

Sandrine da Silva Caseiro

Maus tratos na infância e risco de envolvimento em comportamentos aditivos

Dissertação de Mestrado em Temas de Psicologia

Setembro de 2010

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Sandrine da Silva Caseiro

**Maus tratos na infância e risco de envolvimento
em comportamentos aditivos**

Dissertação apresentada por Sandrine da Silva Caseiro à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da universidade do Porto (FPCEUP), no âmbito do Mestrado em Temas de Psicologia, ramo de Psicologia do Comportamento Desviante, sob orientação da Professora Doutora Celina Manita.

Setembro de 2010

Resumo

O presente estudo centra-se na investigação da eventual relação entre experiências de maus tratos na infância e o envolvimento em comportamentos aditivos, para os quais aqueles podem funcionar como um factor de risco. O nosso objecto de estudo é, assim, a associação entre maus tratos na infância e envolvimento no consumo de drogas na adolescência.

Com base num questionário previamente elaborado, realizámos uma recolha de dados a uma amostra de jovens toxicodependentes. No questionário eram abordadas dimensões associadas a eventuais experiências de vitimação familiar na infância e aos seus consumos – tipos de drogas, padrões de consumo, trajectórias de evolução do consumo, entre outras.

Organizámos o nosso trabalho em duas partes, na primeira parte apresentamos a revisão bibliográfica e o enquadramento teórico realizados e, na segunda, o estudo empírico desenvolvido. No enquadramento teórico foi feita uma abordagem da temática dos maus tratos infantis, da adolescência e da toxicodependência, assim como das relações entre ocorrência de maus tratos na infância e problemas de toxicodependência na adolescência. Na segunda parte é descrito o estudo empírico, designadamente o objecto e os objectivos, assim como a metodologia utilizada na elaboração do questionário e na recolha e tratamento dos dados.

Concluimos que quase metade dos jovens da nossa amostra (todos eles se encontravam em instituições de tratamento de problemas de toxicodependência) referiu ter sido vítima de algum tipo de mau trato na infância, com uma incidência de algumas formas de maus tratos muito acima do que são os dados existentes para a população nacional. No entanto, não encontramos associações directas entre as variáveis de maus tratos que estudámos e os padrões e trajectórias de consumo dos jovens da amostra, ao contrário do que esperávamos encontrar.

Abstract

The present study aims at investigating the possible link between experiences of child maltreatment and the involvement in addictive behaviors, as far as the former can be a risk factor for the latter. Our object of study is thus the association between childhood maltreatment and the involvement in drug use during adolescence.

Based on a questionnaire previously developed we conducted a data collection on a sample of young drug addicts. The questionnaire focuses on dimensions related to possible victimization experiences in the family during childhood and to their consumption - types of drugs, consumption patterns, development of consumption, among others.

Our investigation is divided into two parts. The first part presents a review of the literature and the theoretical framework. In the second part we present the empirical study. The theoretical framework sets out an approach to the issue of child abuse and teen drug abuse, including the relationship between the occurrence of child maltreatment and drug problems in adolescence. In the second part, the empirical study is preceded by the object, aims and methodology used in preparing the questionnaire, as well as data collection and processing.

We conclude that almost half of the young people in our sample (all of them were being treated in institutions for problems with drug abuse) reported having been victims of some form of maltreatment in childhood. Furthermore, there is a much higher incidence of some forms of abuse than in the portuguese population in general, as far as existing data demonstrate. However, we found no direct associations between the variables of maltreatment we have studied and the consumption patterns and trajectories of young people in our sample, contrarily to what we expected to find.

Résumé

Cette étude se concentre sur l'étude du lien possible entre les expériences de maltraitance infantile et l'implication dans des conduites addictives, dans la mesure où les premières peuvent fonctionner comme un facteur de risque pour les secondes. Notre objet d'étude est donc l'association entre la maltraitance infantile et l'usage de drogues pendant l'adolescence.

Ayant pour base un questionnaire développé précédemment, nous avons réalisé une collecte de données sur un échantillon de jeunes toxicomanes. Le questionnaire se concentre sur des dimensions adressées aux expériences de victimisation au sein de la famille pendant l'enfance et à leur consommation - les types de drogues, les modes de consommation, des voies de développement de la consommation, entre autres.

Nous avons organisé notre travail en deux parties. Dans la première partie, nous présentons le cadre théorique et une revue de la littérature et, dans la deuxième, nous présentons l'étude empirique. Le cadre théorique essaye une approche à la question de la maltraitance des enfants et l'abus de drogues chez les adolescentes, ainsi que les relations entre l'apparition de la maltraitance des enfants et des problèmes de drogue pendant l'adolescence. La deuxième partie est composée par l'étude empirique, en particulier le but et les objectifs, aussi bien que la méthodologie utilisée dans la préparation du questionnaire et dans la collecte et le traitement des données. Nous concluons que près de la moitié des jeunes de notre échantillon (tous étaient dans des institutions pour traitement de problèmes causés par l'abus des drogues) ont déclaré avoir été victimes d'une forme de maltraitance dans l'enfance. Nous avons vérifié une incidence de certaines formes de violence beaucoup plus élevée que dans la population portugaise en général, en face des données existantes. Toutefois, nous n'avons trouvé aucune association directe entre les variables de mauvais traitements étudiées et les modes et trajectoires de consommation des jeunes dans l'échantillon, contrairement à ce que nous attendions.

Dedicatória

Ao meu avô Amândio a quem dedico esta tese...

Ao longo da minha vida muitas pessoas passaram por mim dia após dia, mas apenas algumas destas pessoas ficarão para sempre na minha memória... E como poderia esquecer o carinho, a atenção, a ternura e o aconchego que sentia quando estava perto de ti...

Sei que muitas vezes fui injusta contigo ao recusar conselhos, ao não aceitar que me guiasses em determinadas fases... alturas em que a vontade da independência e da revolta eram mais fortes e eu esquecia o resto. Agora sei que por menos habilitações literárias que uma pessoa possa ter, todas elas são fonte de conhecimento e de vida. Todos têm uma experiência, têm aprendizagens do dia-a-dia, têm um histórico de memórias que são sempre a base de uma cultura própria e uma identidade.

Já se passaram onze anos, mas sei que continuas a olhar por mim, a iluminar o meu caminho e a proteger-me incondicionalmente.

Com todo o amor e carinho,

Da tua neta

Sandrine

Agradecimentos

Agradeço a todos que estiveram presentes nos momentos pelos quais passei, com o seu apoio, dedicação, carinho, ajuda e espero demonstrar este sentimento ao longo de toda a vida.

Às pessoas que mais directamente contribuíram para a realização deste estudo de investigação o meu sincero obrigada.

À Professora Doutora Celina Manita pela sua imprescindível orientação, apoio, pela partilha de saberes e pelo acompanhamento constante.

A todos os que aceitaram cooperar nesta investigação e que consentiram o contacto com os participantes, bem como a todos os que participaram e responderam ao questionário, mesmo que este tenha feito reviver momentos menos bons. Obrigada!

Aos meus pais, por todo o carinho, apoio, paciência, força e por estarem presentes em todos os momentos difíceis. Queria dizer mais, mas vocês são muito mais do que as palavras podem transmitir.

Aos meus irmãos, que me viram crescer e que sempre me apoiaram ao longo destes 27 anos de existência.

Aos meus sobrinhos porque me dão força simplesmente por existirem.

Ao Hugo com quem espero partilhar as minhas vitórias e conquistas e por ser simplesmente ele, carinhoso, genuíno, amigo, confidente...!

Aos meus cunhados por me ajudarem em todos os momentos...

À minha tia Rosita e aos meus primos pelo carinho ao longo de toda a minha vida...

Ao meu amigo Grijó, à Bárbara, à Verónica, à Íris, à Liliana, à Catarina e à Eliana, pela partilha de bons momentos, pela confiança, pela amizade.

Aos meus colegas de mestrado, Raquel, Paula, João e Cátia, por todo o apoio, ajuda, carinho e compreensão.

Índice

Introdução.....	12
Capítulo I - Enquadramento Teórico.....	14
1.1 Maus tratos infantis.....	14
1.2 Adolescência e a Toxicodependência.....	18
1.3 Os maus tratos nas crianças e a problemática da toxicodependência na adolescência.....	23
Capítulo II – Estudo Empírico.....	28
2.1 Objecto e Objectivos.....	28
2.2 Método.....	29
2.2.1. Procedimentos e instrumento de recolha de dados.....	29
2.2.2. Caracterização da amostra.....	32
2.3 Apresentação e Discussão dos Resultados.....	35
Conclusão e Considerações Finais.....	46

Índice de Gráficos, Tabelas e Anexos

Gráfico 1- Idade dos sujeitos.....	32
Gráfico 2 - Sexo dos sujeitos.....	33
Gráfico 3 - Habilitações académicas dos sujeitos.....	33
Tabela 1 - Profissão da mãe.....	34
Tabela 2 - Profissão do pai.....	34
Tabela 3 – Estado Civil dos pais.....	35
Tabela 4 - Idade do primeiro consumo de droga.....	35
Tabela 5 - Duração dos consumos.....	36
Tabela 6 - Primeira droga consumida.....	36
Tabela 7 - Outras drogas consumidas.....	36
Tabela 8 - Forma de consumo.....	37
Tabela 9 - Frequência dos consumos.....	37
Tabela 10 – Institucionalização.....	37
Anexo 1 - Pedido de colaboração para aplicação dos questionários	
Anexo 2 - Questionário	

E o homem, que é capaz de ser santo e de ser besta, continua e reforça a bestialidade de não apenas “escandalizar” mas ofender, agredir, torturar, prostituir e até matar não só crianças, mas crianças que ele próprio pôs no Mundo.

Quando assim procede é ainda um ser humano?

(Santos, cit. in Almeida et al, 2001)

Introdução

O mau trato infantil é um problema social grave que vem sendo objecto de crescente problematização e debate na sociedade actual. Recobrimdo múltiplas manifestações – como a violência física, a violência psicológica, os abusos sexuais e a negligência, entre outros comportamentos – e diferentes graus de gravidade, revela-se um comportamento transversal à sociedade, do qual advêm sempre consequências negativas para as crianças, mesmo que com diferentes graus de visibilidade.

Embora possa ser praticado em diversos contextos e situações, é no seio familiar que o mau trato ocorre com maior incidência. Depois de constatada esta realidade, a ideia de que a família é, por natureza, um espaço de amor, protecção e segurança para as crianças foi reequacionada e avaliada, verificando-se que a noção de “família ideal” não passa, muitas vezes, de um mito; a família pode ser desregulada e disfuncional, em vez de um lugar seguro, de afecto, carinho e, sobretudo, confiança (Figueiredo, 1998; Vesterdal, 1991).

Na sequência destas constatações, vêm sendo desenvolvidos esforços no plano político e social para tentar proteger os menores da violência, sendo considerados maltratantes todos aqueles que perpetraram actos que prejudicam a vítima em qualquer dimensão inerente ao seu bem-estar e desenvolvimento. Estes comportamentos, considerados de risco, afectam, de alguma forma, o equilíbrio do ser humano e, conseqüentemente, podem levá-lo a situações destrutivas, nomeadamente ao consumo abusivo de drogas e à toxicoddependência (Araújo & Oliveira-Formosinho, 2004).

São, de facto, muitos os estudos que revelam uma relação significativa entre ser vítima de maus tratos na infância e envolver-se em consumo de drogas na adolescência. Segundo dados do *National Institute on Drug Abuse* (cit. in Pires, 2005), pelo menos, dois terços dos indivíduos toxicoddependentes em tratamento afirmam ter sido abusados física, sexual ou emocionalmente durante a infância.

Dada a relevância social destas duas problemáticas e a sua potencial relação, ainda insuficientemente estudada no nosso país, consideramos que seria pertinente realizar um estudo que a analisasse e nos permitisse, dessa forma, aprofundar o conhecimento e a compreensão das trajectórias de indivíduos toxicoddependentes.

Para tal, desenvolvemos um estudo de cariz quantitativo, através da construção e aplicação de um questionário a uma amostra de jovens toxicodependentes, questionário no qual eram abordadas dimensões associadas a eventuais experiências de vitimação familiar na infância e aos seus consumos – tipos de drogas, padrões de consumo, trajectórias de evolução do consumo, entre outras.

Este trabalho encontra-se, assim, dividido em duas grandes partes: na primeira apresentamos a revisão bibliográfica e enquadramento teórico realizados e, na segunda, o estudo empírico desenvolvido.

No enquadramento teórico é feita uma abordagem da temática dos maus tratos infantis, da adolescência e da toxicodependência, assim como das relações entre ocorrência de maus tratos na infância e problemas de toxicodependência na adolescência. Na segunda parte é descrito o estudo empírico, designadamente o objecto e os objectivos, assim como a metodologia utilizada na elaboração do questionário e na recolha e tratamento dos dados.

