital.

Gráfico 3:
Distribuição dos utentes por dependência de estupefacientes

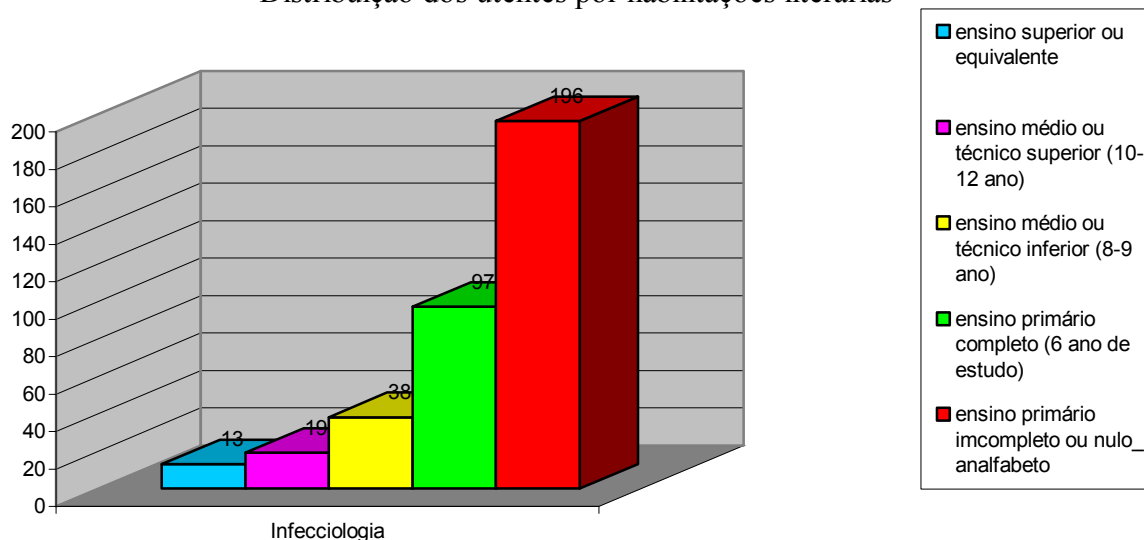


Verifica-se que em 377 utentes, 167 verbalizam ter problema com consumos de drogas. No entanto, temos de acrescentar os 75 que dizem ser abstinentes visto que para a elaboração

² Entende-se por “sem-abrigo” a condição de extrema pobreza que leva o indivíduo a não ter habitação. Incluem-se nos “sem-abrigo” os indivíduos que vivem em casas abandonadas.

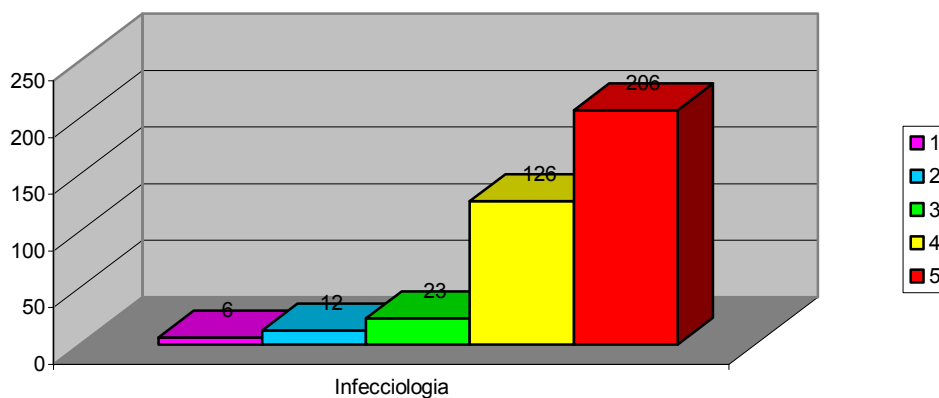
desse estudo não foi feita essa distinção. Desta forma, considera-se que mais de 50% dos utentes são toxicodependentes.

Gráfico 4:
Distribuição dos utentes por habilitações literárias



De acordo com o índice de Graffar³ foi feita a presente classificação. Desta forma, verifica-se no nosso estudo referido que uma grande parte dos utentes tem uma habilitação literária relativamente baixa, ou seja, 4º ano de escolaridade ou analfabeto.

Gráfico 5:
Distribuição dos utentes por actividade profissional



³ Cf. Anexo B

Legenda:

1 – Professores do ensino universitário, secundário ou primário. Técnico ou equivalente: executivos, directores de empresas, fábricas ou bancos; outros profissionais com cursos completos realizados em institutos superiores;

2 – Comerciantes, proprietários, chefes ou administradores de médias privadas ou públicas, funcionários com cargos de responsabilidade, encarregados de compras, locutores de rádio ou TV;

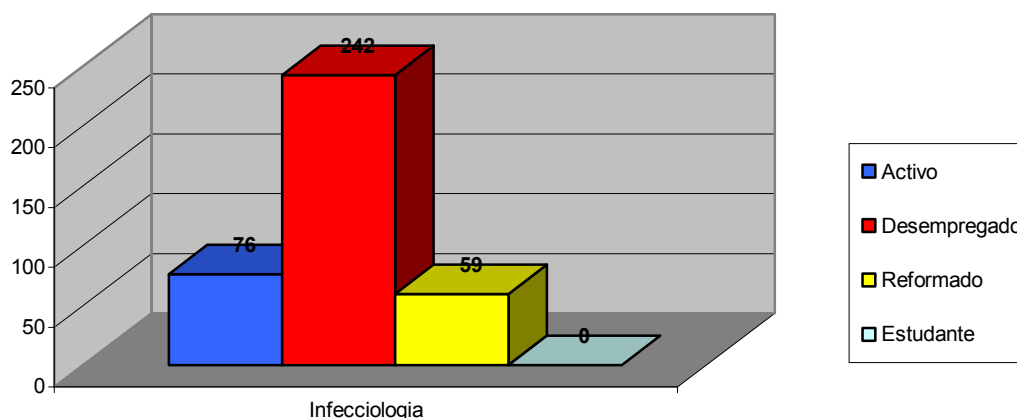
3 – Empregados e operários qualificados, com cursos ou estágios referentes ao seu trabalho: empregados públicos, administrativos, secretários, etc.;

4 – Operários semi-qualificados, empregados de comércio, telefonistas, costureiras, profissões sem estudo curricular especializado;

5 – Trabalhadores não qualificados, trabalhadores rurais, empregadas domésticas ou donas de casa que se chamam a si próprias domésticas.

No que se refere à situação dos utentes na actividade profissional verifica-se que a maior parte dos indivíduos tem uma profissão de categoria 5, ou seja, trabalho não qualificado, trabalho rural, doméstico. A segunda categoria que é mais frequente é a quarta, ou seja, os operários semi-qualificados, empregados de comércio

Gráfico 6:
Distribuição dos utentes por situação na profissão



Observa-se que mais da metade dos utentes do serviço de Infeciologia encontram-se, à data do levantamento dos dados sócio-demográficos, em situação de desemprego. Tal pode ser uma causa de carência económica ou até de desajustamento social.

III.4.2- Caracterização da amostra

Uma pesquisa social abrange um universo de elementos relativamente elevado que se torna praticamente impossível considerá-los na sua totalidade. Aí surge a amostra, ou seja, uma pequena parte dos elementos que compõem o universo, o que vem facilitar o trabalho dos pesquisadores e, ao mesmo tempo, não lhe tira legitimidade (Gil, 1989).

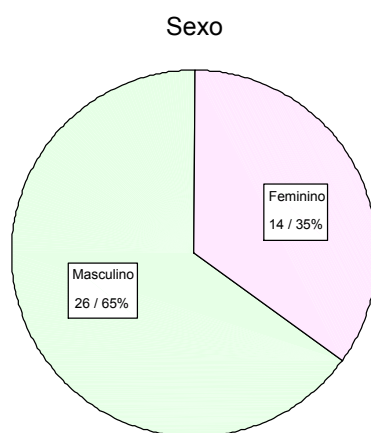
A população do presente estudo é composto pelo conjunto dos utentes de Infeciologia do Hospital de Joaquim Urbano, tendo em conta que, no decorrer do ano de 2004, 377 indivíduos recorreram a este serviço. Como foi previamente referido, a amostra foi limitada a 40 indivíduos.

O tipo de amostra utilizado no presente estudo é a amostra por acessibilidade, sendo esta a amostra autorizada pela instituição.

Constitui o menos rigoroso de todos os tipos de amostragem. Por isso mesmo é destituída de qualquer rigor estatístico. O pesquisador selecciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo (Gil, 1989, p.97)

De forma a conhecer os inquiridos realizou-se uma caracterização sócio-demográfica que está definida pelas variáveis independentes: sexo, idade, estado civil e habilitações literárias.

Gráfico 7: Distribuição dos inquiridos por género



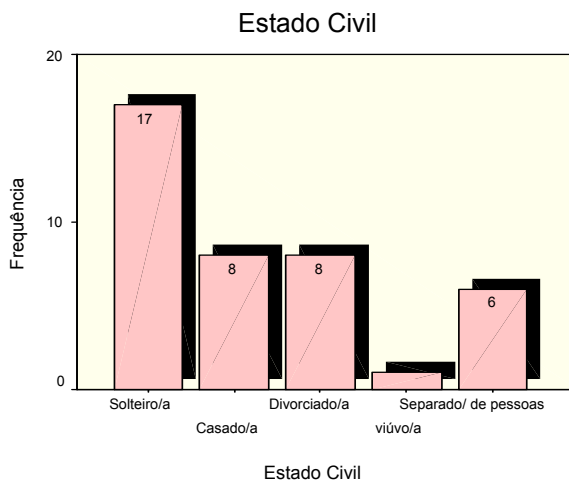
Dos 40 inquiridos, pode-se constatar que 65% (26 dos inquiridos) são do sexo masculino e 35% (14 dos inquiridos) são do género feminino.

Tabela 1: Média de idade dos inquiridos

Idade					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	40	22	60	38,42	9,484

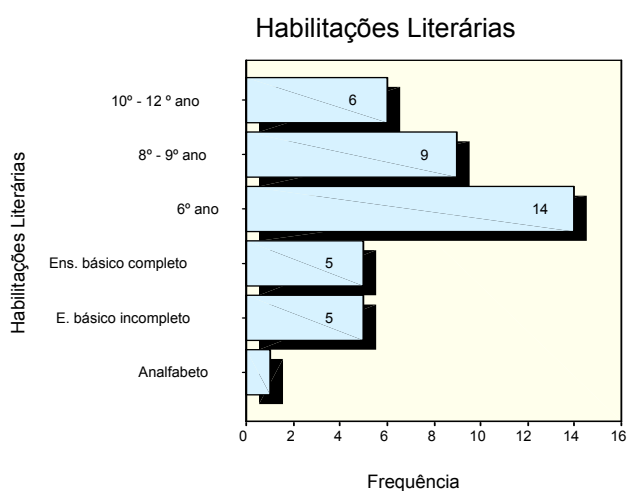
A presente tabela demonstra que a média de idade do conjunto dos inquiridos é de 38 anos estando estas compreendidas entre os 22 e os 60 anos de idade.

Gráfico 8: Distribuição dos inquiridos por estado civil



Dos 40 indagados pode-se observar que 42,5% (17 inquiridos) são solteiros, o que corresponde à fasquia mais representativa da amostra. Por sua vez, observa-se uma proporção igual no que diz respeito aos casados e aos divorciados, que correspondem a 20% (8 inquiridos em cada categoria). 15% (6 inquiridos) responderam encontrar-se em separação de pessoas e bens. Somente 1 inquirido (2,5%) afirmou ser viúvo.

Gráfico 9: Distribuição dos inquiridos por habilitações literárias

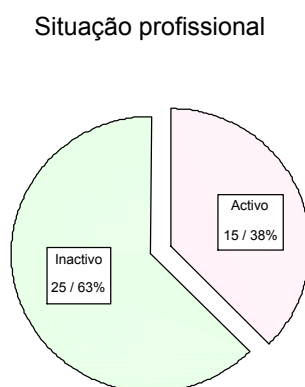


No que refere às habilitações literárias, observa-se que 35% (14 inquiridos) possui o 6º ano de escolaridade. A segunda proporção mais significativa corresponde aos inquiridos que

responderam ter o 8º-9º ano, ou seja, 22,5% (9 inquiridos). No que diz respeito ao ensino secundário 15% (6 inquiridos) respondeu ter frequentado e/ou concluído o mesmo. Por sua vez, 12,5% (5 inquiridos) tem respectivamente o ensino básico completo e 12,5% o incompleto. Somente 1 inquirido (2,5%) respondeu ser analfabeto. Salienta-se o facto de não haver ninguém com o ensino superior.

Ao contrapor com os resultados obtidos na caracterização da população do Hospital de Joaquim Urbano (gráfico 4) nota-se que existe, na amostra, uma maior predominância nos utentes que completaram o 6º ano de escolaridade ao invés do universo que apresenta maior destaque no ensino primário incompleto ou nulo.

Gráfico 10: Distribuição dos inquiridos por situação profissional



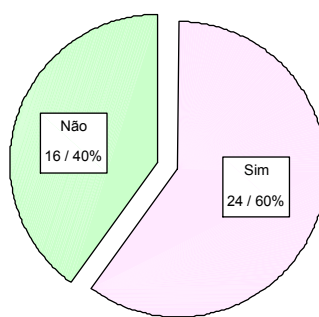
No que diz respeito à situação profissional dos inquiridos, verifica-se que 63% (25 inquiridos) encontra-se inactivo, ou seja, sem exercer qualquer actividade profissional. Dos 38% (15 inquiridos) que responderam ser activos, 10 inquiridos correspondem à categoria 4 do índice de Graffar, ou seja, operários especializados. Sempre de acordo com o referido índice, 4 inquiridos correspondem à categoria 5, nomeadamente trabalhadores manuais não especializados, e finalmente 1 inquiridos à categoria 3, relativa a ajudantes técnicos.

Essas respostas mais específicas, relativamente à profissão exercida, foram possíveis visto existir no inquérito uma pergunta de resposta aberta que permita a análise desses dados. Desta forma analisou-se, inquérito por inquérito, qual é a profissão exercida no momento.

Denota-se que a população inactiva é superior à população activa, tal como se verifica no gráfico 6, caracterizando o universo de estudo. No que diz respeito à distribuição da amostra por actividade profissional, existe uma certa semelhança com a caracterização do universo. A população que recorre aos serviços do Hospital corresponde maioritariamente às categorias 4 e 5, com uma maior predominância da 5. Por sua vez, a amostra também responde a essa característica mas com uma predominância da categoria 4.

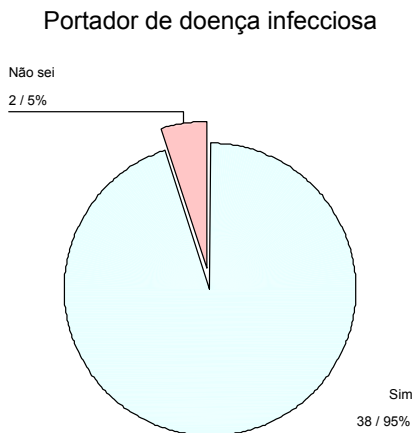
Gráfico 11: Distribuição dos inquiridos por consumo actual de substâncias psicoactivas

Consumo actual de substâncias psicoactivas



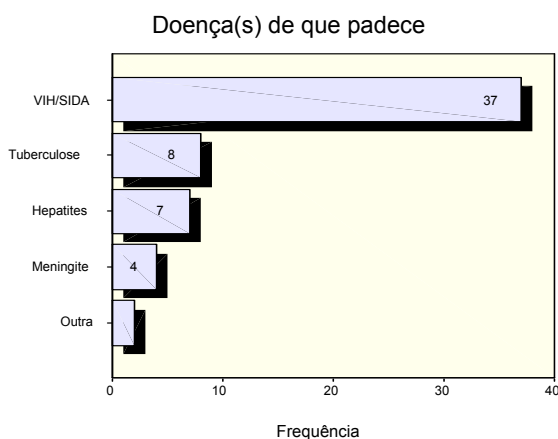
No que concerne à amostra, 60% (24 inquiridos) verbaliza consumir actualmente substâncias psicoactivas. Por sua vez, 40% (16 inquiridos) declara que não consomem actualmente mas que já consumiram. Todavia existe uma maior parte dos utentes que continuam a consumir substâncias psicoactivas.

Gráfico 12: Distribuição dos inquiridos por infecção de doença infecciosa



Dos 40 inquiridos, 95% (38 inquiridos) afirma ser portadores de doença infecciosa; 2 inquiridos (5%) referem que não tem conhecimento se de momento se encontram infectado ou não.

Gráfico 13: Distribuição dos inquiridos por doença(s) de que padecem



Dos 38 elementos que afirmam ser portadores de doença infecciosa, 37 verbalizam serem portadores de VIH/SIDA. Por outro lado, alguns utentes são simultaneamente portadores de

doenças oportunistas tais como tuberculose (8 inquiridos), hepatites (7 inquiridos), meningites (4 inquiridos), outras (1 inquirido)⁴.

Encontra-se novamente semelhanças com o gráfico 1, correspondendo ao universo de estudo. De facto temos uma grande preponderância de utentes portadores de VIH/SIDA. Em ambos os casos, mais de metade da população em questão é portador da doença, bem como apresentam outras doenças infecciosas associadas a esta patologia.

⁴ O referido inquirido não quis especificar a doença de que padece.

CAPITULO IV- EXPOSIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para proceder ao tratamento estatístico dos dados utilizou-se o programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na sua versão 13.0. O SPSS é uma ferramenta informática que permite realizar cálculos estatísticos complexos (Pereira, 2002).

No presente caso recorreu-se, para a validação ou não das hipóteses, ao cruzamento das variáveis, bem como à utilização de um teste não paramétrico, nomeadamente o teste de independência do Qui-Quadrado⁵. A escolha deste tipo de teste deve-se a vários factores: não necessitam de requisitos tão fortes como os dos testes paramétricos, sendo indicado para variáveis não quantitativas. Os mesmos são úteis em situações em que as amostras são pequenas, como é o presente caso e onde a normalidade da amostra não é um requisito importante. “O teste de independência do Qui-Quadrado permite averiguar se duas variáveis estão relacionadas” (Pereira, 2002, p.181). Deste modo pretende-se verificar se existe uma associação entre as variáveis estudadas.

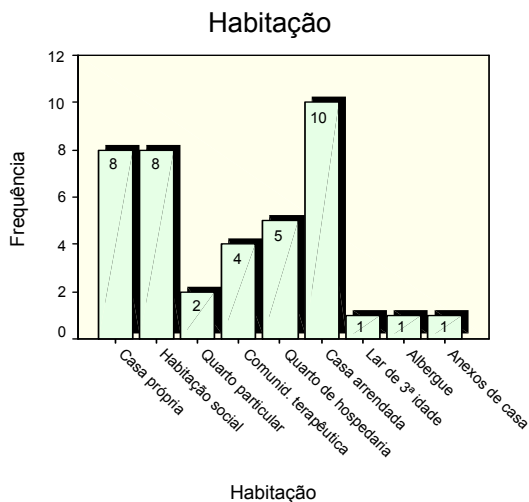
Antes de apresentar os dados referentes às hipóteses em estudo, é importante expor os resultados gerais que se alcançaram com o questionário.

IV.1- Resultados descritivos

Após análise dos resultados obtidos através da aplicação dos inquéritos, verificou-se o conjunto das respostas aos diversos itens apresentados no instrumento aplicado.

⁵ O teste do Qui-Quadrado estuda a relação entre duas variáveis nominais (Pestana e Gageiro, 2000).

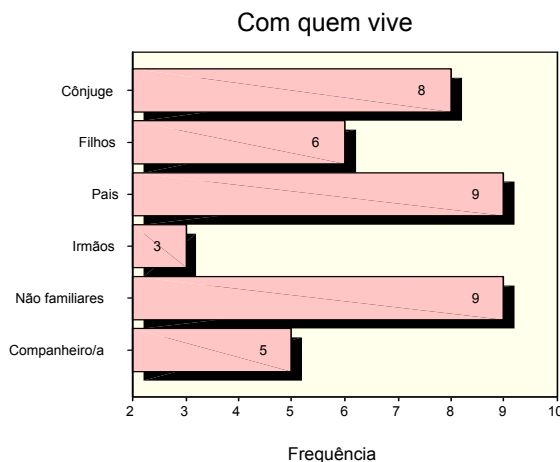
Gráfico 14: Distribuição dos inquiridos por tipo de habitação



No que refere ao tipo de habitação no qual os inquiridos se encontram, podemos constatar que a amostra está repartida entre a casa arrendada com 25% (10 inquiridos) e entre casa própria e habitação social com 20% (8 inquiridos) cada. De seguida encontra-se o quarto de hospedaria representado por 12,5% (5 inquiridos) e a comunidade terapêutica, representada por 10% (4 inquiridos). Observa-se também que somente 5% (2 inquiridos) se encontram a viver em quarto particular e que 2,5% (1 inquirido) vive em lar de terceira idade, albergue e anexos de casa.