Este trabalho termina com algumas conclusões e reflexões em torno do estudo e dos seus resultados.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1.1. Maus tratos infantis

“As crianças são, por natureza, seres frágeis, dependentes e indefesos, o que as torna particularmente vulneráveis a todo o tipo de violência, abuso ou exploração.”

Canha (2003, p.17)

Apesar dos esforços de prevenção dos maus tratos encetados um pouco por todo o mundo, ainda hoje, muitas crianças continuam a apresentar queixas e muitos adultos carregam consigo histórias de abuso (Emily, 2010).

É indispensável, antes de passarmos à discussão da problemática dos maus tratos infantis, definir este conceito e outros que com ele possam estar relacionados. Para Magalhães (2005, p.33), o mau trato infantil consiste em “qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder. Podem manifestar-se por comportamentos activos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados e (ou) afectos)”. O conceito de violência é mais abrangente e pode ser definido como “qualquer tentativa de domínio e controlo sobre outra pessoa” (Wolf *et al.*, 1997, *cit. in* Sani, 2002, p.24).

Podem ser identificados, quer pela sua relevância, quer pela sua frequência, quatro tipos primordiais de maus tratos, designadamente, o abuso físico, o abuso psicológico ou emocional, o abuso sexual e a negligência, conceitos que, por estarem já sobejamente descritos na literatura, não iremos aprofundar aqui.

Independentemente do tipo de mau trato perpetrado, até há relativamente pouco tempo, a violência sobre crianças era vista como que dissociada do contexto familiar, tornando-se difícil a abordagem deste fenómeno social. A família e o lar eram vistos como auto-regulados e funcionais. O senso comum fazia-nos crer que, caso existisse violência infantil,

esta nunca seria perpetrada pelas pessoas responsáveis pela criança, nomeadamente os pais.

Só no século XX, com o desenvolvimento dos estudos de vitimologia e a influência dos movimentos e das teorias feministas, se verificou que a incidência de maus tratos a crianças (como a de maus tratos a mulheres) era superior no contexto familiar do que nos restantes, obrigando a analisar e a reconstruir a noção de família e, em particular, a de “família ideal”. Este acaba por não ser um facto assim tão surpreendente, se verificarmos que, apesar de presente em toda a história da humanidade, só a partir do século XVIII a violência contra a criança passa a ser socialmente condenada, valorizando-se mais a vida desta e adoptando-se uma atitude mais repressiva sobre aqueles que a maltratam.

Rosseau acaba por afirmar o seu contributo fundamental para esta mudança ao declarar a criança “um ser com valor próprio, digna de respeito, com direitos, capacidades e necessidades” particulares (Rousseau, *cit. in* Magalhães, 2005, p.27). Já no século XX, Kempe (*cit. in* Magalhães, 2005) promove um novo avanço na conceptualização e na identificação do problema dos maus tratos infantis, ao desenvolver a noção de “síndrome da criança batida”, dando especial relevo aos factores de risco e de protecção, aos sintomas e às consequências dos maus tratos sobre as crianças.

Os abusos infantis continuam a ser, apesar de tudo, uma realidade muito frequente nos nossos tempos e o contexto familiar é um contexto privilegiado de ocorrência de diversos tipos de agressões, pois as vulnerabilidades da criança estão, aí, mais expostas. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, as agências de governo investigaram casos de alegados maus tratos a 3,5 milhões de crianças, apenas em 2004. Mais de 369.728 dessas referências resultaram em casos comprovados de abuso físico, emocional, sexual e/ou outro tipo de abuso, com cerca de 83 por cento de todos os casos confirmados a envolver, pelo menos, um dos pais como perpetrador (Emily, 2010).

Este é, paralelamente, o espaço onde os maus tratos têm implicações mais graves para as vítimas, pois a proximidade afectiva entre a criança e o abusador revela-se, segundo diversos autores, um factor fundamental de intensificação das consequências traumáticas da violência nas crianças.

A um outro nível, estima-se que 29% dos adolescentes, quase um em cada três, tenha experimentado drogas ilícitas por volta dos treze anos e 4% tenha consumido álcool (The

National Child Traumatic Stress Network, 2008). Numa amostra da comunidade que respondeu a questionários sobre estas temáticas, 14,2% dos homens e 32,3% das mulheres relataram ter sido vítimas de abuso sexual (como beijos indesejados, ser tocado de uma forma sexualizada por alguém mais velho) antes da idade de 18 anos. Entre todos os entrevistados, 37% relatou abuso físico ou sexual na infância e 44% da amostra relatou ter sido vítima de qualquer tipo de abuso. Assim, a existência de uma história de maus tratos na infância é muito prevalente entre homens e mulheres. Alguns dados apontam para que os índices de abuso sexual sejam mais elevados entre as mulheres do que entre os homens, assim como as taxas relatadas de abuso físico (Arnow, 2004).

Tais acontecimentos podem ter ocorrido uma ou dezenas de vezes. A gravidade do abuso (por exemplo, ser mais frequente e/ou ser mais agressivo) ou a exposição a um maior número de tipos de maus tratos estão associadas a um maior risco de emergência de problemas psiquiátricos ou outras sequelas psicológicas na idade adulta (Arnow, 2004). À negligência infantil estão associadas dificuldades cognitivas e académicas, défices sociais e emocionais e problemas comportamentais (Miller-Perrin & Perrin, 2007 *cit. in* Kaiser & Perrin, 2009). Os efeitos iniciais associados aos maus tratos psicológicos incluem uma variedade de problemas, tais como problemas interpessoais, desajustamento, défices intelectuais e problemas emocionais e comportamentais (Binggeli, Hart, & Brassard, 2001 *cit. in* Kaiser & Perrin, 2009). A experiência de abuso psicológico e de negligência pela criança, na infância, gera não só angústia e trauma na altura em que ocorrem os abusos, como também efeitos negativos duradouros, a longo prazo, nas vítimas (Kaiser & Perrin, 2009).

As crianças continuamente vítimas de maus tratos podem ver o seu desenvolvimento ou nível de adaptação social gravemente comprometidos e, conseqüentemente, podem-se envolver em transgressões das normas sociais, como a delinquência ou o abuso de drogas (Silva, *et al.*, 2004). Os investigadores têm sugerido uma variedade de domínios da vida através dos quais experiências de abuso infantil podem comprometer o funcionamento dos indivíduos, bem além da infância, na idade adulta (Emily, 2010). No entanto, este fenómeno social não perturba todas as crianças de igual modo e as dissimilaridades podem estar relacionadas com diferenças individuais da vítima, com as construções que esta faz da própria situação de violência, ou com as características contextuais da situação de violência.

No que se refere às características individuais da vítima, podemos classificá-las como factores de protecção ou factores de risco. Os factores de risco, neste caso, são influências que aumentam a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de abuso. Os factores de protecção, por sua vez, possibilitam uma adaptação bem sucedida às situações de risco, atenuando o impacto sobre o indivíduo (Magalhães, 2005). A relação entre factores de risco e factores de protecção é dinâmica e complexa, sendo, ainda mediada por uma terceira dimensão – o grau de resiliência que cada indivíduo apresenta.

A resiliência é a capacidade que os indivíduos manifestam de integrar as experiências negativas de vitimação, ou os traumas, sem desenvolver consequências ou sintomatologia negativa (Lombo, 2000). Segundo Marques Teixeira (2000, p.9), para se ser resiliente “torna-se necessário estar exposto ao risco e responder-lhe com sucesso, implicando que a resiliência esteja dependente não só do contexto, como do próprio processo de desenvolvimento”. Uma criança apresenta capacidade de resiliência quando consegue, perante situações difíceis ou de mau trato, manter uma personalidade e um funcionamento adaptados (Gomes, 2000).

O contexto socioeconómico, a estrutura familiar da vítima e a sua capacidade de resiliência são factores que têm influência na severidade das sequelas que a violência poderá provocar na criança. Apesar de várias pesquisas tentarem determinar, a longo prazo, possíveis efeitos psicológicos e físicos associados a diferentes categorias de abuso, ainda não é possível uma compreensão clara das suas consequências futuras, pois a capacidade de resiliência face a experiências de maus tratos na infância é um factor determinante na mediação do seu impacto (Kaiser & Perrin, 2009).

Alguns estudos referem que existe também uma relação entre a capacidade de resiliência de cada indivíduo e um menor consumo de substâncias ilícitas (Becoña, 2007).

1.2. Adolescência e Toxicodependência

Quando nos reportamos às atitudes dos adolescentes face à toxicodependência, temos de nos pronunciar incontornavelmente sobre o período da adolescência, incluindo uma reflexão sobre esse período e os factores de risco nele existentes. A adolescência é uma fase de risco, em que ocorrem várias mudanças físicas, sexuais, psicológicas, cognitivas, comportamentais e sociais que acarretam consigo uma sucessão de comportamentos potencialmente problemáticos. É nesta fase que se corre maior risco de aprendizagem de comportamentos desviantes.

Esta fase da vida é uma etapa de intenso desenvolvimento biopsicossocial que assume particular importância na organização de si próprio, da família e da sociedade. É uma fase caracterizada por contradições e diversidades, por um conjunto de dúvidas, inquietações, angústias, desejos, sentimentos de vulnerabilidade, desprotecção, confusão e desorganização, provocando uma crise de desenvolvimento e de procura de identidade. As exigências são várias, desde a apropriação de novos conceitos, a manutenção da auto-estima, a concepção da separação, até à sua inserção numa sociedade com regras e valores nem sempre congruentes com a sua visão do mundo e de si próprio (Lopes, 2005).

Os adolescentes vivem, nesta fase, uma grande diversidade de experiências que podem representar um factor de risco para comportamentos desadaptativos, tendo as figuras parentais e significativas um papel fundamental na forma como o jovem vive e sobrevive a esta etapa da sua vida, reconhecendo neles um modelo que possam seguir e esperando que estes estejam disponíveis e sejam responsivos (Cairns *et al.*, *cit. in* Jessor, 1998, Naia *et al.*, 2007).

Os consumidores de drogas lícitas e ilícitas são maioritariamente jovens, ou seja, na maior parte das vezes, o primeiro contacto de um indivíduo com as drogas acontece durante a adolescência (Browne, 1989, Seibel & Toscano, 2000). O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência alertou, nos últimos anos, para o aumento do número de jovens a experimentar drogas na Europa. Talvez porque a adolescência é um período de descoberta do mundo, de fantasia e de conquista de novas experiências, além de imaturidade cognitiva, os adolescentes tendem a construir uma imagem pessoal de imunidade e a ideia de que os efeitos nefastos e negativos do consumo de drogas não irão atingi-los a eles (Patrício, 1995). Amaral Dias (*cit. in* Seibel & Toscano, 2000) salientava, há já mais de duas décadas, que os problemas da adolescência encontram na droga um revelador.

Segundo Fernandes (1990, p. 3) *droga não quer dizer sempre a mesma coisa. Não há correspondência unívoca entre o nome e a(s) coisa(s) que designa. “Uso de droga” é, por sua vez e muito frequentemente, conceptualizado como se designasse “toxicoddependência”, o que não é verdade.*

Vários estudos mostram que o consumo de drogas envolve diferentes sentidos, se inicia sobretudo por um elemento de curiosidade e é facilitado pela convivência com colegas que consomem, na medida em que estes facultam o acesso às e a obtenção das substâncias ilícitas (Cruz *et al*, 2010; Mendes & Manita, 2006; Manita, Negreiros & Agra 1997). O primeiro consumo é feito, normalmente, com um *cannabinóide*, sucedendo-se um período de experimentação de outras drogas ilícitas. Este padrão de consumo é, muitas vezes, sustentado ao longo do tempo, não se tratando de consumos fugazes (*idem*).

Segundo Morel *et al.* (1998), a toxicoddependência poderá representar uma perda de controlo ou uma tentativa de interpretação do espaço, do tempo e da relação com o outro, pois os toxicoddependentes não pretendem a desintegração do *self* através do consumo de drogas, procuram, sim, corrigir a sua relação com o mundo e com os outros, normalmente experienciada como insatisfatória. Reforçando esta conjectura, são vários os estudos em que os jovens revelam que consomem substâncias ilícitas como um escape artificial, uma forma de fugir à realidade, de esquecer os problemas e de reduzir o mal-estar em que vivem diariamente, associando estes actos à insatisfação com a família (Ferros, 2003). São adolescentes que não encontraram na vida pessoal, familiar e relacional as condições para viverem sem alteradores de consciência, recorrendo a substâncias ilícitas como forma de transformar a realidade que percebem (Braconnier & Marcelli, 2000).

Vivemos, actualmente, num mundo onde os processos normativos se encontram perturbados (Dias, 1979, *cit. in* Fernandes, 2000) e onde se verificam diversas transformações nos papéis familiares, como a alteração do papel de mãe e pai, famílias em crise, famílias reconstruídas, entre outros factores e dinâmicas que alteram ou complicam as condições normativas do desenvolvimento e facilitam a emergência da toxicoddependência, sendo a droga, neste sentido, encarada como um sintoma do mal-estar e da depressão no indivíduo adolescente.