É importante salientar que após análise aprofundada dos inquiridos notou-se que a totalidade dos inquiridos que responderam viver em casa própria se encontram a partilhar o mesmo espaço com os pais e, por vezes, com outros familiares.

Gráfico 15: Distribuição dos inquiridos por coabitação



Relativamente a este gráfico é indispensável indicar que cada inquirido pode ter respondido “sim” a mais do que uma categoria. Observa-se que os inquiridos vivem mais frequentemente com os pais (9 inquiridos) e com não familiares (9 inquiridos). Também se pode constatar que 8 inquiridos vivem com os cônjuges e 5 com o companheiro/a. No entanto, existe uma categoria que não foi contemplada no inquérito e que 13 dos inquiridos responderam, nomeadamente o facto de não viverem com ninguém⁶.

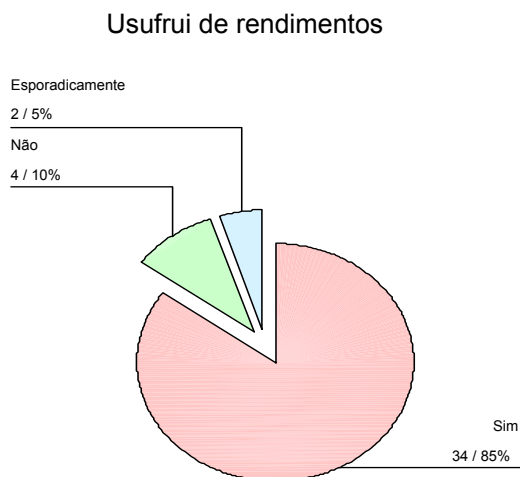
Gráfico 16: Distribuição dos inquiridos por partilha das despesas com o agregado familiar



⁶ Essa falha deve-se ao facto de, no decorrer do teste ao inquérito por questionário, não ter ocorrido a referida resposta pelo que não foi contemplada pelo inquiridor no inquérito final.

No que diz respeito à partilha das despesas, nota-se que 70% (19 inquiridos) refere que quem vive consigo colabora nas despesas. Os que não têm colaboração nas despesas representa 15% (4 inquiridos) assim como 15% (4 inquiridos) referem que a mesma é esporádica.

Gráfico 17: Distribuição dos inquiridos por existência de rendimento



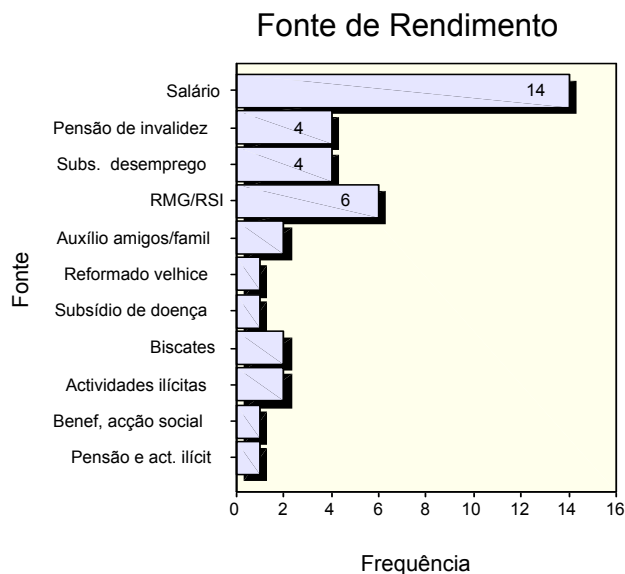
No presente gráfico podemos observar que 85% (34 inquiridos) usufrui de rendimento. Por sua vez, 10% (4 inquiridos) refere não ter qualquer rendimento e 5% (2 inquiridos) menciona receber esporadicamente, o que pode depender de possíveis ajudas sociais ou de actividades pontuais.

Gráfico 18: Distribuição dos inquiridos por compatibilidade com as necessidades básicas



O presente gráfico pretende averiguar se, no ponto de vista dos inquiridos, é sentida dificuldade para a satisfação das necessidades básicas. Como se pode constatar no gráfico, 64% (23 inquirido) verbaliza que os rendimentos do agregado familiar, ou seus, são compatíveis com as despesas do mesmo. Por sua vez 33% (12 inquiridos) declara que os mesmos rendimentos são incompatíveis com as despesas apresentadas. Somente 3% (1 inquirido) diz que os seus rendimentos são superiores às despesas.

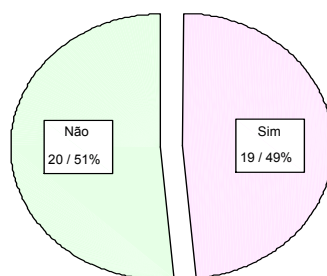
Gráfico 19: Distribuição dos inquiridos por fonte de rendimento



No que diz respeito à fonte de rendimento da qual usufrui a amostra é significativa, na medida em que 35% (14 inquiridos) recebe salário de actividade laboral. De seguida encontra-se 15% (6 inquiridos) que recebe o RSI (Rendimento Social de Inserção) antes designado por RMG (Rendimento Mínimo Garantido). Relativamente à amostra, observa-se que 10% (4 inquiridos) usufrui de pensão de invalidez e outros 10% (4 inquiridos) do subsídio de desemprego. Por final, 12 inquiridos encontram-se repartidos entre as restantes respostas possíveis referentes a outros subsídios ou actividades laborais esporádicas tais como biscates.

Gráfico 20: Distribuição dos inquiridos por dificuldade em conseguir emprego

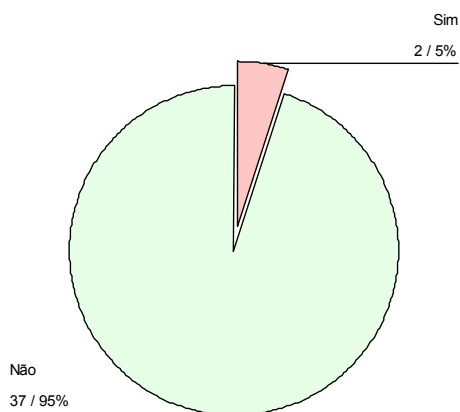
Dificuldades em conseguir emprego



No que refere à dificuldade em conseguir emprego, as respostas estão distribuídas de forma equitativa. Pois 51% (20 inquiridos) responde que não tem dificuldade ao invés de 49% (19 inquiridos) que declara ter dificuldade.

Gráfico 21: Distribuição dos inquiridos por possível obstáculos da falta de qualificações académicas

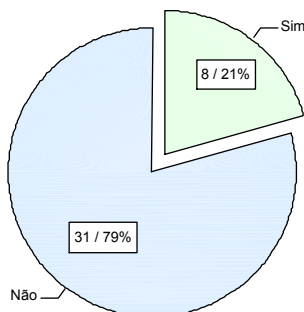
falta de qualificações académicas são obstáculo



Sempre relativamente à dificuldade em conseguir um emprego, 95% (37 inquiridos) consideram que o facto de não terem qualificações académicas não é um obstáculo para a obtenção de um emprego, ao invés de 5% (2 inquiridos) que consideram que sim.

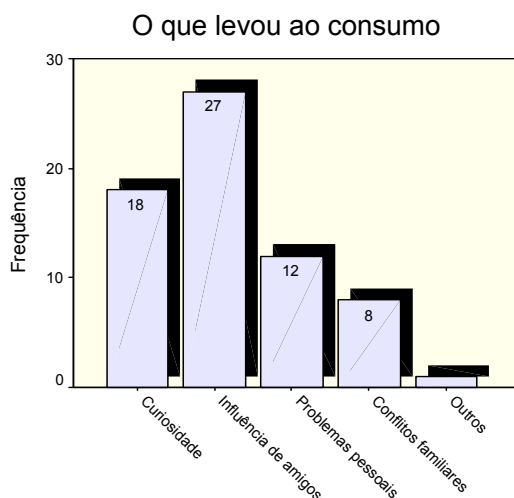
Gráfico 22: Distribuição dos inquiridos por inscrição no Centro de Emprego

Inscrição no Centro de Emprego



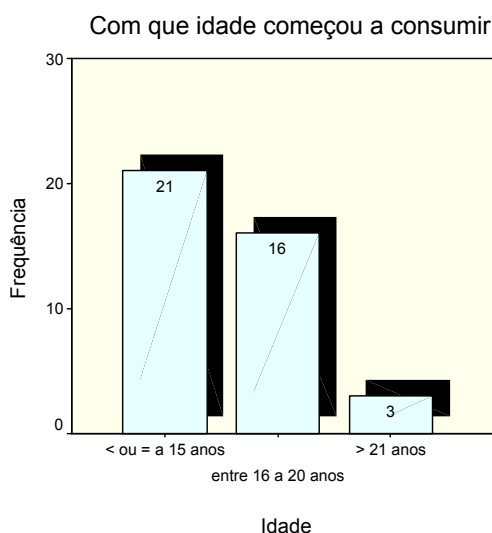
Relativamente à amostra, 79% (31 inquirido) não se encontram inscritos num Centro de Emprego. Por sua vez 21% (8 inquiridos) dizem estar inscritos. Desses 31 inquiridos, 15 justificaram que eram activos no momento, pelo que não necessitavam de estar inscritos no Centro de Emprego. 6 inquiridos responderam que não era necessário visto ninguém lhes querer dar emprego devido ao seu estado de saúde. O restante verbaliza que se encontra em tratamento ou que já usufrui de pensão de invalidez pelo que não pode trabalhar de momento.

Gráfico 23: Distribuição dos inquiridos por motivos do início do consumo



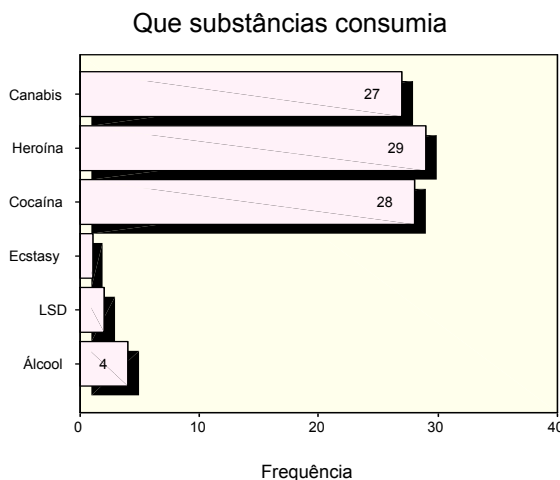
No que diz respeito às causas do início do consumo é notável que mais da metade dos inquiridos (27 inquiridos) refere que iniciou o consumo de estupefacientes devido à influência de amigos. Verifica-se que a curiosidade prevalece em quase metade dos inquiridos (18 inquiridos). Os problemas pessoais foram referidos por 12 inquiridos e os conflitos familiares por 8 inquiridos. A resposta “outro” foi escolhida por 1 inquirido, que referiu que simplesmente teve acesso à droga de forma casual. É importante assinalar que tanto a resposta “problemas económicos”, como “problemas profissionais” não foram mencionados pelos inquiridos.