Fleming (2001) menciona que os toxicoddependentes, em comparação com os não toxicoddependentes, foram mais vezes separados da sua família durante a infância ou adolescência. A perda de um progenitor ou de uma figura de apoio acarreta

disfuncionalidades no agregado familiar, necessidades afectivas dificilmente compensadas e a inexistência de modelos identificativos que poderão levar a um quadro de depressão, declarada ou oculta, em que o adolescente pode tentar atenuar a dor pelo recurso à droga.

Mas, como destacam Fernandes e Ribeiro (2002, p 60), não podemos fazer apenas uma leitura individualista e psicopatológica do consumo de drogas e da toxicodependência - “a falência dos autocontrolos, fazendo do *junkie* uma figura com o destino à mercê de circunstâncias que tenta agarrar e sempre lhe fogem, não radica no interior do seu espaço psicológico, não é, portanto, redutível a uma psicopatologia da adição, contada a partir dos estados *borderline*, das alexitimias, ou doutras entidades clínicas que lhe explicassem o agir. A falência dos autocontrolos é, tão-somente, o corolário do labor construtivo do “problema da droga” que, estigmatizando os estados psicoactivos alcançados através de substâncias arbitrariamente definidas como ilegais, relegou os seus utilizadores para um limbo social onde se amalgamam a doença, a delinquência e a perigosidade”. (Fernandes & Ribeiro, 2002, p. 60).

A toxicodependência é, então, o resultado do encontro entre o indivíduo e a substância num determinado momento da sua vida e o início dos consumos poderá não ter a ver com a natureza da droga ou com uma dada forma de disfuncionalidade pessoal, mas sim com a história de vida do adolescente, com o que ele investe e espera dessa experiência e com a capacidade de resposta do meio onde está inserido (Mendes e Lopes, 2007). Fernandes (1995) refere que os sujeitos são o resultado de causas externas, mas também da sua causalidade interna, o que lhes permite tomar decisões com significado pessoal. Os indivíduos são autores e produtos da sua história.

A teoria do sujeito *autopoiético* desenvolvida por C. da Agra (1990, 1991, 1994, *cit. in* Manita, 2000) defende, de forma similar, que o sujeito tem capacidade de se instituir actor social, no sentido em que é capaz de se produzir, de produzir os seus trajectos nos complexos percursos individuais, sociais, contextuais e históricos em que se movimenta. Ou seja, o sujeito é responsável pelos seus actos, pela sua própria história, não sendo produto do acaso. Neste sentido, é ele próprio um actor que constrói os actos ilícitos e transgressores.

Segundo esta teoria, o indivíduo é um sistema constituído por três subsistemas elementares, mais especificamente, o sistema de personalidade (forma), o sistema de acção (conteúdo) e o sistema de significação (sentido). A estrutura, organização e

dinâmica destes sistemas permitem entender o sujeito autopoietico como uma entidade "capaz de se criar a si própria". O *sistema de personalidade* é a fonte do sistema psíquico cujo objectivo é dar uma significação psicológica à nossa base biológica e ao estatuto sociocultural. O *sistema de acção* concretiza, em comportamentos, as possibilidades que são determinadas pela matriz psíquica. O *sistema de significação* emerge da correlação entre os dois sistemas anteriores, ou seja, entre a personalidade e o comportamento, podendo, por vezes, concretizar-se em posições de significação transgressiva, como é o caso no consumo de drogas e nas toxicodependências (Agra, 1990, 1991, 1994, *cit. in* Manita, 2000).

O sujeito autopoietico, como promotor de múltiplos sentidos na sua vida, também o é nos percursos transgressivos, pois os comportamentos deste género atendem à mesma lógica de acção dos comportamentos normativos, sendo traçados pelos seus actores na relação com o mundo e com os outros, de acordo com significações e sentidos próprios (Manita, 1998, 2000).

As posições de significação transgressiva podem subdividir-se em substantiva, solidária, solitária e projectiva. A *substantiva* baseia-se na proposição de que as coisas são assim porque não podem ser de outra forma e, por isso, têm de ser, ou seja, o sujeito não se organiza em função de uma intencionalidade própria. A *solidária* assume que a responsabilidade, a pressão social e o que a maioria faz é o que tem de ser feito, "é assim porque toda a gente o faz" – o comportamento está de acordo com as normas convencionais e o sujeito reconhece a natureza normativa exterior ao seu comportamento. A *solitária* é determinada por uma coerência sobre si e os seus actos, em que o sujeito é auto-determinado e só age baseado nos seus propósitos, lógicas e sentidos próprios. Por último, na quarta posição de significação transgressiva, a *projectiva*, o sujeito consegue integrar-se biopsicossocialmente e projectar-se no tempo e na sua história (Manita, 2000).

No caso da toxicod dependência, esta dinâmica é muito complexa, uma vez que, com o prosseguir dos consumos, o sujeito torna-se mais objecto de domínio da substância do que actor de intenção e domínio sobre si próprio. A este respeito, Manita refere (1998, p.460) que "quando deixa de ser a experiência de si, a descoberta, a aventura, o saber de si e dos seus actos, a dominar a lógica dos consumos, e passa a ser a necessidade de suprir os estados de carência de droga, o sujeito perde a capacidade de autodeterminação dos seus actos e reduz a complexidade das significações associadas". Em termos de significação

transgressiva, na primeira fase dominam as posições solitárias e na segunda fase emergem, com grande relevo, as posições substantivas (Manita, 1997, 1998).

Dito de outra forma, o consumo de drogas e a sua evolução no tempo, não resultam apenas, ou necessariamente, de determinações externas ao sujeito, patologias, défices ou outras limitações individuais ou sociais, eles são o produto de um jogo auto e hetero-determinado de condições e processos biopsicossociais nos quais o sujeito é actor e construtor da sua própria trajectória e dos significados de que se reveste. Assim como das próprias definições e conceptualizações do que é a droga e do que é a toxicodependência.

As diversas respostas políticas, sociais, judiciais, médicas, psicológicas, ..., que têm sido desenvolvidas nos últimos vinte anos traduzem uma passagem do estatuto do toxicodependente-doente para o de actor de um estilo de vida próprio, não necessariamente patológico. A toxicodependência é, actualmente, encarada como um factor de um “elemento dum conjunto de hábitos adquiridos por sujeitos dum grupo social a partir das suas condições materiais e ideológicas de existência” (Romani, Pallarés e Díaz, 2001 *cit. in* Fernandes & Ribeiro, 2002, p. 65).

À medida que os consumos de substâncias ilícitas nos adolescentes se convertem numa realidade cada vez mais presente e, principalmente, mais verbalizada, é necessária uma intensa reflexão sobre o sentido e as consequências que os levam ao início dos comportamentos aditivos. Como referem Fonte e Manita (2003), o consumo de substâncias ilícitas tem suscitado, tanto em Portugal como nos restantes países ocidentais, uma elevada inquietação social, política e científica e deve ser encarado como um problema social. Em Portugal, as estimativas sobre o uso de drogas indicam que existem entre 50.000 e 60.000 consumidores, numa população total de cerca de 10 milhões de habitantes (Van Het Loo, Van Beusekom, & Kahan, 2002, *cit. in* Cruz *et al*, 2010). A *cannabis* continua a ser a substância ilícita mais consumida entre os portugueses e a heroína destaca-se ao nível dos consumos problemáticos (IDT, 2005 *cit. in* Cruz *et al*, 2010).

1.3. Os maus tratos a crianças e a problemática da toxicodependência na adolescência

“É determinante perceber a origem, contornos, percursos e factores preditivos do abuso de substâncias nos jovens” (Jessor, 1998, p.182).

Apesar de existirem muitos estudos científicos sobre a problemática dos maus tratos infantis, não existe, ainda, consenso quanto à forma como estes poderão estar relacionados com o desenvolvimento de comportamentos aditivos. No entanto, vários autores consideram que uma história de trauma na infância aumenta o risco de uso de drogas e álcool (Kilpatrick, Acierno, Resnick, Saunders, & Best, 1997 *cit. in* Farley *et al*, 2004).

Alguns estudos mostram-nos que a maioria dos toxicodependentes relata, pelo menos, um evento traumático no seu passado. Estes dados são consistentes com os de outras pesquisas que concluem que nove em cada dez pessoas em tratamento de um problema de abuso de substâncias referem uma história de trauma (Argeriou & Daley, 1997; Berry & Sellman, 2001; Brown *et al.*, 2003; Dansky *et al.*, 1999; DiNitto *et al.*, 2002; Swan *et al.*, 2001 *cit. in* Farley *et al*, 2004). Também a ocorrência de recaídas é mais frequente entre os pacientes que vivenciaram violência interpessoal e/ou testemunharam episódios de violência. Quanto mais eventos traumáticos os indivíduos relatam, maior a probabilidade de recaída (Farley *et al*, 2004).

As vítimas de maus tratos físicos e de negligência têm também um risco aumentado de se dedicar à delinquência. A probabilidade é, aproximadamente, 47% maior para os jovens com, pelo menos, um relato de maus tratos (Ryan & Testa, 2005 *cit. in* Ryan, 2007).

Diferentes autores consideram que existem factores internos e externos que predispõem o indivíduo para o início do uso de drogas e que o mau trato na infância é um factor de risco a considerar neste comportamento (Farate, 2001; Pires, 2005) – maus tratos durante os primeiros dezoito anos de vida aumentam a probabilidade do uso de drogas durante a adolescência (Irlanda *et al*, 2002 *cit. in* Moran, 2004). Um modelo teórico comum usado para explicar a associação entre o mau trato e o uso de drogas vem da psicopatologia do

desenvolvimento. Segundo este modelo, um inadequado desenvolvimento numa determinada fase tem um “efeito em cascata” sobre o desenvolvimento posterior (Cicchetti, 1989 *cit. in* Moran, 2004). Os défices cognitivos, sociais, emocionais e comportamentais associados aos maus tratos podem conduzir a vários comportamentos problemáticos (Putnam, 1997 *cit. in* Moran, 2004).

Um factor importante de resistência é a idade de início do abuso e o número de vezes que a criança foi abusada (Ostaszewski & Zimmerman, 2006 *cit. in* Kaiser & Perrin, 2009). Uma vez que um indivíduo sujeito a maus tratos na infância atinge a idade adulta, pode usar álcool e drogas como um meio para lidar com os problemas que surgem durante as fases posteriores de desenvolvimento. Há, de facto, estudos que relatam histórias de abusos físicos e sexuais na infância e o uso de álcool e drogas na adolescência como forma de lidar com as emoções dolorosas e escapar dos seus problemas (Harrison, Fulkerson & Beebe, 1997 *cit. in* Kaiser & Perrin, 2009). É possível que adolescentes e adultos que sofreram maus tratos psicológicos e negligência na infância possam usar os mesmos mecanismos adaptativos para enfrentar a realidade (Kaiser & Perrin, 2009).

Certos tipos de maus tratos causam maior sofrimento psicológico do que outros e, portanto, estão associados a usos mais *pesados* de substâncias para fugir dessa dor. Resultados de vários estudos mostram uma tendência para as consequências do abuso emocional serem significativamente inferiores às do abuso sexual ou do abuso físico. As sequelas da combinação entre abuso físico e sexual são significativamente maiores do que as da combinação entre outros tipos de abusos ou maus tratos (Moran *et al*, 2004). Luster (1997 *cit. in* Moran *et al*, 2004) constatou que os adolescentes que sofreram abusos físicos e sexuais são significativamente mais propensos a abusar de bebidas alcoólicas do que os jovens que sofreram abuso sexual mas não abuso físico. Da mesma forma, Garnefski e Diekstra (1997 *cit. in* Moran *et al*, 2004) constataram que os adolescentes que foram sexual e fisicamente abusados são significativamente mais propensos a ter comportamentos de risco e de abuso de drogas, comparativamente a adolescentes que foram sexualmente, mas não fisicamente maltratados.

São vários os estudos que revelam que as crianças vítimas de abuso sexual têm maior probabilidade de vir a desenvolver comportamentos aditivos em relação às drogas, comparativamente com os adolescentes que não foram abusados (McFarlane & Waterman, 1986, *cit. in* Lawson & Lawson, 1992). O’Brien (*cit. in* Lawson & Lawson, 1992) destaca

ainda que um dos factores de risco para o consumo de drogas é a violação. Segundo Peluso & Peluso (*cit. in* Lawson & Lawson, 1992), quase metade dos dependentes de drogas ou de álcool foram abusados fisicamente e/ou sexualmente.

Detectam-se diferenças de género nas experiências de trauma em consumidores de drogas, com maiores taxas de abuso físico e sexual entre as mulheres do que entre os homens (DiNitto *et al.*, 2002; Najavits *et al.*, 1997; Ouimette *et al.*, 2000; Teegen & Zumbeck, 2000 *cit. in* Farley *et al.*, 2004). Paralelamente, as pesquisas têm demonstrado níveis mais elevados de abuso de substâncias, incluindo o tabaco e drogas ilícitas, em adolescentes do sexo masculino do que do sexo feminino (Dryfoos, 1998 *cit. in* Moran, 2004).