Gráfico 24: Distribuição dos inquiridos por idade do início do consumo



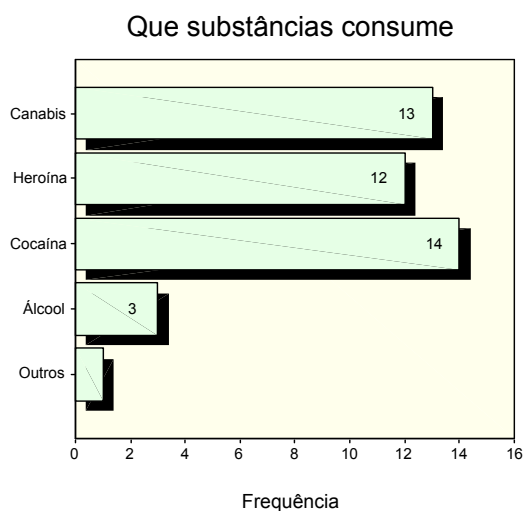
Pode se observar que 52,5% (21 inquiridos) iniciou o consumo de estupefacientes antes dos 15 anos de idade, ou seja, no período da adolescência, tal como é definido por Papalia (1999). Sempre dentro desse período nota-se que 40% (18 inquiridos) iniciou entre os 16 e os 20 anos de idade. Por sua vez, somente 7,5% (3 inquiridos) verbaliza ter começado a consumir substâncias psicoactivas após os 21 anos.

Gráfico 25: Distribuição dos inquiridos por substâncias que consumiam



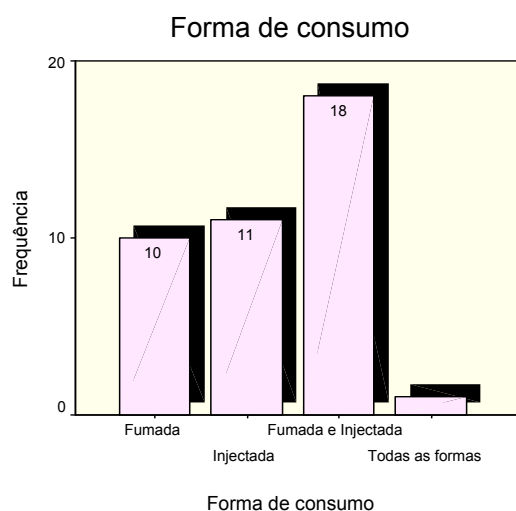
Observa-se que as substâncias mais consumidas são as drogas ditas duras, nomeadamente a heroína (29 inquiridos) e a cocaína (28 inquiridos). O canabis também sobressai como uma das substâncias mais consumidas (27 inquiridos). É fundamental salientar que neste item, tal como no item seguinte, os inquiridos podiam ter escolhido mais de uma substância. Esse gráfico contempla as substâncias que a totalidade dos utentes já consumiu.

Gráfico 26: Distribuição dos inquiridos por substâncias que consomem



Comparativamente com o gráfico anterior, o presente demonstra unicamente as substâncias dos que verbalizaram ser actuais consumidores. No entanto observa-se que as substâncias mais consumidas são a cocaína (14 inquiridos), o cannabis (13 inquiridos) e a heroína (12 inquiridos). Este último sofre algum recuo na preferência dos inquiridos. Observa-se também uma subida do álcool, ou seja, os utentes começaram a consumir álcool em excesso após terem iniciado consumo de estupefacientes.

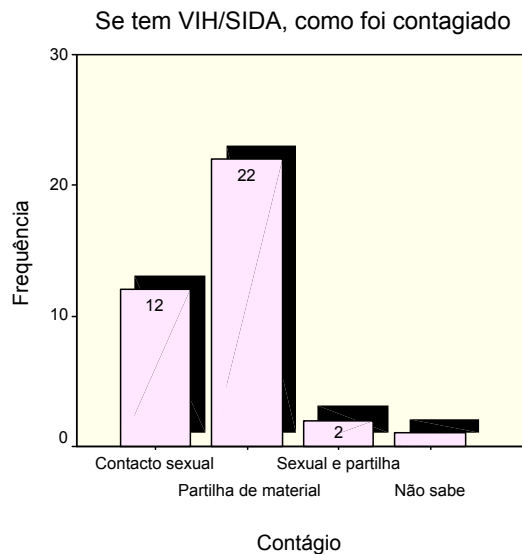
Gráfico 27: Distribuição dos inquiridos por forma de consumo



No que se refere à forma de consumo verifica-se que existe uma grande proporção que consome de duas formas em simultâneo, 45% (18 inquiridos) diz consumir de forma fumada e injectável. 27,5% (11 inquiridos) dizem consumir somente de forma injectada e 25% (10 inquiridos) de forma fumada. Todas as formas de consumo foram referidas por 2,5% (1 inquirido).

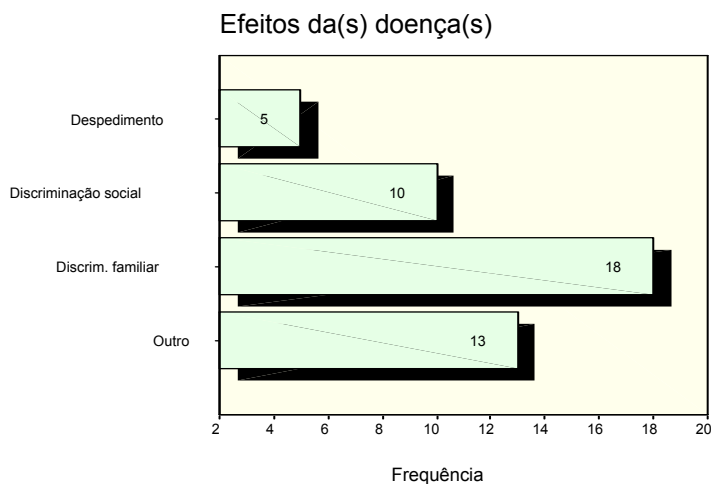
A toxicodependência é uma problemática que acarreta uma variedade de temáticas subjacentes. Uma das mais associadas é o problema das infecções que lhe possam ser consequentes, tais como a infecção do VIH/SIDA através da partilha de material.

Gráfico 28: Distribuição dos inquiridos por forma de contágio pelo VIH/SIDA



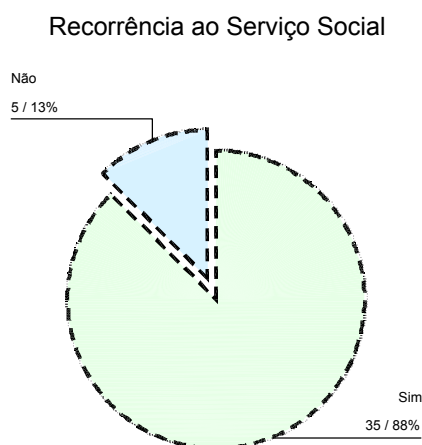
Relativamente à forma como os portadores de VIH/SIDA foram infectados, 55% (22 inquiridos) responde ter sido por partilha de material cortável ou injectável. 5% (2 inquiridos) não sabem afirmar se o contágio ocorreu devido a essa mesma partilha ou por contacto sexual. De seguida, 30% (12 inquiridos) declara ter sido infectado por via sexual. Somente 1 inquirido (2,5%) verbaliza não saber o modo de transmissão.

Gráfico 29: Distribuição dos inquiridos por efeitos sentidos por ser infectado



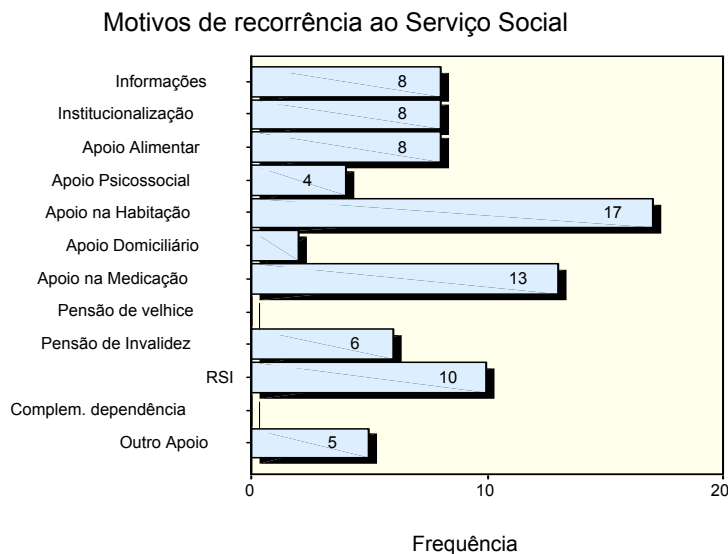
No presente gráfico é notável que a discriminação familiar é o efeito mais sentido pelos doentes portadores de VIH/SIDA (18 inquiridos). Todavia, o item “outro” vem contrapor com o resultado anterior. De facto a esta pergunta apresentava-se a possibilidade de fornecer uma resposta aberta especificando, desta forma, o efeito sentido pelo utente. Os 13 inquiridos que responderam “outro” verbalizaram que não sentiram qualquer diferença visto que somente as pessoas que lhes são mais chegadas, nomeadamente familiares e companheiros/cônjuges, tinham conhecimento da doença. Neste caso, os inquiridos responderam que não sentiram qualquer discriminação ou afastamento por parte dos mesmos. No entanto, discriminação social continua a ser sentida pelos utentes (10 inquiridos). Por sua vez, 5 inquiridos declaram terem sido despedidos devido a serem portadores de doença infecciosa.

Gráfico 30: Distribuição dos inquiridos por solicitação do Serviço Social



No presente gráfico depara-se com o facto de 88% (35 inquiridos) já ter recorrido ao Serviço Social. De acordo com a definição da profissão pelo Código Deontológico Internacional dos Assistentes Sociais (*cit. in AIDSS, 1994*), o Serviço Social procura conhecer as causas dos problemas sociais, promover o bem-estar, o auto-conhecimento e a valorização dos indivíduos com vista à detecção das necessidades humanas e sociais decorrentes da interacção indivíduo-sociedade. Os motivos dessa solicitação encontram-se expostos no gráfico seguinte.