Os maus tratos estão significativamente associados a uma vasta gama de transtornos psiquiátricos na vida adulta, incluindo depressão, perturbação de stress pós-traumático e transtorno de pânico. O abuso sexual na infância, em particular, tem sido repetidamente associado, na idade adulta, a queixas físicas, como dor crónica, igualmente associados à depressão (Arnou, 2004). As drogas podem ser usadas para lidar com uma vasta gama de problemas, para alterar a sua experiência interna e, portanto, reduzir a dor psicológica (Auerbach-Walker, 1988; Hussey, 1996; Kaminer, 1999; Martin, 1996; Rotheram Borus, Mahler, Koopman, e Langabeer, 1996; Spear & Skala, 1998 *cit. in* Moran, 2004).

É na adolescência que o risco de envolvimento em comportamentos aditivos é mais significativo, visto tratar-se de uma etapa vivida com grande ansiedade, em que se experienciam mudanças e novas vivências, apesar de serem variadas as estratégias que podem ser usadas pelos jovens para se adaptar à realidade circundante (Morel, *et al.*, 1998). É neste período do desenvolvimento que o indivíduo está sujeito a mudanças mais intensas e significativas, tendo de enfrentar períodos de tensão, conflitos e momentos de ansiedade. Este processo dinâmico de maturação biopsicossocial articula factores individuais, socioculturais, escolares, psicológicos e a dimensão familiar, factores que não devem ser analisados isoladamente, pois essa seria uma análise insuficiente e limitativa, não contemplando a natureza complexa deste processo. É muito importante olhar para além do imediato, perceber quais as circunstâncias que levaram ao uso de substâncias e prestar especial atenção à história de trauma e às dificuldades emocionais e padrões de coping (The National Child Traumatic Stress Network, 2008).

As influências familiares sobre o adolescente moldam, desde a infância, os comportamentos deste de uma forma muito decisiva e são muito importantes no início da desviância (Farrate, 2001, Ferros, 2003, Moreira, 2005). Famílias estruturalmente incompletas, com um historial de uso de drogas e comportamentos desviantes, com baixas expectativas em relação à criança e com conflitos familiares, onde não existe coesão, onde se educa através da punição e não da comunicação, com recurso à crítica, ao humor cínico e ao mau trato, ao colocar a criança e o adolescente numa situação onde só obtém atenção através de comportamentos desadaptativos, constituem fortes factores de risco face ao consumo de drogas (Abraão, 1999, Simões, *et al*, 2008).

Cordeiro e colaboradores (2006), afirmam que os adolescentes oriundos de famílias que usam a punição como forma de educação, tendem a ter baixa auto-estima, altos níveis de depressão, elevadas dificuldades de adaptação a novas situações e, conseqüentemente, consomem drogas como uma forma de se inserir num grupo de pares que os aceitem ou, mesmo, como forma de se afirmar em relação aos pais. Muitos consumidores de droga afirmam nunca ter tido uma relação emocionalmente próxima com os pais durante a infância (Ferros, 2003). Uma família estruturada, com boas relações entre os seus membros, constitui um importante contexto de protecção para o adolescente.

A personalidade de um adolescente que inicia comportamentos aditivos é, frequentemente, uma personalidade vulnerável, que se desenvolveu sob influência de diversos factores negativos e que, deste modo, o predispôs ao início dos consumos, pois a nossa identidade constrói-se pela estabilidade das representações do *self* e dos objectos (Matos, 1996). O infligir de maus tratos às crianças por parte das figuras cuidadoras pode ter repercussões desestruturantes ao longo de todo o seu desenvolvimento e no desenvolvimento da sua identidade, podendo torná-las mais vulneráveis a determinados factores que poderão desencadear o abuso de drogas, como a pressão do grupo de pares ou o próprio desejo de experimentar (Pires, 2005).

O contexto escolar e a relação com os pares são factores importantes na compreensão das condutas desviantes. A identificação com o grupo de pares que, segundo Vitaro *et al.* (1999), é natural na adolescência, torna-se mais importante quando o jovem provém de um contexto familiar onde é usada a violência como forma de educar ou onde as práticas educativas são ineficazes. Quando o adolescente já tem características e comportamentos desviantes, tende a associar-se a um grupo de pares com as mesmas características, com o qual se

identifica, vindo este agravar determinados comportamentos de risco, através de métodos de coacção e modelagem (Mendes e Lopes, 2007).

A família, enquanto contexto privilegiado para afectos positivos e negativos, tem um papel fundamental no desenvolvimento psicológico dos adolescentes (Lawson & Lawson, 1992). Um ambiente caracterizado pela falta de suporte emocional, dificuldade em estabelecer limites ou uma educação demasiado autoritária, conflitos familiares sem oportunidade para negociação, é um ambiente propício a que o jovem, como estratégia de *coping*, ou seja, como esforço cognitivo e comportamental para superar uma situação de *stress* que excede o seu recurso pessoal, recorra ao consumo de drogas (Clayton, 1992, *cit. in* Becoña, 1999, Jessor, 1998, Lawson & Lawson, 1992).

Em síntese, são várias as vias propostas para explicar a ligação temporal entre o trauma e abuso de substâncias em adolescentes. Uma revisão dessas teorias demonstra que o estabelecimento dessas relações pode ser alcançado de duas formas: o trauma aumenta o risco de desenvolver comportamentos abusivos e o abuso de substâncias aumenta a probabilidade de os adolescentes vivenciarem episódios traumáticos. O uso de substâncias psicoactivas perpetua, afinal, um ciclo de problemas de comportamento que podem tornar ainda mais difícil a recuperação do sujeito após um evento traumático (The National Child Traumatic Stress Network, 2008).

Capítulo II – Estudo Empírico

2.1. Objecto e objectivos

O presente estudo tem como objectivo compreender a eventual relação entre experiências de maus tratos na infância e o envolvimento em comportamentos aditivos, para os quais aqueles podem funcionar como um factor de risco. O nosso objecto de estudo é, assim, a associação entre maus tratos na infância e envolvimento no consumo de drogas na adolescência.

Os nossos principais objectivos consistiram, então: (i) na identificação dos padrões de consumo de drogas num grupo de adolescentes; (ii) na identificação dos principais tipos de maus tratos a que esses adolescentes tivessem sido sujeitos na infância; (iii) na identificação de factores de risco e de protecção presentes na infância desses sujeitos, tal como definidos na literatura especializada da área; (iv) na identificação de eventuais associações entre maus tratos e usos de drogas; e (v) na identificação de eventuais diferenças de género relevantes ao nível da vitimação, dos padrões de consumo e da associação entre maus tratos e consumo de drogas na adolescência.

Para a sua concretização, optámos por um método de investigação orientado para dimensões mais descritivas e quantitativas, centrado na identificação e caracterização dos tipos de maus tratos de que um grupo de adolescentes, constitutivo da nossa amostra, pudesse ter sido vítima em criança, procurando verificar se existe alguma relação ou associação entre essas variáveis e o início do consumo de substâncias ilícitas.

Ao longo deste capítulo, apresentaremos o estudo por nós desenvolvido, designadamente, os seus objectivos, a metodologia utilizada, a amostra e os procedimentos e instrumento de recolha de dados, após o que procederemos à análise e discussão dos resultados.

Definimos, então, como questões orientadoras da nossa investigação, as seguintes:

- (i) Existirá uma relação entre ser vítima de maus tratos na infância e o envolvimento no consumo de drogas na adolescência?
- (ii) Existirá uma relação entre o tipo de mau trato sofrido e o envolvimento no consumo de drogas na adolescência?

- (iii) Existirão diferenças de género na relação entre experiência de maus tratos na infância e envolvimento no consumo de drogas na adolescência?
- (iv) Existirá uma relação entre as características da família de origem e o envolvimento no consumo de drogas na adolescência?

2.2. Método

2.2.1. Procedimentos e instrumento de recolha de dados

Antes de procedermos à recolha de dados, foram executadas algumas etapas fundamentais para a prossecução desta investigação. Começámos por proceder a uma pesquisa e identificação de todas as instituições de tratamento de toxicodependentes existentes no país e à selecção das que recebiam jovens da faixa etária pretendida. De seguida, todas essas instituições, mais de 30, foram contactadas por carta, dirigida aos seus directores, explicando-se os objectivos do estudo e solicitando-se autorização para proceder à recolha de dados (cf. Anexo I). Muito poucas das instituições contactadas acederam colaborar no estudo, algumas alegando a falta de jovens entre os membros da população abrangida.

Em algumas instituições, a recolha de dados foi realizada de forma presencial e, noutras, não presencial, contando com a colaboração dos técnicos dessas instituições. Às que aceitaram colaborar na investigação, mas preferiram proceder internamente à aplicação dos questionários, estes foram enviados por correio, acompanhados de um carta onde se expunham os objectivos gerais e as características do trabalho. O contacto postal ou via email foi complementado por contactos telefónicos. Foram garantidas as condições de anonimato e de respeito ético pelas regras da investigação científica.

Instrumento de recolha de dados

Para a recolha dos dados foi elaborado um questionário de tipo fechado, criado especificamente para esta investigação, no qual se utilizou uma Escala de Likert, de 1 a 4,

correspondente a *nunca*, *às vezes*, *frequentemente* e *sempre*, respectivamente (cf. anexo II).

Este tipo de instrumento é particularmente adequado para a recolha deste tipo de informação, na medida em que permite interrogar um elevado número de indivíduos, num espaço de tempo relativamente curto, bem com proceder a uma sistematização mais fácil dos dados.

No cabeçalho do questionário era solicitada uma breve caracterização do sujeito a nível sociodemográfico, incluindo variáveis como sexo, idade, habilitações académicas, profissão do pai e da mãe e estado civil dos pais.

Para obter dados sobre a prevalência, os padrões e as trajectórias de consumo, foram colocadas questões relacionadas com a idade de início dos consumos, durante quanto tempo consumiu, a primeira droga consumida e outras drogas experimentadas pelo sujeito, a modalidade preferencial de consumo de cada droga e a frequência de consumo na fase de maior dependência.

O questionário é composto por 40 perguntas, construídas com base na revisão bibliográfica efectuada, relativas a sete grandes áreas: consumo de outras substâncias psicoactivas associadas ao consumo de drogas ilícitas (uma vez que a informação relativa a estas já havia sido obtida através das questões presentes no cabeçalho), ter sido vítima de comportamentos de negligência, ter sido vítima de maus tratos emocionais, ter sido vítima de maus tratos físicos, ter sido vítima de abuso sexual, auto-estima e ruptura dos laços familiares.

No que diz respeito à dimensão “consumo de outras substâncias psicoactivas”, são colocadas questões relativas ao consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas, assim como a se o adolescente alguma vez foi obrigado a consumir drogas e se alguém na sua família consumia.

Na dimensão “ser vítima da negligência” tentamos perceber se os cuidadores os deixavam longos períodos de tempo sem comer, sem tomar banho ou sozinhos em casa, assim como se estas crianças ficavam fechadas em casa, se passavam frio e se iam à escola.

Na dimensão “ser vítima de maus tratos emocionais” são colocadas questões sobre se alguma vez os cuidadores fizeram o adolescente duvidar das suas capacidades, se o fizeram sentir pouco inteligente, se o fizeram sentir-se rejeitado, se possuía rede de apoio e se se sentia querido/amado pela família.

Na dimensão “ser vítima de maus tratos físicos” surgem questões sobre se os cuidadores lhes atiravam objectos de forma violenta, batiam de forma a deixar marcas, os queimavam propositadamente, lhes batiam sem terem motivos para isso ou se alguma vez o adolescente se sentiu ameaçado por eles.

Quanto à dimensão “ser vítima de abusos sexuais”, esta engloba questões relativas a se o jovem alguma vez foi tocado ou forçado a tocar nos órgãos genitais de um adulto ou nos seus próprios órgãos sexuais para satisfação dos desejos de algum adulto ou pessoa mais velha do que ele, se foi obrigado a fazer sexo ou exposto a fotografias e filmes pornográficos. Reunimos também informação sobre se algum adulto falou com eles sobre sexo de forma inadequada, por exemplo, com recurso a linguagem ofensiva ou se alguma vez alguém os obrigou a exhibir os órgãos sexuais.

Na dimensão “auto-estima” tentamos perceber se o adolescente se sente bem consigo próprio, se gosta dele, se se relaciona bem com os outros e se enfrenta bem situações inesperadas e as enfrenta de forma positiva.

Por último, na dimensão “ruptura dos laços familiares”, são colocadas questões sobre se já esteve institucionalizado, já fugiu de casa, já viveu com outras pessoas que não a família.