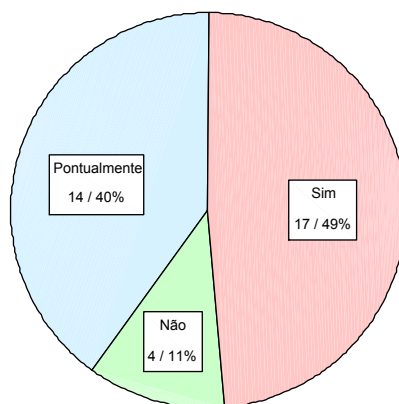
Gráfico 31: Distribuição dos inquiridos por motivos de recorrência ao Serviço Social



Dos 88% dos inquiridos que recorreram ao Serviço Social, independentemente de ser o do Hospital de Joaquim Urbano ou não. A maior frequência de pedidos de apoio por parte do Serviço Social é observada na área da habitação (17 inquiridos) e da medicação (13 inquiridos). O Rendimento Social de Inserção foi solicitado por 10 dos inquiridos. A recorrência ao Serviço Social devido a informações, institucionalização ou pedido de apoio alimentar foi requerido pelo mesmo número de indivíduo (8 inquiridos). A pensão de invalidez foi pedida por 6 inquiridos, por sua vez a pensão social de invalidez não foi mencionada. O item “outros apoios” refere-se a pedidos de apoio pontuais, requeridos por 5 inquiridos. O apoio psicossocial, apesar de exercido com a totalidade dos utentes internados, foi solicitado mais especificamente por 4 inquiridos.

Gráfico 32: Resolução da situação-problema por parte do Serviço Social

O recurso ao S. Social melhorou a sua situação



Por final, averiguou-se a eficácia do Serviço Social na resposta às dificuldades, ou situações-problema, sentidas pelos utentes. 49% (17 inquiridos) respondeu que o Serviço Social conseguiu dar resposta às dificuldades sentidas, 40% (14 inquiridos) foi apoiado pontualmente e 11% (4 inquiridos) declarou que o Serviço Social não conseguiu resolver a situação-problema.

IV.2- Verificação das hipóteses

No decorrer do presente estudo foram focadas três problemáticas essenciais, nomeadamente a pobreza, na sua vertente da exclusão social, a toxicodependência e o VIH/SIDA. Estas problemáticas foram desenvolvidas porque estão intimamente interligadas no campo de trabalho que tivemos ao longo do nosso estágio, a partir do qual realizamos a presente monografia

Após a exposição dos dados relativos à pesquisa teórica nos diferentes âmbitos abordados, é importante contrapor com os dados recolhidos na aplicação da metodologia escolhida, neste caso o inquérito por questionário. Pretende-se assim apresentar os resultados obtidos através da aplicação dos inquéritos por questionário, bem como as respectivas conclusões. Estas serão realizadas tendo por base o estado da questão a partir da bibliografia consultada, confrontado com os dados recolhidos no nosso próprio trabalho, depois de analisados.

É com este propósito que se cruzam variáveis e que se recorre ao teste Qui-Quadrado para tratar as variáveis que vão directamente ao encontro das hipóteses de estudo. Verifica-se uma dependência entre as variáveis quando, no resultado do teste de Qui-Quadrado, o valor de p é igual ou inferior a 0,05. Quando tal sucede, rejeita-se a H_0 ⁷ e aceita-se a alternativa.

IV.2.1- Hipótese 1

Sendo a primeira hipótese avançada - as condições socio-económicas do meio envolvente influenciam o consumo de substâncias psicoactivas e potenciam comportamentos de risco- as variáveis relevantes para a presente análise são as que se relacionam com as razões que levam ao consumo de substâncias psicoactivas, bem como as variáveis da habitação, da idade do início do consumo, assim como as variáveis ligadas à situação económica dos inquiridos, nomeadamente a situação profissional, a fonte de rendimento entre outras.

Verifica-se então que relativamente às variáveis situação profissional e consumo actual de substâncias psicoactivas⁸ que 60% da amostra total (24 sujeitos) dos inquiridos consomem substâncias psicoactivas, sendo que 13 dos quais não exercem qualquer actividade profissional. Da mesma forma, constatou-se através do teste do Qui-Quadrado que estas variáveis não têm associação ($p= 0,182$). Através do valor de p verifica-se que não se pode rejeitar a H_0 que afirma a independência das variáveis. Assim, conclui-se que as variáveis são independentes, ou seja, o consumo de substâncias psicoactivas não se encontra relacionado com a situação profissional.

No que concerne aos diferentes tipos de residência⁹, destaca-se o facto de a maioria de consumidores de substâncias psicoactivas habitarem em casa arrendada (8 sujeitos) seguido da habitação social (6 sujeitos) e casa própria (4 sujeitos). Estando os restantes 6 sujeitos distribuídos pelas restantes categorias. Através do teste do Qui-Quadrado, verifica-se que a variável habitação não está directamente dependente do consumo actual de substâncias psicoactivas ($p= 0,382$).

⁷ Considera-se H_0 = as variáveis x e y são independentes e a alternativa H_1 = as variáveis x e y são dependentes.

⁸ Cf. Anexo C

⁹ Cf. Anexo D

Relativamente às variáveis fonte de rendimento e consumo actual de substâncias psicoactivas¹⁰, conclui-se que os inquiridos que consomem substâncias psicoactivas actualmente estão, maioritariamente, a usufruir de um salário (10 inquiridos). Contudo, 8 sujeitos consumidores apresentam como fonte de rendimento pensões / subsídios sociais dependendo da situação apresentada. Os restantes 4 sujeitos sustentam-se através de rendimentos esporádicos tais como os biscates. O teste de Qui-Quadrado comprava que não há qualquer relação de dependência entre as variáveis analisadas ($p= 0,383$).

De forma a analisar a segunda parte da hipótese, relacionada com o meio ambiente, dos inquiridos, far-se-á referência aos motivos que terão proporcionado o início do consumo de substâncias psicoactivas assim como a idade do mesmo. Partindo do aspecto relacionado com a curiosidade ou espírito de aventura¹¹, 13 sujeitos afirmam ter iniciado o consumo de substâncias psicoactivas pelo motivo apresentado antes, ou com, a idade de 15 anos. Constatase através da aplicação do teste do Qui-Quadrado que existe dependência entre as variáveis curiosidade e espírito de aventura e idade de consumo ($p= 0, 047$). Através do valor de p verifica-se que se pode rejeitar a H_0 que afirma a dependência das variáveis. Esta dependência entre variáveis é também verificada na relação entre conflitos familiares¹² e a idade do início do consumo ($p=0,04$).

Tendo em conta a influencia dos amigos / familiares¹³ conclui-se que 27 inquiridos admitem terem iniciado consumo de estupefacientes por este motivo, sendo que 17 dos quais iniciaram o mesmo consumo com idade igual ou inferior a 15 anos. O teste do Qui-Quadrado mostra que existe independência entre as referidas variáveis ($p= 0,119$). Outro dos motivos focados pelos indivíduos respeita aos problemas pessoais¹⁴ que cada um vive, sendo que 28 dos inquiridos admitem não ter iniciado o consumo por este motivo. Desta forma, o teste do Qui-Quadrado apresenta uma independência das variáveis ($p= 0,853$). Finalmente 39 sujeitos não apontam outros motivos¹⁵, além dos já apresentados, como razão pela qual iniciaram o consumo de estupefacientes. Do mesmo modo, o teste do Qui-Quadrado não comprava qualquer dependência entre estas variáveis ($p= 0,463$).

¹⁰ Cf. Anexo E

¹¹ Cf. Anexo F

¹² Cf. Anexo G

¹³ Cf. Anexo H

¹⁴ Cf. Anexo I

¹⁵ Cf. Anexo J

Por fim, analisar-se-á o último aspecto relacionado com a hipótese 1 o qual foca os comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoactivas. Considerando as variáveis forma de consumo e portador de doença infecciosa¹⁶, verifica-se que 30 inquiridos são portadores de doença infecciosa e ao mesmo tempo utilizam como forma de consumo a droga injectada. No entanto, apesar dos valores apresentados não se encontra qualquer tipo de dependência entre as variáveis forma de consumo e portador de doença infecciosa, uma vez que o valor do teste do Qui-Quadrado é de $p= 0,097$.

Após análise detalhada das variáveis consideradas pertinentes para a verificação da primeira hipótese, conclui-se que a mesma é infirmada, uma vez que não existe relação de dependência entre as variáveis observadas através do teste de Qui-Quadrado.

No entanto não nos podemos esquecer, para verificação da presente hipótese, que a curiosidade que o indivíduo desenvolve acerca das drogas é acrescida se o mesmo tiver acesso a essa substância e se os grupos de influência evoluírem neste meio, espaço de socialização, ou seja, o indivíduo terá uma exposição acrescida quanto à experiência do consumo de substâncias psicoactivas. Desta forma, o meio envolvente, que em alguns casos podemos com Fernandes (1997) chamar de espaços psicotrópicos, é um dos maiores impulsionadores quanto ao consumo de substâncias psicoactivas. A nossa investigação procurava saber da consciência que o toxicodependente tinha sobre a causa de início do seu consumo da droga, o que não significa que ela seja a mesma daquela que, efectivamente, foi mais decisiva, dado que os motivos pelos quais o indivíduo inicia essa actividade de consumo, apesar de serem variadas, podem-se encontrar interligados.

Todavia o resultado estatístico demonstra que não existe uma relação directa entre as condições socio-económicas do meio visto não se verificar que o facto de residir em meio mais carenciado influencia o consumo de substâncias psicoactivas. Desta forma, a primeira hipótese é infirmada.

¹⁶ Cf. Anexo K

IV.2.2- Hipótese 2

Na hipótese avançada - ser toxicod dependente aumenta os riscos de ser infectado pelo VIH/SIDA - as variáveis relevantes para a verificação da mesma são a forma de consumo de estupefacientes, a maneira como o indivíduo foi infectado¹⁷. Deste modo, verifica-se que 24 inquiridos foram contagiados com VIH/SIDA pela partilha de material injectável. Será relevante salientar que o contacto sexual surge como segundo facto de risco. Neste seguimento, a aplicação do teste do Qui-Quadrado comprova a dependência das referidas variáveis ($p= 0,002$), ou seja, as diferentes formas de consumo estão directamente relacionadas com o contágio do VIH/SIDA para os vários indivíduos.

Perante a análise destes factos considera-se que a hipótese 2 é confirmada.