Os dados podem ser analisados item a item ou por factores – para o cálculo do “valor total de negligência” procede-se ao somatório dos itens 3, 4, 5, 11, 19, 21, 26; para o cálculo do “valor total de maus tratos físicos” procede-se ao somatório dos itens 7, 9, 24, 28, 36; para o cálculo do “valor total de maus tratos emocionais” procede-se ao somatório dos itens 2, 10, 15, 16, 17, 30, 34, 38; para o cálculo do “valor total de maus tratos sexuais” procede-se ao somatório dos itens 12, 13, 18, 22, 29, 33, 35; para o cálculo das dimensões associadas à auto-estima procede-se ao somatório dos itens 1, 8, 23, 25, 27; para o cálculo da dimensão “ruptura dos laços familiares” procede-se ao somatório dos itens 6, 14, 20; e, por fim, para o cálculo da dimensão “consumo de outras substâncias psicoactivas”, procede-se ao somatório dos itens 31, 32, 39 e 40.

É possível, ainda, obter um “valor global de maus tratos sofridos” através do cálculo da média dos valores obtidos para os valores “negligência”, “maus tratos emocionais”, “maus tratos físicos” e “maus tratos sexuais”. Todas estas variáveis foram utilizadas no tratamento estatístico dos dados.

Os dados dos questionários foram inseridos numa matriz de SPSS 16.0 para Windows (Statistical Package for Social Sciences) e submetidos a tratamento estatístico.

2.2.2. Caracterização da amostra

A nossa amostra é constituída por 41 adolescentes toxicodependentes, de ambos os sexos, que se encontravam internados em instituições especializadas no tratamento de problemas de toxicoddependência e que abrangessem esta população. Trata-se, assim, de uma amostra não aleatória, intencional, aquela que nos permitiria dar resposta aos objectivos deste estudo e às questões de investigação colocadas.

A idade dos adolescentes da nossa amostra varia entre os 14 e os 19 anos. As faixas etárias com maior percentagem de adolescentes são as dos 16 anos (39%) e 17 anos (31.7%) (cf. Gráfico 1), sendo a média de idade de 16.54.

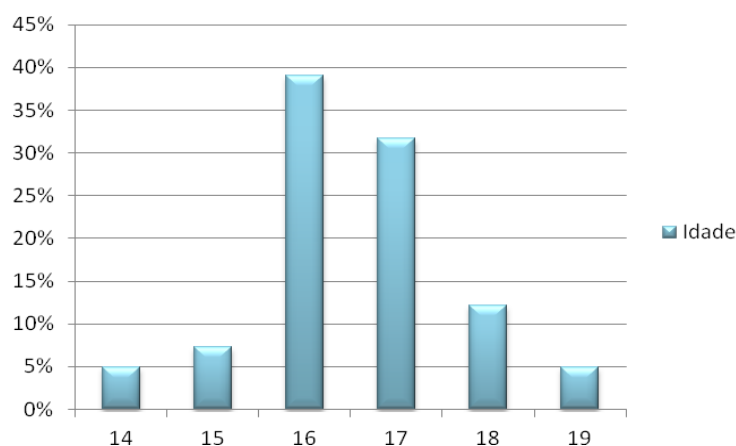


Gráfico 1: Idade dos sujeitos

Na nossa amostra, 58.5% dos adolescentes é do sexo masculino e 41.5% é do sexo feminino.

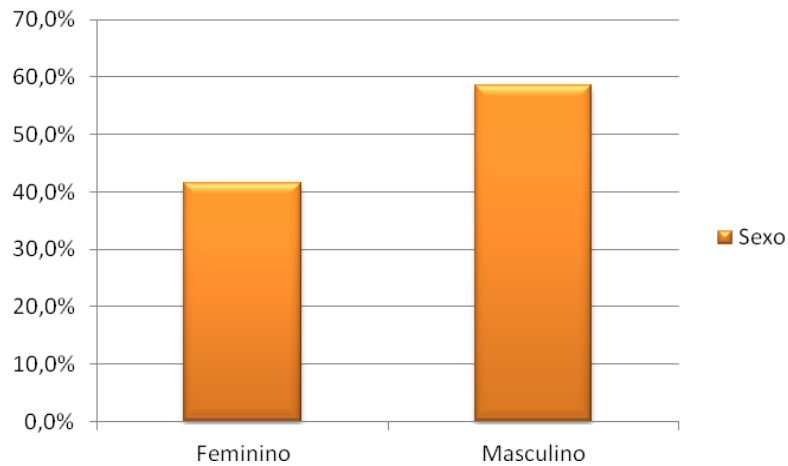


Gráfico 2: Sexo dos sujeitos

O gráfico 3 mostra as habilitações académicas dos adolescentes do estudo: 46.3% dos sujeitos concluiu o segundo ciclo de escolaridade e igual percentagem concluiu o terceiro ciclo. Apenas 4.9% concluiu o primeiro ciclo e 2.4% o ensino secundário.

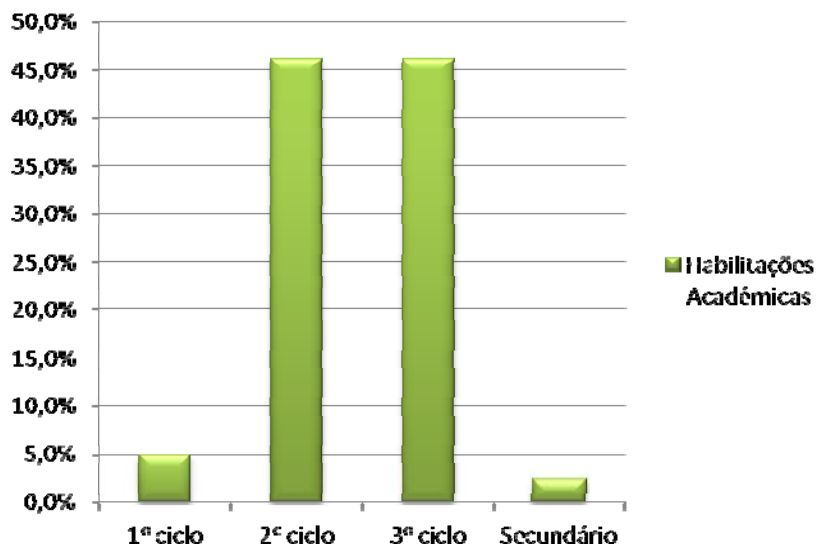


Gráfico 3: Habilitações académicas dos sujeitos

A tabela 1 apresenta-nos a profissão da mãe dos adolescentes da amostra. Verifica-se que 29.3% das mães é doméstica, 22% é “trabalhadora manual”, 9.8% “técnica ou profissional de nível intermédio”, 4.9% “técnica ou profissional de nível superior”, 4.9% empresária, 4.9% está desempregada, 2.4% reformada, 4.9% já faleceu e 9.8% dos adolescentes inquiridos não tem conhecimento da profissão da mãe.

	Profissão da Mãe	Frequência	%
	Doméstica	12	29,3
	Trabalhadoras manuais	9	22,0
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	4	9,8
	Profissão desconhecida	4	9,8
	Técnicos e profissionais de nível superior	2	4,9
	Empresário	2	4,9
	Desempregado	2	4,9
	Falecido	2	4,9
	Reformado	1	2,4
	Total	38	92,9
Não respondeu		3	7,1
	Total	41	100

Tabela 1: Profissão da mãe

Relativamente à profissão do pai, 31.7% trabalha em profissões manuais, 12.2% é técnico ou profissional de nível intermédio, 12.2% é empresário, 9.8% encontra-se desempregado, 7.3% está reformado, 7.3% já faleceu, 2.4% é profissional de nível superior e 12.2% dos adolescentes inquiridos não tem conhecimento da profissão do pai.

	Profissão do Pai	Frequência	%
	Trabalhadores manuais	13	31,7
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	5	12,2
	Empresário	5	12,2
	Profissão desconhecida	5	12,2
	Desempregado	5	12,2
	Reformado	3	7,3
	Falecido	3	7,3
	Técnicos e profissionais de nível superior	1	2,4
	Total	40	97,5
Não respondeu		1	2,5
	Total	41	100

Tabela 2: Profissão do pai

Em relação ao estado civil dos pais dos adolescentes da amostra, 43.9% é divorciado 36.6% casado, 7.3% solteiro, 4.9% encontra-se em situação de separação de facto e 2.4% em união de facto.

	Estado Civil dos pais	Frequência	%
	Divorciados	18	43,9
	Casados	15	36,6
	Solteiros	3	7,3
	Separação de Facto	2	4,9
	União de Facto	1	2,4
	Total	39	95,1
Não respondeu		2	4,9
	Total	41	100

Tabela 3: Estado Civil dos Pais

2.3 Apresentação e Discussão dos Resultados

No que diz respeito aos padrões e trajetórias de uso de drogas, verificamos que a idade do primeiro consumo na nossa amostra variou entre os 8 (2.4%) e os 16 anos (7.3%), com maior incidência nos 14 anos (26.8%), seguidos dos 12 anos (24.4%) (Tabela 4).

	Idade do primeiro consumo	Frequência	%
	14	11	26,8
	12	10	24,4
	15	5	12,2
	11	5	12,2
	16	3	7,3
	13	3	7,3
	9	2	4,9
	8	1	2,4
	Total	40	97,5
Não respondeu		1	2,5
	Total	41	100

Tabela 4: Idade do primeiro consumo de droga

Relativamente à duração do consumo (Tabela 5), constatou-se que 46.3% da amostra consumiu entre um a três anos, 29.3% consumiu apenas durante um ano, ou menos, e 9.8% consumiu durante mais de três anos.

Duração dos consumos	Frequência	%
De 1 a 3 anos	19	46,3
1 ano ou menos	12	29,3
Mais de 3 anos	4	9,8
Total	35	85,4
Não respondeu	6	14,6
	Total	41
		100

Tabela 5: Duração dos consumos

Em relação à primeira droga consumida (Tabela 6), 92.7% dos adolescentes do estudo iniciou os consumos com *cannabis*, 4.9% com álcool e 2.4% com heroína.

Droga	Frequência	%
Cannabis	38	92,7
Álcool	2	4,9
Heroína	1	2,4
Total	41	100

Tabela 6: Primeira droga consumida

Grande parte dos sujeitos (51.2%) não consumiu mais nenhuma droga ao longo da vida, mas 7.3% dos jovens referiu o consumo de cocaína, 7.3% o consumo de heroína e 9.8% o consumo de cocaína e anfetaminas (Tabela 7).

Outras drogas consumidas	Frequência	%
Nenhuma	21	51,2
Cocaína + anfetaminas	4	9,8
Heroína	3	7,3
Cocaína	3	7,3
Anfetaminas	2	4,9
Álcool	2	4,9
Cocaína + heroína	2	4,9
Anfetaminas + cocaína + álcool	1	2,4
Heroína + cocaína + barbitúricos	1	2,4
Cocaína + heroína + LSD	1	2,4
Cocaína + heroína + álcool	1	2,4
Total	41	100

Tabela 7: Outras drogas consumidas

A maioria dos adolescentes (63.4%) consumia a droga de forma fumada, 14.6 % fumava e *snifava*, 7.3% fumava e injectava, 4.9% injectava e os restantes consumiam através de diferentes combinações de vias de consumo (Tabela 8).

Formas de consumo	Frequência	%
Fumada	26	63,4
Fumada + snifada	6	14,6
Fumada + injectada	3	7,4
Injectada	2	4,9
Fumada + snifada + via oral	2	4,9
Via oral	1	2,4
Fumada + via oral	1	2,4
Total	41	100

Tabela 8: Forma de consumo

Quanto à frequência dos consumos, 87.8% dos sujeitos consumia diariamente, 4.9% consumia uma vez por semana e 7.3% ocasionalmente (Tabela 9).

Frequência do consumo	Frequência	%
Diária	36	87,8
Uma vez por semana	2	4,9
Ocasionalmente	3	7,3
Total	41	100

Tabela 9: Frequência dos consumos

Por fim, 97.6% dos adolescentes da nossa amostra revelou que fuma tabaco e 51.2% que consome bebidas alcoólicas.

Passando a outra dimensão de análise, verificamos que 68.3% dos adolescentes da nossa amostra revelou já ter estado institucionalizado alguma vez no passado (Tabela 10).

Institucionalização	Frequência	%
Sim	28	68,3
Não	13	31,7
Total	41	100

Tabela 10: Institucionalização

Sendo o principal objectivo do nosso estudo verificar se os maus tratos infantis surgiam associados ao consumo de drogas, uma vez que são frequentemente indicados como factor de risco para o início destes comportamentos aditivos, analisamos, num primeiro momento a incidência e tipos dominantes de maus tratos relatados pela amostra e, num segundo momento, verificamos se existiam associações estatisticamente significativas entre estas duas dimensões estudadas.