IV.3- Discussão dos resultados

Tendo por base os objectivos propostos e as hipóteses construídas que serviram de orientação à presente investigação obteve-se um conjunto de resultados que foram parcialmente de encontro à bibliografia consultada. No início da investigação partiu-se do pressuposto de que iria existir uma relação entre as variáveis, a qual iria ser testada através da aplicação dos inquéritos a utentes toxicod dependentes. Uma análise mais profunda de cada um dos pontos focados no estudo empírico-metodológico permitiria adquirir uma visão mais alargada acerca dos factos que envolvem a problemática referida. Contudo, através da discussão das informações obtidas será possível reforçar as conclusões adquiridas através dos resultados alcançados.

IV.3.1- Relativamente à hipótese 1

No que concerne a primeira hipótese - as condições socio-económicas e o meio envolvente influenciam o consumo de substâncias psicoactivas e potenciam comportamentos de risco - verificou-se que ao invés do que se comprovou na análise da bibliografia recolhida, nem sempre é o meio envolvente que incita a consumir pela primeira vez. De facto, observou-se que a maior motivação, quanto ao início do consumo, é a curiosidade característica da

¹⁷ Cf. Anexo L

adolescência que leva à primeira experiência. Daí o uso de drogas depende da história do sujeito, como por exemplo conflitos familiares, e do que o mesmo procura na referida experiência como mencionado por Morel, Hervé e Fontaine (1998). No entanto, é importante ter em mente de que, como referido por Farate (1999, *cit. in* Abraão) existe um risco acrescido quando a vinculação aos grupos de pares assume predominância em relação ao núcleo familiar.

É fundamental relembrar que a motivação que leva ao consumo, seja ela a mera curiosidade, seja ela o escapatório a problemas pessoais, é sempre impulsionada por influências de outrem, mesma que secundária. De facto, o simples facto de querer experimentar, por exemplo, não basta muitas vezes a incitar ao consumo, é necessário que o indivíduo tenha acesso a ela. Através da observação efectuada ao longo do estágio académico, junto da referida população, verificou-se que o facto de conhecer um amigo, ou familiar, que consumisse acentua a vontade de ter acesso a essa experiência e facilita o mesmo acesso.

No que diz respeito às condições socio-económicas, apesar de não se ter verificado através da amostra qualquer relação entre a situação profissional e o facto de ser consumidor de substâncias psicoactivas, é fundamental relembrar que, como desenvolve Pais (2001) com o seu estudo acerca dos arrumadores de carros, na sua maioria, os toxicodependentes valorizam actividades laborais que lhes dêem a maior flexibilidade de horário possível. O desajustamento social que tal escolha provoca é o desemprego ou então a sobrevivência através de subsídios sociais.

O factor da condição socio-económica não é, em si, um condicionador para o início do consumo. No entanto, o acesso às substâncias psicoactivas continua a ser mais facilitado nas áreas mais carenciadas, tais como os bairros sociais como exemplifica Fernandes (1997).

Por outra parte, verifica-se que a toxicodependência acarreta uma maior probabilidade de ser portador de doenças infecto-contagiosas tais como o VIH/SIDA, a tuberculose, hepatites entre outras. Os comportamentos associados assim como a falta de cuidado com o corpo permitem uma maior propagação de doenças oportunistas e consequentemente uma maior fragilidade do indivíduo.

De facto, quando se trata do consumo, os indivíduos têm como principal preocupação a satisfação da dependência. Apesar de terem conhecimento dos riscos que correm ao partilhar material, esses riscos são momentaneamente esquecidos no espaço de tempo da injeção.

IV.3.2- Relativamente à hipótese 2

No que se refere à segunda hipótese - ser toxicodependente aumenta os riscos de ser infectado pelo VIH/SIDA - a mesma foi ao encontro da literatura analisada. Como defende a ONUSIDA o consumo de drogas está intimamente relacionado com o VIH, fazendo referência a comportamentos de risco associados.

Como Costa (1995) defende, existe um estilo de vida entre toxicodependentes que faz com que as diferenças que possam existir são anuladas e, desta forma, surge uma identidade de comportamentos. A partilha de seringas é uma das práticas mais comuns e mais perigosas no que diz respeito à infecção que dela pode decorrer. Esta constatação também se verificou no presente estudo. De facto comprovou-se a existência de uma relação entre o facto de consumir droga por via intravenosa e ser portador de uma doença infecto-contagiosa, nomeadamente o VIH/SIDA.

De facto, e como foi referido anteriormente, apesar dos indivíduos toxicodependentes terem conhecimento dos riscos que decorre da utilização de material injectável em segunda mão, os mesmos têm a preocupação primária de satisfazer a sua necessidade da dose diária. Desta forma a população toxicodependente torna-se mais sensível quanto ao risco de serem portadores VIH/SIDA.

Segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004), 48,4% dos indivíduos encontram-se infectados por via endovenosa, o que comprova a incidência e o problema que apresenta a toxicodependência relativamente à saúde pública. É com este objectivo que são desenvolvidos programas que visam alterar comportamentos e hábitos negativos para a saúde pública mediante a sensibilização, consciencialização e responsabilização do grupo alvo, tal como o programa de troca de seringas “Diz não a uma seringa em segunda mão”. É com o objectivo de reduzir os danos que esses programas são desenvolvidos e aplicados.

REFLEXÕES FINAIS

A problemática da toxicodependência é um tema muito debatido, essencialmente na área do Serviço Social. De facto, é um tema que as ciências sociais tentam estudar nas suas várias facetas tanto para poder entender, tal como para poder actuar na mesma. Para poder estudar uma temática é importante conhecer as causas e também as consequências da mesma. É fundamental perceber o que pode levar um indivíduo a entrar no mundo da toxicodependência e em que circunstância aconteceu.

A exclusão social é vista como uma forma específica de pobreza que desqualifica o indivíduo da sociedade na qual se encontra inserido, ou seja, o sujeito não é integrado no exercício da cidadania e é visto de uma forma negativa e preconceituosa. Essa imagem é acentuada quando se trata dos bairros sociais, zonas marginalizadas tanto pela localização relativamente ao meio urbano, como pelas actividades que lhes são características, particularmente o tráfico de droga. É nesses locais que o acesso às substâncias psicoactivas se torna mais fácil e que os grupos de influência agem de forma mais activa, todavia o problema da toxicodependência não ocorre somente nas referidas zonas urbanas.

O problema que a toxicodependência apresenta não é exclusivamente a nível económico, ou urbano, mas também relativamente à questão da saúde pública. Uma das particularidades que se denotam em grande parte da referida população é o falta de cuidado com o corpo, o que leva a comportamentos de riscos impulsionados pelo estado de “ressaca”. Daí advém a utilização de seringas em segunda mão e o aumento da probabilidade de se encontrar infectado pelo VIH/SIDA.

É num âmbito de prevenção mas também de acção que o Serviço Social desenvolve a sua actividade junto dessa problemática, nomeadamente melhorando a qualidade de vida dos utentes. No presente estudo focou-se essencialmente o papel do Serviço Social hospitalar visto o instrumento de estudo ter sido aplicado neste contexto.

Na presente monografia pretendia-se estudar a influência que tem a pobreza no início da toxicodependência, no entanto, no decorrer do estudo, deparamo-nos com a existência de vários obstáculos para poder alcançar tal objectivo. Todavia, conseguiu-se focar a possível

influência do meio ambiente assim como das condições socio-económicas do indivíduo no início do consumo de substâncias psicoactivas, o que constitui a primeira hipótese de estudo. A segunda hipótese de estudo foca uma das possíveis consequências dos comportamentos de risco associado, nomeadamente a infecção VIH. Para verificar as hipóteses elaboradas, recorreu-se à aplicação de inquéritos por questionários que permitiram infirmar a primeira hipótese e confirmar a segunda.

O referido resultado demonstra que, hoje em dia, não podemos rotular a toxicodependência como atingindo somente as populações mais carenciadas, ou zonas habitacionais mais degradadas. De facto, as drogas encontram-se mais facilmente nesses espaços psicotrópicos mas, as características dos consumidores alargaram-se.

O presente trabalho ficou aquém das expectativas, todavia permitiu um conhecimento ainda mais aprofundado da população alvo e também uma maior motivação para investigar na área para possíveis estudos futuros em outros contextos, sem ser hospitalar para poder contrapor com os resultados obtidos.

BIBLIOGRAFIA

Abraão, I. (1999). Factores de risco e factores protectores para as toxicodependências. Uma breve visão. *Toxicodependência*, Ano 5, nº2, pp.3-11.

AIDSS (1994). Código deontológico internacional dos assistentes sociais. *Investigação e Debate em Serviço Social*, Ano I, Numero 1, pp.17-18.

Albarello, L. et.al. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva.

Alleaume, B. (1998). Psiquiatria e Sida. Médico Policlínico. *In: Guerra, M. P. SIDA: Implicações Psicológicas*. Lisboa, Fim de Século, p.7-18.

Almeida, J. F. de & Pinto, J. M. (1999). Da Teoria à Investigação Empírica. Problemas Metodológicos Gerais. *In: Silva, A. S. & Pinto, J. M. (orgs). Metodologia das Ciências Sociais*. Porto, 11ª Edição, Edições Afrontamento, pp.55-78.

Antunes, F. e Forte, M. (s/d). *Manual sobre infecção pelo vírus da imunodeficiência humana*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Aragão, M. J. e Sacadura, R. (2002). *Guia Geral das Drogas*. Lisboa. Ed. Terramar.

Araújo, H. G. de, Santos, P. M. & Seixas, P. C. [Coords.]. *Nós e os Outros: A Exclusão em Portugal e na Europa*. Porto, Sociedade Portuguesa de Antropologia e Etnologia.

Bravo, Sierra R.(1995) *Técnicas de Investigación Social- teoria y ejercicios*, Madrid, Paraninfo.

Capucha, L. (1998-a). Nós e eles cá dentro: sobre o mito de um Robinson Crusoe ao contrário. *In: INCM. Pobreza, Exclusão: Horizontes de Intervenção*. Debate promovido pelo Presidente

da republica durante a deslocação a Projectos de Luta Contra a Pobreza. Imprensa Nacional Casa da Moeda (INCM), pp. 13-34.

Capucha, L. M. A. (1998-b). Pobreza, Exclusão Social e Marginalidades. *In: Viegos, J. M. L. & Costa, A. F da. Portugal, que modernidade?.* Oeiras, Celta Editora, pp.209-242.