Em termos descritivos, verificamos que 51.3% dos adolescentes inquiridos afirma nunca ter sofrido qualquer tipo de maus tratos, enquanto 48.7% dos adolescentes refere ter sido vítima de algum tipo de abuso – destes, 82.9% reporta formas de abuso emocional, 36.6% formas de abuso sexual, 31.7% formas de maus tratos físicos e 26.8% situações de negligência. Cada adolescente foi vítima de um ou mais destes tipos de maus tratos.

Se compararmos estes dados com as estatísticas nacionais, verificamos que a incidência de situações de maus tratos na infância, nos jovens da nossa amostra, é superior à da população em geral, designadamente ao nível dos maus tratos físicos e sexuais.

Procurando perceber se esta maior incidência surgia associada aos consumos de drogas ou a outros factores de risco da amostra, designadamente os relacionados com a estrutura familiar e as rupturas dos laços familiares do jovem, realizamos um conjunto de estatísticas inferenciais, recorrendo a testes estatísticos adequados à natureza das variáveis em causa, designadamente testes de X^2 , *testes t* e *anovas*.

Tentamos perceber, primeiro, que variáveis poderiam estar relacionadas com os consumos observados na nossa amostra e com a vitimação que a maioria deles tinha sofrido, funcionando como eventuais potenciadores, mediadores, factores de risco ou protecção, aplicamos diversos testes estatísticos às diferentes variáveis contempladas no nosso estudo.

Ao nível dos consumos, verificamos que não existe uma diferença de género para o consumo de drogas, na nossa amostra, mas que esta se revela para o consumo de álcool, com um número significativamente superior de rapazes a consumir álcool do que de raparigas ($\chi^2=5.528$; g.l.=1; $p \leq 0.05$) e a revelarem uma intensidade/frequência de consumo de álcool também mais elevada que a das raparigas [$t(39)=2.355$, $p \leq .050$].

Existe uma associação altamente significativa entre a idade de início dos consumos de drogas e o facto de ter consumos mais elevados de álcool, verificando-se que os jovens da amostra que começaram a consumir drogas mais tarde apresentam consumos de álcool inferiores aos que iniciaram os consumos de drogas mais precocemente ($r=-.515$, $p \leq .010$). É observável também uma correlação negativa altamente significativa entre a idade de início dos consumos de drogas e a duração desses consumos, sendo que, quanto mais cedo iniciaram os consumos de drogas maior duração teve o período de dependência ($r=-.501$, $p \leq .010$), tal como uma associação entre a idade de início de consumos e a intensidade dos consumos no pico da dependência - quanto mais tarde se envolveram nos consumos de drogas menor foi a intensidade dos consumos no ponto máximo de dependência.

Ainda ao nível dos consumos de drogas, e num sentido contrário ao que seria de esperar, a atender à bibliografia da especialidade, verifica-se que os jovens da nossa amostra que mantiveram consumos por mais de 3 anos foram menos vezes institucionalizados na infância do que os que mantiveram consumos de menor duração ($\chi^2=7.572$; g.l.=2; $p \leq 0.05$).

Não se encontraram diferenças em função das outras variáveis sociodemográficas e familiares consideradas.

Ao nível dos maus tratos de que os jovens da nossa amostra foram vítimas, verificou-se também uma diferença entre rapazes e raparigas, mas apenas no que diz respeito a uma forma específica de maus tratos, os maus tratos sexuais, com as raparigas a serem mais vítimas deste tipo de maus tratos do que os rapazes ($\chi^2=4.562$; g.l.=1; $p \leq 0.05$).

Paralelamente, constata-se uma associação entre todos os tipos de maus tratos estudados, embora com diferentes intensidades e diferentes perfis de associação. Isto é, encontramos uma correlação positiva altamente significativa entre a nota global de maus tratos e o ser vítima de maus tratos físicos ($r=.859$, $p \leq .010$), ser vítima de maus tratos emocionais ($r=.737$, $p \leq .010$), ser vítima de maus tratos sexuais ($r=.633$, $p \leq .010$) e ser vítima de negligência ($r=.832$, $p \leq .010$), o que resulta da própria natureza da variável "valor global dos maus tratos" e dos itens que a compõem, mas nos permite confirmar, ao mesmo tempo, que todos os tipos de maus tratos considerados neste estudo têm presença e relevância estatística.

A confirmar esta associação, quando trabalhamos com as variáveis de maus tratos convertidas para variáveis dicotômicas (ter sido ou não vítima alguma vez, em vez de a frequência com que o foram) constatamos que os jovens que na infância foram vítimas de negligência sofreram mais maus tratos físicos do que os não negligenciados ($\chi^2=8.174$; g.l.=1; $p \leq 0.05$); os negligenciados sofreram mais maus tratos em geral (nota global) do que os não negligenciados ($\chi^2=6.719$; g.l.=1; $p \leq 0.05$); os que sofreram maus tratos físicos também sofreram mais vezes maus tratos em geral (nota global) do que os não abusados fisicamente ($\chi^2=6.719$; g.l.=1; $p \leq 0.10$); os que sofreram maus tratos sexuais também sofreram mais maus tratos em geral (nota global) do que os não abusados sexualmente ($\chi^2=6.209$; g.l.=1; $p \leq 0.50$).

Procurando associações mais específicas entre os tipos de maus tratos sofridos pelos jovens da nossa amostra, verifica-se uma correlação positiva altamente significativa entre ser vítima de maus tratos sexuais e ser vítima de maus tratos físicos ($r=.488$, $p \leq .010$), não se encontrando outras associações entre esta forma específica de maus tratos e as restantes (o que, de alguma forma, está em sintonia com a especificidade que a literatura da área aponta a este tipo de mau trato ou abuso em particular). Encontram-se, paralelamente, correlações positivas altamente significativas entre maus tratos físicos e emocionais ($r=.442$, $p \leq .010$), maus tratos físicos e negligência ($r=.703$, $p \leq .010$) e maus tratos emocionais e negligência ($r=.624$, $p \leq .010$).

Ao nível da negligência e da sua associação com diferentes tipos de comportamentos abusivos, constata-se que os jovens que foram deixados longos períodos sem comer foram também os que se sentiram mais rejeitados pela família ($r=.320$, $p \leq .010$), os que sentiram que não tinham ajuda de ninguém em casa ($r=.642$, $p \leq .010$) e, simultaneamente, aqueles que mais vezes foram agredidos de forma tão violenta que lhes deixou marcas no corpo ($r=.363$, $p \leq .050$). Para além disso, os que mais afirmaram ter passado frio em casa na infância foram também os menos incentivados pela família a ir à escola ($r=-.598$, $p \leq .010$), os que mais tempo passaram sozinhos fechados em casa ($r=.327$, $p \leq .050$), os que acham que a família não fez o suficiente para lhes proporcionar boas condições de vida ($r=-.396$, $p \leq .050$), os que menos eram emocionalmente apoiados pela família e menos ouviam dizer que eram amados ($r=-.312$, $p \leq .050$), além de que foram os mais vezes pressionados para consumir drogas pelos próprios familiares ($r=.336$, $p \leq .050$).

Através de outras associações estatísticas encontradas, constata-se que os pais/cuidadores que mais vezes deixavam os filhos sem comer eram também os que mais lhes batiam deixando marcas físicas no corpo ($r=.363$, $p \leq .050$), os que mais lhes batiam sem razão ($r=.403$, $p \leq .010$) e os que mais lhes atiravam objectos de forma violenta ($r=.549$, $p \leq .010$). De forma não inesperada, surge também uma associação entre este tipo de pais abusivos e o facto de eles próprios serem consumidores de drogas ($r=.390$, $p \leq .050$).

Verificamos também que os pais que mais vezes deixavam os filhos fechados em casa eram os que mais lhes batiam sem razão ($r=.626$, $p \leq .010$). Os pais/cuidadores que deixavam os filhos sem comer eram também os que mais vezes os deixavam passar frio em casa ($r=.440$, $p \leq .010$), os que menos investiram em criar condições de vida adequadas ($r=.392$, $p \leq .050$), os que mais tempo os deixavam sozinhos em casa ($r=.376$, $p \leq .050$), os que mais ameaçavam os filhos ($r=.331$, $p \leq .050$), os que menos os ajudavam quando estes solicitavam ajuda ($r=-.404$, $p \leq .010$) e os que menos os faziam sentir-se queridos/amados pela família ($r=-.394$, $p \leq .050$). O mesmo tipo de associação se verificou entre fechar os filhos em casa e não lhes dar banho ($r=.671$, $p \leq .010$), deixá-los sozinhos longos períodos de tempo ($r=-.331$, $p \leq .050$), colocá-los a viver com outras pessoas ($r=-.351$, $p \leq .050$), ameaçá-los ($r=-.461$, $p \leq .010$) e não os fazer sentir-se amados ($r=-.369$, $p \leq .050$).

Ao nível dos comportamentos de abuso sexual e da sua associação com diferentes tipos de comportamentos abusivos, constata-se nos jovens da nossa amostra uma associação estatisticamente significativa entre já ter sido tocado por adultos nos órgãos genitais e ser obrigado por aqueles a tocar nos seus [dos adultos] órgãos sexuais ($r=.764$, $p \leq .010$), ter sido filmado ou fotografado com fins sexuais ou pornográficos ($r=.386$, $p \leq .050$), ter sido obrigado a exhibir os próprios órgãos genitais ($r=.326$, $p \leq .050$), ter sido obrigado a tocar nos seus próprios [da criança/jovem] órgãos genitais para satisfação de um adulto ($r=.398$, $p \leq .010$), algum adulto lhes ter falado de forma sexual e inapropriada ($r=.602$, $p \leq .010$) e ter sido obrigado a praticar sexo contra a sua vontade ($r=.386$, $p \leq .050$).

Estes jovens foram também mais vezes agredidos pelos cuidadores sem qualquer razão ($r=.358$, $p \leq .050$), mais vezes os pais/cuidadores lhes atiraram objectos de forma violenta ($r=.439$, $p \leq .010$), mais vezes os negligenciaram ao nível do banho ($r=.359$, $p \leq .050$), mais vezes estiveram a viver com outras pessoas que não os pais ($r=.328$, $p \leq .050$) e mais

vezes fugiram de casa ($r=.386$, $p \leq .050$), dois factos que, como a literatura bem destaca, constituem factores de elevado risco para o abuso sexual.

Ao nível dos maus tratos físicos, encontramos, ainda, uma associação significativa entre bater sem razão e bater até deixar marcas ($r=.403$, $p \leq .010$), atirar objectos de forma violenta ($r=.351$, $p \leq .050$) e ameaçar os filhos ($r=.488$, $p \leq .010$), assim como se verifica que quanto mais batiam nos filhos sem razão, menos incentivavam o recurso à escola ($r=-.316$, $p \leq .050$), mais os deixavam sozinhos em casa longos períodos de tempo ($r=.462$, $p \leq .010$) e fechados em casa ($r=.626$, $p \leq .010$), deixando-os também mais vezes sem comer ($r=.436$, $p \leq .010$).

Encontrou-se também uma associação entre os pais/cuidadores terem queimado mais vezes os filhos de forma intencional e serem consumidores de drogas ($r=.428$, $p \leq .010$) e entre os jovens serem vítimas de queimaduras intencionais pela família e serem obrigados a consumir drogas em casa ($r=-.327$, $p \leq .050$), terem sido institucionalizados precocemente ($r=-.428$, $p \leq .010$) e terem fugido de casa ($r=-.373$, $p \leq .050$). A associação dos consumos dos pais a diferentes tipos de maus tratos é diversa. Assim, quanto mais consumiam os pais/cuidadores, mais vezes atiravam objectos de forma violenta aos filhos ($r=.437$, $p \leq .010$), mais vezes lhes batiam até deixar marcas ($r=.390$, $p \leq .050$), mais vezes os ameaçavam ($r=.380$, $p \leq .050$), mais vezes os filhos foram institucionalizados ($r=.402$, $p \leq .010$), mais vezes os deixavam sozinhos em casa ($r=.440$, $p \leq .010$), mais vezes os fizeram sentir-se rejeitados ($r=.441$, $p \leq .010$), mais vezes os fizeram duvidar das suas capacidades ($r=.396$, $p \leq .010$) e lhes faltaram com apoio ($r=.349$, $p \leq .050$), menos os fizeram sentir-se amados/desejados pela família ($r=-.499$, $p \leq .010$), menos os ajudaram ($r=-.411$, $p \leq .010$) e menos condições de vida positivas lhes proporcionaram ($r=-.456$, $p \leq .010$).

Um consumo mais elevado de drogas pelos pais ou outros consumidores surge também positivamente correlacionado com a prática de maus tratos globais ($r=.515$, $p \leq .010$), maus tratos emocionais ($r=.525$, $p \leq .010$), maus tratos físicos ($r=.459$, $p \leq .010$) e negligência dos filhos ($r=.397$, $p \leq .050$).

As fugas de casa dos jovens da nossa amostra surgem, como atrás referimos, associadas a vitimações de tipo sexual e ao ter sido intencionalmente queimado por familiares ($r=.373$, $p \leq .050$), mas encontramos também uma associação positiva entre os familiares os terem

feito duvidar das suas capacidades e terem fugido de casa ($r=.388$, $p \leq .050$). Encontramos também uma correlação positiva altamente significativa entre ser vítima de maus tratos em geral (nota global) e fugir de casa durante a infância ($r=.447$, $p \leq .010$), assim como entre ser vítima das diferentes formas de maus tratos sexuais no seu conjunto e fugir de casa durante a infância ($r=.460$, $p \leq .010$). Da mesma forma, surge uma associação positiva estatisticamente significativa entre ser vítima de negligência e fugir de casa durante a infância ($r=.357$, $p \leq .050$) e ser vítima de maus tratos físicos e fugir de casa durante a infância ($r=.387$, $p \leq .050$).

Já ao nível do que poderão ser considerados factores de protecção destes jovens, encontramos, nos jovens que apresentam maiores níveis de auto-estima, uma correlação negativa estatisticamente significativa com os maus tratos, quer no seu valor global ($r=-.331$, $p \leq .050$), quer na forma específica de negligência ($r=-.382$, $p \leq .050$), pelo que se poderá concluir que, quanto menos foram maltratados, melhor é a imagem de si destes jovens. Existe também uma associação positiva entre gostar de si e relacionar-se bem com os outros ($r=.326$, $p \leq .050$) e gostar de si e enfrentar bem as situações novas ($r=.541$, $p \leq .010$). De forma similar, encontramos uma relação positiva entre sentir que os cuidadores se esforçaram por lhes proporcionar boas condições de vida e ter com quem falar em alturas em que tenham necessidade ($r=.336$, $p \leq .050$), ter ajuda quando enfrentam dificuldades e ter alguém com quem falar em alturas em que tenham necessidade ($r=.378$, $p \leq .050$), ter com quem falar em alturas em que tenham necessidade e sentir-se amado pela família ($r=.336$, $p \leq .050$).

Esta questão de ter alguém na família com quem falar em alturas em que tenham necessidade aparece negativamente correlacionada quer o valor global dos maus tratos de que foram vítimas ($r=-.342$, $p \leq .050$), quer, e sobretudo, com a vitimação por maus tratos emocionais ($r=-.587$, $p \leq .010$).

Em síntese, e tendo em conta as questões de investigação por nós levantadas, verificou-se que:

(i) Em relação à primeira questão – *existirá uma relação entre ser vítima de maus tratos na infância e o envolvimento no consumo de drogas na adolescência?* –, verificamos que quase metade dos adolescentes com problemas de toxicod dependência, constitutivos da

nossa amostra (48.7%), referiu ter sido vítima de algum tipo de mau trato na infância. No entanto, não existe uma relação directa entre estas duas variáveis.

Ao contrário do que a literatura nos revela em vários estudos efectuados, que a maioria dos toxicodependentes relata, pelo menos, um evento traumático no passado (Argeriou & Daley, 1997; Berry & Sellman, 2001; Brown *et al.*, 2003; Dansky *et al.*, 1999; DiNitto *et al.*, 2002; Swan *et al.*, 2001 *cit. in* Farley *et al.*, 2004). Os maus tratos sobre crianças afectam a vida e o seu comportamento na adolescência, podendo aquelas tornar-se delinquentes e dependentes de drogas ou de álcool, sendo o uso de drogas mais elevado entre os adolescentes que referem ter sido vítimas de maus tratos (Tavares *et al.*, 2004).

Um outro estudo revela-nos que, dos toxicodependentes entrevistados, 70% assistiu a ou foi vítima de maus-tratos por parte dos pais. Entre os que não usam drogas, a percentagem dos que não foram vítimas de violência doméstica baixa para 20% (Tavares *et al.*, 2004).

Procurando analisar de forma mais específica que aspectos destas duas dimensões estariam mais directamente associados entre si (e.g., tipo de mau trato, sexo, idade de início do consumo, duração do consumo, tipo de droga consumida), procedemos a uma análise estatística cruzada entre todas as variáveis contempladas no nosso estudo, através dos quais se verificou que nenhuma das variáveis mais específicas estudadas relacionadas com o tipo de vitimação e com os consumos nos jovens da amostra está associada de forma estatisticamente significativa entre si, indicando que elas não nos poderão, pelo menos nesta investigação, ajudar a compreender melhor a relação constatada entre consumos na juventude e vitimação na infância.

(ii) Em relação à segunda questão – *existirá uma relação entre o tipo de mau trato sofrido e o envolvimento no consumo de drogas na adolescência?* –, verificamos que os jovens vítimas de negligência e aqueles que foram vítimas de queimaduras intencionais pela família foram muitas vezes pressionados para consumir drogas pelos próprios familiares. Na nossa amostra de adolescentes toxicodependentes 82.9% foram vítimas de negligência e 31.7% de maus tratos físicos.

(iii) Em relação à terceira questão – *existirão diferenças de género na relação entre experiência de maus tratos na infância e envolvimento no consumo de drogas na adolescência?* –, e de forma não inesperada, atendendo à inexistência de relações anteriormente referidas, não se verificou também qualquer diferença estatisticamente

significativa em função da variável sexo relativamente ao consumo de droga. No entanto, verificaram-se diferenças de género relativamente ao consumo de álcool, com um número superior para os rapazes.

Constatamos que as raparigas da nossa amostra foram mais vezes vítimas de maus tratos sexuais do que os rapazes, de uma forma que é estatisticamente significativa.

(iv) Em relação à quarta questão – *existirá alguma relação entre as características da família de origem e o envolvimento no consumo de drogas na adolescência?* –, constatou-se uma associação estatisticamente significativa entre um dos factores de ruptura familiar analisados – ter sido institucionalizado no passado – e os consumos de substâncias ilícitas durante mais de três anos. Ao contrário do que seria de esperar, os jovens que mantiveram consumo por mais de três anos foram menos vezes institucionalizados.

Surgiu ainda uma associação estatisticamente significativa entre os pais ou outros cuidadores destes jovens serem, eles próprios, consumidores de drogas e os filhos terem sido institucionalizados na infância e, também, entre os pais/cuidadores serem consumidores de drogas e perpetrarem maus tratos aos filhos, quer de uma forma global, quer especificamente ao nível dos maus tratos emocionais, maus tratos físicos e da negligência. O consumo de drogas pelos cuidadores parece ser, assim, o que é consonante com a bibliografia da área, um factor de risco para os maus tratos na infância, podendo constituir uma variável de risco indirecto para o consumo de drogas na juventude.

Encontramos também uma correlação positiva entre ser vítima de maus tratos em geral (nota global) e fugir de casa durante a infância, ser vítima de maus tratos sexuais e fugir de casa, ser vítima de negligência e fugir de casa e ser vítima de maus tratos físicos e fugir de casa ($r=.387$, $p \leq .050$), mais um potencial factor de risco na trajectória dos jovens da nossa amostra.

Em contrapartida, nos jovens que apresentam maiores níveis de auto-estima surge uma correlação negativa estatisticamente significativa com os maus tratos, quer na sua nota global, quer ao nível da negligência, indiciando que ausência de maus tratos ou uma reduzida incidência destes poderá constituir um factor protector na vida dos jovens da nossa amostra.

Conclusões e Considerações Finais

O objectivo central deste estudo era o de perceber se existia alguma associação entre o facto de ter sido vítima de maus tratos na infância e envolver-se no consumo de drogas na adolescência. Constatamos, a este nível, que quase metade dos jovens da nossa amostra (recordamos que todos eles se encontravam em instituições de tratamento de problemas de toxicoddependência) – 48.7% – referiu ter sido vítima de algum tipo de mau trato na infância, com uma incidência de algumas formas de maus tratos muito acima do que são os dados existentes para a população nacional: 82.9% dos jovens afirma ter sido vítima de abuso emocional, 36.6% de abuso sexual, 31.7% de maus tratos físicos e 26.8% de situações de negligência.

No nosso estudo verificou-se que os pais, avós ou outros cuidadores deixavam os adolescentes sozinhos em casa durante longos períodos de tempo, o que vai ao encontro dos dados do estudo de Almeida e colaboradores (2001). Neste estudo verificou-se que 65% das crianças foi maltratada pelos familiares mais próximos, registando-se uma impressionante quantidade de crianças vítimas de negligência – as que permaneciam sozinhas em casa, sem vigilância parental e, portanto, em risco por longos períodos de tempo.

Determinados tipos de maus tratos originam maior sofrimento psicológico do que outros e estarão relacionados com o abuso de substâncias. Ryan e Testa (2005 *cit. in* Ryan, 2007) mencionam que as vítimas de maus tratos físicos e de negligência têm um risco mais elevado de enveredar pelo consumo de drogas. Referem que a probabilidade é 47% maior para os jovens com, pelo menos, um relato de maus tratos. Como o nosso estudo não englobou a comparação entre jovens com e sem consumos de drogas, não podemos afirmar qual diferença entre a ocorrência num e noutro grupo, mas as estatísticas nacionais permitem-nos antecipar uma diferença no mesmo sentido.

As sequelas psicológicas são mais complicadas de analisar e de diagnosticar, o que não parece impedir que sejam, de longe, as mais frequentemente assinaladas. No nosso estudo 82.9% dos adolescentes revelam ter sido vítimas de abuso emocional, um dado muito expressivo e acima do que é constatado no estudo de Almeida e colaboradores (2001), que revela que 53% das crianças portuguesas foi vítima deste tipo de abuso.

Este mesmo estudo refere que 8% das crianças da sua amostra apresentou lesões genitais. No nosso estudo, os abusos foram relatados por 36.6% da amostra, um valor muito elevado e que pode estar associado a algumas perturbações psicológicas. Ao serem despertados para o sexo precocemente, e de uma forma abusiva, os jovens da nossa amostra poderão ter sofrido consequências negativas ao nível do seu desenvolvimento e integração social.

No que diz respeito aos eventuais factores de risco presentes na vida dos jovens da nossa amostra, diversos estudos internacionais referem que, nas famílias de adolescentes toxicodependentes, existem outros indivíduos com problemas de consumo de drogas. No nosso estudo verificamos que a maioria das famílias dos adolescentes estudados (73.2%) não envolvia familiares que consumissem substâncias ilícitas, o que é consonante com os dados do já referido estudo de Almeida e colaboradores (2001), sobre maus tratos infantis em Portugal. Estes autores também só encontraram 16% de famílias com quem a criança maltratada residia envolvendo indivíduos toxicodependentes.

Almeida e colaboradores (2001) constataram também a elevada expressão numérica das situações de instabilidade e precariedade do laço conjugal dos pais da criança, o qual foi quebrado ou nunca chegou a existir. Salientam que as famílias monoparentais ou as famílias recompostas surgem no estudo com uma expressão muito significativa, não se podendo esquecer que, muitas vezes, nos processos de ruptura e de reconstrução conjugal as crianças vivem num clima intenso de conflito, os pais estão vulneráveis e usam-nas frequentemente como objecto de chantagem, entre outros comportamentos problemáticos. Estes comportamentos podem constituir um terreno propício para o surgimento de situações de risco e comprometer consideravelmente o equilíbrio e o desenvolvimento da criança.

Verificamos, no nosso estudo, que os pais dos adolescentes da nossa amostra são maioritariamente solteiros, divorciados ou separados de facto (56.5%), constituindo uma “família incompleta”. O estudo de Tavares e colaboradores (2004) salienta também a situação conjugal dos pais, constatando que os filhos de pais separados referiram um uso de drogas significativamente maior do que aqueles cujos pais viviam juntos.

Segundo estes autores, o bem-estar emocional dos filhos pode ser afectado por conflitos e infelicidade conjugal que, por regra, começam a ocorrer antes da separação. A separação

dos pais, em si, não foi apontada como um problema, mas as discussões, o desgaste da relação, os maus tratos no casal, podem gerar desequilíbrios emocionais nos adolescentes.

No nosso estudo não encontramos associações directas entre as variáveis de maus tratos que estudamos e os padrões e trajectórias de consumo dos jovens da amostra, ao contrário do que esperávamos encontrar. Encontramos apenas associações entre os consumos nos pais/cuidadores e os maus tratos aos filhos. Isto pode dever-se e como referimos na revisão bibliográfica, ao factor resiliência. Este é determinante para as crianças vítimas e pode complicar a previsão do impacto dos maus tratos infantis e a sua associação com o consumo de substâncias ilícitas. Como certos adolescentes possuem factores ou processos intrapsíquicos e sociais que possibilitam o desenvolvimento de uma vida sadia, apesar de experiências de vida traumáticas, poderão não enveredar por uma carreira desviante. No nosso estudo não foram recolhidos dados suficientes para nos podermos pronunciar sobre esta questão.

Uma condição muito importante de resistência a comportamentos desviantes, como o consumo de drogas ilícitas, é a idade de início do abuso à criança e o número de vezes que esta foi abusada (Ostaszewski & Zimmerman, 2006 *cit. in* Kaiser & Perrin, 2009), dados que também não foram recolhidos no nosso estudo.