CNLCS (2005). *Apoio Suporte/ Hospitalar.* [Em linha]. Disponível em <www.sida.pt>. [Consultado em 23/07/2005]

Costa, A. (1995). O Modelo integrado face à Sida. *Revista Toxicodependências*, nº1, pp.52-55.

Costa, A. B. da (1999). *Pobreza e solidariedade.* Lisboa, Graal, Publicações Terraço.

Daudel, R. & Montagnier, L. (1994). *A SIDA.* Lisboa, Biblioteca Básica de Ciência e Cultura.

Emmanuelli, X. e Frémontier, C. (2002). *La Fracture Sociale.* Paris, Que sais-je?.

Fernandes, L. (1997). *Etnografia urbana das drogas e do crime.* Vol. 10, Lisboa, Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.

Fernandes, L. (1998-a). Periferias Sociais e Fenómeno Droga. *Toxicodependência*, Ano 4, nº2, pp. 5-13.

Fernandes, L. (1998-b). Os Princípios de Exclusão da Droga. Araújo, H. G. de, Santos, P. M. & Seixas, P. C. [Coords.]. *Nós e os Outros: A Exclusão em Portugal e na Europa.* Porto, Sociedade Portuguesa de Antropologia e Etnologia, pp.63-78.

Ferreira, C. (1996). Pobreza, cidadania e desqualificação social: notas de reflexão teórica. *Interações*, nº3, pp.23-36.

Ferreira, V. (1999). O Inquérito por Questionário na Construção de Dados Sociológicos. *In: Silva, A. S. & Pinto, J. M. (orgs). Metodologia das Ciências Sociais. 11ª Edição, Porto, Edições Afrontamento, pp.165-196.*

Firmino da Costa, A. (1999). A Pesquisa de Terreno em Sociologia. Silva, A. S. & Pinto, J. M. (orgs). *Metodologia das Ciências Sociais. 11ª Edição, Porto, Edições Afrontamento, pp. 129-163.*

Foddy, W. (2002). *Como Perguntar. Teoria e Prática da Construção de Perguntas em Entrevistas e Questionários.* Oeiras, Celta Editora.

Fonseca, A. (1985). *Psiquiatria e Psicopatologia.* Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Garcia, E. (1998). *Manual de sistematização e normalização de documentos técnicos,* São Paulo, Editora Atlas S.A.

Garcia-Marques, L. (2000). O Inferno são os outros: o estudo da influencia social. *In: Vala, J. & Monteiro, L. (coords.). Psicologia Social. 4ª Edição, Lisboa, Fundação Calouste Gulbekian, pp. 227-292.*

Gil, A. C. (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 2ª Edição.* São Paulo, Editora Atlas.

Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de la population. *Courrier, 6, p.455.*

Grmek, M. (1993). *História da Sida.* Lisboa, Relógio d'Água.

Guerra, M. P. (1998). *SIDA: Implicações Psicológicas.* Lisboa, Fim de Século.

Iamamoto, M. (1998). *O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional.* São Paulo, Cortez Editora.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004). *Infecção VIH/SIDA: A Situação em Portugal a 30 de Junho de 2004*. Lisboa, Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis.

Kisnerman, N. (1978). *Serviço Social no Campo da Saúde*. (s/l), Associação de Profissionais do Serviço Social.

Maia, H. L. (1994). Representações da Pobreza: proximidade geográfica e distância social. *In: Sociedade e território*, nº20, Porto, Edições Afrontamento, pp. 63-72.

Ministério da Saúde (1998). *Serviço Social*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.chc.min-saude.pt/social>>. [Consultado em 20/12/2004].

Morel, A., Hervé, F. & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao Toxicodependente*. Coleção Alcoolismo e Toxicomanias Modernas, Climepsi Editores.

ONUSIDA (1999). *Consumo de drogas e HIV/SIDA. Declaração da ONUSIDA apresentada na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Drogas*. [Em linha]. Disponível em <http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub03/una99-1_pt_pdf.pdf>. [Consultado em 06/03/2005].

Pais, J. M. (2001). Jovens “arrumadores de carros”_ a sobrevivência nas teias da toxicodependência. *Análise Social*. Vol. XXXVI (158-159), pp.373-398.

Papalia, D. E., et al. (1999). *O Mundo da Criança*. 8ª ed. Lisboa, McGraw- Hill.

Patrício, L. D. (1997). *Face à droga: como (re)agir?* Lisboa. Coleção Projecto Vida.

Pereira, A. (2002). *SPSS, Guia Prático de Utilização: análise de dados para ciências sociais e psicologia*. 3ª Edição. Lisboa, Edições Sílabo.

Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS*. 2ª Edição. Lisboa, Edições Sílabo.

Pinto-Coelho, M. (1993). *Toxicodependência: a Liberdade Começa no Corpo*. 2ª Edição, Lisboa, Edições Fim de Século.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 3ª Edição, Lisboa, Gradiva.

Sierra Bravo, R. (2001). *Técnicas de Investigación Social: teorías y ejercicios*. Madrid, Thomson Learning.

Silva, A. S. & Pinto, J. M. (2001) (orgs). *Metodologia das Ciências Sociais*. 11ª Edição, Porto, Edições Afrontamento.

Victorino, R. M. M. (2003). A SIDA e as novas pestes. *Análise Social*. Lisboa, Vol. XXXVIII, nº166, pp.13-33.

ANEXOS

ANEXO A

INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIOS

O questionário que se segue surge como um instrumento de investigação realizado no âmbito de um estudo científico para a conclusão da licenciatura em Serviço Social na Universidade Fernando Pessoa. Terá utilidade unicamente para tratamento estatístico das temáticas em questão. O presente questionário é anónimo e confidencial, por isso é pedida a máxima sinceridade. Terá uma duração de aproximadamente 20 minutos.

Agradeço a sua colaboração, a qual é imprescindível para a presente investigação.

1- Sexo: Feminino Masculino

2- Idade: _____ anos

3- Estado civil: Solteiro/a Casado/a
Divorciado/a Viúvo/a
Separado/a de pessoas e bens

4- Habilitações literárias:

Ensino superior ou equivalente 10º-12º ano
8º-9º ano 6º ano
Ensino básico completo Ensino básico incompleto
Analfabeto

5- Situação profissional: Activo Inactivo

5.1- Se activo qual a profissão exercida? _____

5.2- Se inactivo qual foi a última profissão? _____

6- **Habitação:** Casa própria Habitação social (casa arrendada)

Parte de casa Quarto particular Comunidade terapêutica

Quarto de hospedaria Casa arrendada Lar de terceira idade

Alojamento colectivo/Albergue

Sem residência Anexos de casa

7- Composição do lar:

7.1- Quem vive consigo?

Cônjuge Filhos Pais Irmãos Outros
familiares Não familiares Companheiro/a

7.2- Quem partilha a casa consigo colabora nas despesas?

Sim Não Esporadicamente

Quem? _____

8- Situação sócio-económica:

8.1- Usou rendimento? Sim Não Esporadicamente

8.1.1- Se sim, tendo por referência a satisfação das necessidades básicas:

Rendimento superior às despesas Compatível com as despesas

Incompatível com as despesas

8.2- Fonte de rendimento

Salário Actividade independente Pensão (social) de invalidez

Subsidio de desemprego RMG/RSI Auxilio de amigos/família

Reformado por velhice Subsidio de doença Pensionista de viuvez

Pensionista de sobrevivência Reforma antecipada

Biscates Actividades ilícitas

Beneficiários de acção social Complemento por dependência

8.3- Tem dificuldades em conseguir emprego? Sim Não

Se sim, porquê? _____

8.3.1- Sente que as suas qualificações académicas são um obstáculo? Sim Não

Porquê? _____

8.3.2- Encontra-se inscrito no centro de emprego? Sim Não

Se não, porquê? _____

9- Toxicodependência

9.1- Consume actualmente substâncias psicoactivas? Sim Não

9.2- O que o levou a consumir?

Curiosidade ou espírito de aventura Influência de amigos/familiares

Problemas económicos Problemas pessoais

Conflitos familiares Problemas profissionais

Outros : _____

9.3- Com que idade começou?

< ou = a 15 anos entre 16 e 20 > 21

9.4- Que tipo de substancia consumia?

Canabis Opiáceos (heroína) Cocaína

Anfetaminas (ecstasy) Alucinogénios (LSD)

Álcool Outros : _____

9.4.1- Que tipo de substancia consome?

Canabis Opiáceos (heroína) Cocaína

Anfetaminas (ecstasy) Alucinogénios (LSD)

Álcool Outros : _____

9-5- Forma de consumo

Inalada

Fumada

Injectada

10- Doença infecciosa

10.1- È portador de alguma doença infecciosa?

Sim

Não

Não sei

10.2- De que doença(s)?

VIH/SIDA

Tuberculose

Hepatites

Meningite

Outra : _____

10.2.1- Se tem VIH/SIDA, como foi contagiado?

Contacto sexual

Partilha de material injectável /cortável

Transfusão sanguínea

Contágio intra-uterino

10.2.3- Quais os efeitos que sentiu por ser portador de um doença infecciosa?

Despedimento

Discriminação social

Discriminação por parte de familiares / amigos

Outros : _____

11- O serviço social

11.1- Já alguma vez recorreu ao serviço social? Sim Não

11.2- Se sim, em que sentido?

- Informações

- Institucionalização

- Pedido de apoio: Psicossocial Habitação Apoio domiciliário
Alimentação Medicação Outro : _____

- Pedido de subsidio (advocacia social): Pensão (social) de invalidez
Pensão de velhice
RSI Complemento por dependência Outro : _____

11.3- Com o recurso ao Serviço Social conseguiu resolver/ melhorar a situação-problema?
Sim Não Pontualmente

11.3.1- Se não, porquê? _____

ANEXO B

ÍNDICE DE GRAFFAR¹⁸

*** Englobe num círculo o que interessa

PROFISSÃO

1. Directores de banco, directores técnicos de empresas, licenciados, profissionais com títulos universitários, militares de alta patente.
2. Chefes de secção administrativa ou de negócios empresariais, subdirectores, peritos, técnicos e comerciantes.
3. Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes, mestres-de-obras.
4. Operários especializados, motoristas, polícias, cozinheiros.
5. Trabalhadores manuais não especializados, jornaleiros, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza.

NÍVEL DE INSTRUÇÃO

1. Ensino universitário ou equivalente (+ 12 anos de estudo)
2. Ensino médio ou técnico superior (10-12 anos de estudo)
3. Ensino médio ou técnico inferior (8-9 anos de estudo)
4. Ensino primário completo (6 anos de estudo)
5. Ensino primário incompleto ou nulo. Analfabeto.