Estas são algumas das dimensões que seria importante apurar em estudos futuros que complementem o presente. A falha na integração de algumas questões no nosso questionário é uma das principais limitações que lhe encontramos.

A existência de um grupo de jovens não consumidores aos quais tivesse sido aplicado o mesmo questionário, teria possibilitado algumas comparações e um maior aprofundamento dos resultados obtidos, mas esse não foi, desde o início, um objectivo do nosso estudo que pretendia ser apenas um primeiro contributo para a análise das experiências de maus tratos presentes na trajectória de vida de jovens toxicodependentes. Constitui, no entanto, outra das suas limitações.

O facto de termos optado por este tipo de amostra colocou-nos alguns obstáculos, designadamente ao nível da recolha de dados. O primeiro obstáculo prende-se com o tamanho e origem da amostra. Não nos foi possível uma amostra maior (41 indivíduos), devido essencialmente ao reduzido tamanho do universo de adolescentes

toxicodependentes institucionalizados no nosso país e ao reduzido número de instituições que acederam a colaborar neste estudo. Outra limitação, associada à primeira, foi a origem dos indivíduos da nossa amostra que é maioritariamente da zona de Beja (local onde se encontra a instituição com mais adolescentes institucionalizados, a nível nacional). Sendo assim, seria pertinente tentar ampliar, em futuros estudos, o tamanho e a proveniência da amostra. Algo que as limitações temporais a que estávamos submetidos não nos permitiu.

Verificamos, por fim, que existem vários factores que poderão constituir um risco para o envolvimento em comportamentos aditivos na adolescência, factores que não agem isolados, interagindo entre si, o que torna difícil a sua investigação. Seria pertinente, por isso, a realização de um estudo longitudinal, de modo a estudar as tendências no desenvolvimento comportamental dos indivíduos, um projecto moroso e que exigiria um prolongamento do estudo no tempo não compatível com as limitações de um mestrado.

Com este estudo pretendia-se uma reflexão sobre a relação entre os cuidadores e as suas práticas quotidianas na vida familiar e a pessoa que se pretende educar e formar. Essa reflexão é relevante, na medida em que é comum os pais, avós ou outros cuidadores exercerem práticas de educação negligentes, violentas ou abusadoras. Como vimos nos dados apresentados, quase metade da nossa amostra referiu ter sido vítima de algum tipo de mau trato na infância. São números que nos devem fazer reflectir nas respostas práticas desta problemática e consequente prevenção das drogas.

Referências Bibliográficas

- Abraão, I. (1999). Factores de risco e factores protectores para as toxicodependências. Uma breve revisão. *Toxicodependências*, 5, n.º 2, 3-11.
- Almeida, A. N. André, I. M. Almeida, H. N. (2001). *Famílias e maus tratos às crianças em Portugal. Relatório Final*. Lisboa: Assembleia da República.
- Araújo, S. B. & Oliveira-Formosinho, J. (2004). *A criança na sociedade contemporânea*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Argeriou, M., & Daley, M. (1997). An examination of racial and ethnic differences within a sample of Hispanic, White (non-Hispanic), and African American Medicaid-eligible pregnant substance abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 489-498.
- Arnou, B. A. (2004). Relationships Between Childhood Maltreatment, Adult Health and Psychiatric Outcomes, and Medical Utilization. *J Clin Psychiatry*, 65 (suppl 12), 10-14.
- Auerbach-Walker, L. E. (1988). *Handbook on sexual maltreatment of children: Assessment and treatment issues*. New York, NY: Springer Publishing Company, Inc.
- Becoña, E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revision. *Adiciones*, 2007, 19 (81) 89-101.
- Berry, R., & Sellman, J. D. (2001). Childhood adversity in alcohol- and drug-dependent women presenting to out-patient treatment. *Drug and Alcohol Review*, 20, 361-367.
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: ClimePsi Editores.
- Brown, P. J. Read, J. P. & Kahler, C. W. (2003). Comorbid posttraumatic stress disorder and substance use disorders: Treatment outcomes and the role of coping. In P. Ouimette & P. J. Brown (Eds.), *Trauma and substance abuse* (pp. 171-188). Washington, DC: American Psychological Association.
- Browne, D. (1989). [Crack e cocaína] (Rui Mário de Oliveira Correia). Porto: Edições Asa (Obra original publicada em 1987).

Canha (2003). *Criança maltratada. O papel de uma pessoa de referência na sua recuperação. Estudo prospectivo de 5 anos.* Coimbra: Quarteto.

Cordeiro, R. Claudino, J. Arriaga, M. (2006). Comportamentos aditivos e suporte social em adolescentes pré-universitários. *Toxicodependências*, 12, 39-48.

Cruz, O. Machado, C. & Fernandes, L. (2010). Consumo “Não Problemático” de Drogas Ilícitas: Experiências e Estratégias de Gestão dos Consumos numa Amostra Portuguesa. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho.*

Dansky, B. S., Byrne, C. A., & Brady, K. T. (1999). Intimate violence and post-traumatic stress disorder among individuals with cocaine dependence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 257-268.

DiNitto, D. M., Webb, D. K., & Rubin, A. (2002). Gender differences in dually-diagnosed clients receiving chemical dependency treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34, 105-117.

Emily, A. G. (2010). *Child abuse as a life-course social determinant of adult health.* New Jersey: Escola de Trabalho Social, Instituto de Saúde, Política de Saúde e Pesquisa de Envelhecimento.

Farate, C. (2001). *O acto de consumo e o gesto de quem consome: risco relacional e o consumo de drogas no início da adolescência.* Coimbra: Quarteto Editora.

Farley, M. Golding, J. M. Young, G. Marie, M. Minkoff, J. R. (2004). Trauma history and relapse probability among patients seeking substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 161-167.

Fernandes, L. (1990). Psicologia Ecológica dos Usos de Drogas. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 6, 55-66.

Fernandes, L. (1995). O sítio das drogas. Etnografia urbana dos territórios psicotrópicos. *Toxicodependências*, 2, 22-31.

Fernandes, L. & Ribeiro, C. (2002). Redução de riscos, estilos de vida junkie e controlo social. *Sociologia*, 39, 57-68.

Fernandes, L. Carvalho, M. C. (2000). Problemas no estudo etnográfico de objectos fluidos: Os casos do sentimento de insegurança e da exclusão social. *Educação, Sociedade & Cultura*, 14, 59-87.

Fleming, M. (2001). Elementos para uma caracterização da população utente do Centro de Estudos da Profilaxia da Droga. *Psicologia*, 2, n.º4, 393-402.

Ferros, L. (2003). Jovens, drogas e famílias – uma breve revisão da literatura. *Toxicodependências*, 9, n.º2, 71-83.

Figueiredo, B. (1998). Maus tratos à criança e ao adolescente: situação e enquadramento da problemática. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 133-147.

Fonte, C. Manita, C. (2003). Consumo de drogas em estudantes da Universidade do Minho: construções de significados. *Toxicodependências*, 9, 3, 61-74.

Gomes, A. M. (2000). A importância da resiliência na (re)construção das famílias com filhos portadores de deficiência: O papel dos profissionais da educação/reabilitação. *Saber (e) Educar*, 11.

Hussey, D. L. (1996). Adolescent substance maltreatment and sexual maltreatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 29-43.

Jessor, R. (1998). *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.

Kaiser, N. Perrin, C. I. (2009). Examining the relationship between parental psychological aggression, parental neglect, and substance abuse in young adults. *Journal of Integrated Social*, 1, 96-119.

Kaminer, Y. (1999). Addictive disorders in adolescents. *The Psychiatric Clinics of North America*, 22, 275–288.

Lawson, G. W. & Lawson, A. W. (1992). *Adolescent Substance Abuse*. Califórnia: An Aspen Publication.

Lombo, M. A. (2000). *Maus-tratos às crianças: Abusos e negligência. Estudo das representações de pediatras, psicólogos, professores, educadores de infância e técnicos de serviço social*. Mestrado em Intervenção Precoce. Porto: FPCEUP.

Lopes, J. S. (2005). O adolescente e as drogas – uma história com adolescentes, pais, medos e pastilhas. *Toxicodependências*, 11, n.º2, 83-86.

Magalhães, T. (2005). Maus tratos em crianças e jovens. Coimbra: Quarteto Editora.

Manita, C. (1997). *Droga / Crime: Estudos interdisciplinares. 8º Volume. Personalidade e acção em consumidores de drogas e delinquentes*. Lisboa: Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga. Ministério da Justiça.

Manita, C. Negreiros, J. & Agra, C. (1997). Planos existenciais, droga e crime. Parte A: Planos de vida, droga e crime. In C. da Agra (Dir.), *Droga Crime: estudos interdisciplinares – Vol.9*. Lisboa: GPCCD/Ministério da Justiça.

Manita, C. (1998). *Auto-organização psicológica e transgressão. Análise empírico-crítica de duas figuras do comportamento desviante: criminosos e consumidores de droga*. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Porto.

Manita, C. (2000). Das descobertas privadas ao crime público: evolução dos significados em trajectórias de droga – crime. *Toxicodependências*, 8, n.º 2, pp. 17-31.

Marques Teixeira, J. (2000). Factores de risco e factores de protecção de comportamentos delinquentes em adolescentes do Porto. *Olhares Seguros*, 2, 9-15.

Matos, A. C. (1996). Adolescer e delinquir. *Análise Psicológica*, 1 (14), 23-29.

Martin, G. (1996). Reported family dynamics, sexual maltreatment, and suicidal behaviors in community adolescents. *Archives of Suicide Research*, 2, 183-195.

Mendes, F. & Manita, C. (2006). Vivências da abstinência: as significações do uso de drogas ao longo da trajectória de ex-consumidores de drogas duras. *Toxicodependências*, 12, n.3, 37-48.

Mendes, V. & Lopes, P. (2007). Hábitos de consumo de álcool em adolescentes. *Toxicodependências*, 13, n.º 3, 23-30.

Moran, P. Sam, V. Hall, N. K. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse & Neglect*, 28, 565-574.

Moreira, P. (2005). *Para uma prevenção que previna*. (3ª edição). Coimbra: quarteto Editora.

Morel, A. Hervé, F. Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. Lisboa: Climepsi.

Naia, A. Simões, C. Matos, M. G. (2007). Consumo de substâncias na adolescência. *Toxicodependências*, 13, n.º 3, 23-30.

Najavits, L. M., Weiss, R. D., & Shaw, S. R. (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women. *American Journal of the Addictions*, 6, 273-283.

Ouimette, P. C., Kimerling, R., Shaw, J., & Moos, R. H. (2000). Physical and sexual abuse among women and men with substance use disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18, 7-17.

Patrício, L. D. (1995). *Droga de vida, vidas de droga* (3ª ed.). Venda-nova: Bertrand Editora.

Pires, A. L. & Miyazaki, M. C. (2005). Maus tratos contra crianças e adolescentes: revisão das literatura para profissionais da saúde. Children and adolescents maltreatment: a literature review fot health professionals. *Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)*. Arquivo de Ciências da Saúde, 12, n.º1, 42-49.

Ryan, J. P. Herz, D. Hernandez, P. M. Marshall, J. M. (2007). Maltreatment and delinquency: Investigating child. *Children and Youth Services Review*, 29, 1035-1050.

Rotheram-Borus, M. J., Mahler, K. A., Koopman, C., & Langabeer, K. (1996). Sexual maltreatment history and associated multiple risk behavior in adolescent runaways. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 390-400.

Sani, I. (2002). *As Crianças e a Violência*. Coimbra: Quarteto Editora.

Seibel, S. D. & Toscano, A. (2000). *Dependências de Drogas*. São Paulo: Editora Atheneu.

Silva, M. H. Fonseca, A. C. Vieira, C. M. Vilar, M. M. & Alcoforado, L. (2004). *Crianças e jovens em risco: da investigação à intervenção*. Coimbra: Livraria Almedina.

Simões, C. Matos, M. C. Batista-Foguet, J. (2008). *Consumo de substâncias na Adolescência: Revisão de um modelo explicativo*. Lisboa: Instituto de Droga e toxicodpendência.

Vesterdal, J. (1991). Aspectos criminológicos dos maus tratos às crianças na família – factores etiológicos e consequências a longo prazo. *Infância e Juventude*, (ed especial), 49-84.

Vitaro, F. Brendgen, M. Pagani, L. Tremblay R. E., McDuff, P. (1999). Disruptive behavior, peer association and conduct disorder: Testing the developmental links Through early intervention. *Development and Psychopathology*, 11, 287-304.

Tavares, B. F. Béria, J. U. Lima, M. S. (2004). Factores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Universidade Luterana do Brasil*. Revista de Saúde Pública, 38, 787-796.

The National Child Traumatic Stress Network (2008). *Making the Connection: Trauma and Substance Abuse*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.