FONTES DE RENDIMENTO FAMILIAR (Fonte principal)

1. Fortuna herdada ou adquirida.
2. Lucros de empresa, altos honorários, cargos bem remunerados, etc.
3. Vencimento mensal fixo.
4. Salários (por semana, jorna, horas ou tarefa).
5. Sustento por beneficência pública ou privada. (não se incluem as pensões de desemprego ou de incapacitados).

CONFORTO DO ALOJAMENTO (Impressão subjectiva de conjunto)

1. Casa ou andar de luxo, muito grande, máximo de conforto.
2. Categoria intermédia entre 1 e 3: casa ou andar espaçoso e confortável.
3. Casa ou andar modesto; em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho.

¹⁸ Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de la population. *Courrier*, 6, p.455.

4. Categoria intermédia entre 3 e 5.
5. Alojamento impróprio, barraca, quarto, andar ou casa sem conforto, promiscuidade.

ASPECTO DO BAIRRO HABITADO

1. Bairro residencial elegante, caro.
2. Bairro residencial bom, confortável.
3. Ruas comerciais, ruas estreitas e antigas.
4. Bairro operário, populoso, mal arejado.
5. Bairro de lata.

*** Pontuação total:

-
- De 4 a 7 pontos (5 a 9)Classe I (superior)
 - De 8 a 10 “ (10 a 13)Classe II
 - De 11 a 13 “ (14 a 17)Classe III
 - De 14 a 17 “ (18 a 21) Classe IV
 - De 17 a 20 “ (22 a 25) Classe V
(desfavorecida _ “inferior”)
-

Obs:

ANEXO C

Situação profissional Vs Consumo actual de substâncias psicoactivas

			Consumo actual de substâncias psicoactivas		
			Sim	Não	Total
Situação profissional	Activo	Count	11	4	15
		% within Situação profissional	73,3%	26,7%	100,0%
	Inactivo	Count	13	12	25
		% within Situação profissional	52,0%	48,0%	100,0%
Total		Count	24	16	40
		% within Situação profissional	60,0%	40,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,778 ^b	1	,182		
Continuity Correction ^a	1,000	1	,317		
Likelihood Ratio	1,826	1	,177		
Fisher's Exact Test				,318	,159
Linear-by-Linear Association	1,733	1	,188		
N of Valid Cases	40				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,00.

ANEXO D

Habitação Vs Consumo actual de substâncias psicoactivas

		Consumo actual de substâncias psicoactivas			
		Sim	Não	Total	
Habitação	Casa própria	Count	4	4	8
		% within Habitação	50,0%	50,0%	100,0%
Habitação social		Count	6	2	8
		% within Habitação	75,0%	25,0%	100,0%
Quarto particular		Count	1	1	2
		% within Habitação	50,0%	50,0%	100,0%
Comunidade terapêutica		Count	1	3	4
		% within Habitação	25,0%	75,0%	100,0%
Quarto de hospedaria		Count	3	2	5
		% within Habitação	60,0%	40,0%	100,0%
Casa arrendada		Count	8	2	10
		% within Habitação	80,0%	20,0%	100,0%
Lar de 3ª idade		Count		1	1
		% within Habitação		100,0%	100,0%
Albergue		Count	1		1
		% within Habitação	100,0%		100,0%
Anexos de casa		Count		1	1
		% within Habitação		100,0%	100,0%
Total		Count	24	16	40
		% within Habitação	60,0%	40,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,542 ^a	8	,382
Continuity Correction			
Likelihood Ratio	9,744	8	,283
Linear-by-Linear Association	,000	1	1,000
N of Valid Cases	40		

a. 17 cells (94,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,40.

ANEXO E

Fonte de Rendimento Vs Consumo actual de substâncias psicoactivas

Fonte de Rendimento			Consumo actual de substâncias psicoactivas		Total
			Sim	Não	
Salário	Count		10	4	14
	% within Fonte de Rendimento		71,4%	28,6%	100,0%
Pensão de invalidez	Count		1	3	4
	% within Fonte de Rendimento		25,0%	75,0%	100,0%
Subsídio de desemprego	Count		3	1	4
	% within Fonte de Rendimento		75,0%	25,0%	100,0%
RMG/RSI	Count		3	3	6
	% within Fonte de Rendimento		50,0%	50,0%	100,0%
Auxílio de amogos/familiares	Count		1	1	2
	% within Fonte de Rendimento		50,0%	50,0%	100,0%
Reformado por velhice	Count			1	1
	% within Fonte de Rendimento			100,0%	100,0%
Subsídio de doença	Count		1		1
	% within Fonte de Rendimento		100,0%		100,0%
Biscates	Count		2		2
	% within Fonte de Rendimento		100,0%		100,0%
Actividades ilícitas	Count		2		2
	% within Fonte de Rendimento		100,0%		100,0%
Beneficiário de acção social	Count			1	1
	% within Fonte de Rendimento			100,0%	100,0%
Pensão e actividades ilícitas	Count		1		1
	% within Fonte de Rendimento		100,0%		100,0%
Total	Count		24	14	38
	% within Fonte de Rendimento		63,2%	36,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,679 ^a	10	,383
Continuity Correction			
Likelihood Ratio	13,177	10	,214
Linear-by-Linear Association	,295	1	,587
N of Valid Cases	38		

a. 20 cells (90,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,37.

ANEXO F

Curiosidade ou espírito de aventura Vs Idade do início do consumo

		Com que idade começou a consumir			Total
		< ou = a 15 anos	entre 16 a 20 anos	> 21 anos	
Curiosidade ou espírito de aventura	Sim	Count	13	5	18
		% within Curiosidade ou espírito de aventura	72,2%	27,8%	100,0%
	Não	Count	8	11	3
		% within Curiosidade ou espírito de aventura	36,4%	50,0%	13,6%
Total		Count	21	16	3
		% within Curiosidade ou espírito de aventura	52,5%	40,0%	7,5%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,101 ^a	2	,047
Continuity Correction			
Likelihood Ratio	7,266	2	,026
Linear-by-Linear Association	5,949	1	,015
N of Valid Cases	40		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,35.

ANEXO G

Conflitos familiares Vs Idade do início do consumo

		Com que idade começou a consumir			Total	
		< ou = a 15 anos	entre 16 a 20 anos	> 21 anos		
Conflitos familiares	Sim	Count	1	6	1	8
		% within Conflitos familiares	12,5%	75,0%	12,5%	100,0%
	Não	Count	20	10	2	32
		% within Conflitos familiares	62,5%	31,3%	6,3%	100,0%
Total		Count	21	16	3	40
		% within Conflitos familiares	52,5%	40,0%	7,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,443 ^a	2	,040
Continuity Correction			
Likelihood Ratio	7,002	2	,030
Linear-by-Linear Association	4,967	1	,026
N of Valid Cases	40		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,60.

ANEXO H

Influência de amigos/familiares Vs Idade do início do consumo

		Com que idade começou a consumir			Total	
		< ou = a 15 anos	entre 16 a 20 anos	> 21 anos		
Influência de amigos/familiares	Sim	Count	17	9	1	27
		% within Influência de amigos/familiares	63,0%	33,3%	3,7%	100,0%
	Não	Count	4	7	2	13
		% within Influência de amigos/familiares	30,8%	53,8%	15,4%	100,0%
Total		Count	21	16	3	40
		% within Influência de amigos/familiares	52,5%	40,0%	7,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,252 ^a	2	,119
Continuity Correction			
Likelihood Ratio	4,247	2	,120
Linear-by-Linear Association	4,143	1	,042
N of Valid Cases	40		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,98.

ANEXO I

Problemas pessoais Vs Idade do início do consumo

		Com que idade começou a consumir			Total	
		< ou = a 15 anos	entre 16 a 20 anos	> 21 anos		
Problemas pessoais	Sim	Count	7	4	1	12
		% within Problemas pessoais	58,3%	33,3%	8,3%	100,0%
	Não	Count	14	12	2	28
		% within Problemas pessoais	50,0%	42,9%	7,1%	100,0%
Total		Count	21	16	3	40
		% within Problemas pessoais	52,5%	40,0%	7,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,317 ^a	2	,853
Continuity Correction			
Likelihood Ratio	,322	2	,851
Linear-by-Linear Association	,105	1	,746
N of Valid Cases	40		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,90.

ANEXO J

Outro motivo Vs Idade do início do consumo

		Com que idade começou a consumir				
		< ou = a 15 anos	entre 16 a 20 anos	> 21 anos	Total	
Outros	Sim	Count	1		1	
		% within Outros	100,0%		100,0%	
	Não	Count	21	15	3	39
		% within Outros	53,8%	38,5%	7,7%	100,0%
Total		Count	21	16	3	40
		% within Outros	52,5%	40,0%	7,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,538 ^a	2	,463
Continuity Correction			
Likelihood Ratio	1,871	2	,392
Linear-by-Linear Association	,509	1	,475
N of Valid Cases	40		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

ANEXO K

Forma de consumo Vs Portador de doença infecciosa

			Portador de doença infecciosa		Total
			Sim	Não sei	
Forma de consumo	Fumada	Count	8	2	10
		% within Forma de consumo	80,0%	20,0%	100,0%
	Injectada	Count	11		11
		% within Forma de consumo	100,0%		100,0%
	Fumada e Injectada	Count	18		18
		% within Forma de consumo	100,0%		100,0%
	Todas as formas	Count	1		1
		% within Forma de consumo	100,0%		100,0%
Total		Count	38	2	40
		% within Forma de consumo	95,0%	5,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,316 ^a	3	,097
Continuity Correction			
Likelihood Ratio	5,873	3	,118
Linear-by-Linear Association	4,349	1	,037
N of Valid Cases	40		

a. 5 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

ANEXO L

Forma de consumo VS Se tem VIH/SIDA, como foi contagiado

		Se tem VIH/SIDA, como foi contagiado					
			Contacto sexual	Partilha de material injectável	Contacto sexual e partilha de material	Não sabe	Total
Forma de consumo	Fumada	Count	7			1	8
		% within Forma de consumo	87,5%			12,5%	100,0%
	Injectada	Count	3	6	2		11
		% within Forma de consumo	27,3%	54,5%	18,2%		100,0%
	Fumada e Injectada	Count	2	15			17
		% within Forma de consumo	11,8%	88,2%			100,0%
	Todas as formas	Count		1			1
		% within Forma de consumo		100,0%			100,0%
	Total	Count	12	22	2	1	37
		% within Forma de consumo	32,4%	59,5%	5,4%	2,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25,931 ^a	9	,002
Continuity Correction			
Likelihood Ratio	28,560	9	,001
Linear-by-Linear Association	,078	1	,781
N of Valid Cases	37		

a. 13 cells (81,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.