



UC/FPCE—2014

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**A transição inesperada para a maternidade: um estudo
com mães estudantes e mães
toxicodependentes**

Rita Pais Limede (rita.pais.limede@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação, Desenvolvimento
e Aconselhamento sob a orientação de Maria Jorge S. A. Rama Ferro

A transição inesperada para a maternidade: um estudo com mães estudantes e mães toxicodependentes

Resumo

Relativamente à transição para a maternidade, espera-se que esta seja feita naturalmente e de forma planeada numa determinada altura da vida das mulheres, algo que nem sempre acontece. Por vezes esta acontece num período ou situação de vida inesperada, e provoca diversas alterações na vida destas mulheres.

Neste estudo temos como principal objectivo, estudar a forma como se processa esta transição inesperada para a maternidade, numa amostra de mulheres com problemas de abuso de substâncias e em mulheres que na altura da transição ainda não tinham completado o seu período de estudos. Para tal, recorreu-se à utilização de guiões de entrevista semi-estruturada para a recolha dos testemunhos destas mulheres, que foram estudados através da grounded theory.

Através do estudo dos testemunhos destas mulheres, conseguimos uma visão acerca dos seus papéis pessoais enquanto mães, do impacto que as suas vivências pessoais tiveram, nomeadamente a relação com as próprias mães, e de que forma é que a transição inesperada para a maternidade se estabeleceu tendo em conta estes factores, e de que modo essa transição se enquadrou nos seus percursos de vida.

Palavras chave: Maternidade, Transição, Vinculação, Grounded Theory

The unexpected transition to motherhood: a study with student mothers and drug addicted mothers

Abstract

Regarding the transition to motherhood, it is expected that this course would be taken and planned at a certain time of the women's life by choice, something that does not always happen. Sometimes this happens in a period or unexpected life situation, and causes several changes in the lives of these women.

The main goal in this work is to study how one handles this unexpected transition to motherhood in a sample of women with substance abuse problems and women who have not yet completed their period of study when they first became mothers. To this end we resorted to the use of scripts of semi-structured interviews to collect the testimonies of these women, and analyzed them according with the grounded theory's assumptions.

By studying of the testimonies of these women, we got a view about their personal roles as mothers, of what was the impact of their personal experiences, especially the relationship with their mothers, and how the unexpected transition to motherhood settled taking into account these factors, and how this transition fell within their life trajectories.

Key Words: Motherhood, Transition, Attachment, Grounded Theory

Agradecimentos

Ao longo destes últimos anos passei por um processo de crescimento pessoal, e por muitas mudanças. Encarar as mudanças e os novos capítulos das nossas vidas nem sempre é fácil, mas quando temos as pessoas certas ao nosso lado, isso torna-se muito mais fácil.

Para começar quero agradecer à professora doutora Maria Jorge Ferro por todo o seu tempo, paciência, disponibilidade, conhecimentos e apoio. Obrigado por nunca me deixar desistir e por me motivar para continuar naqueles momentos mais complicados.

Quero agradecer a todas as mulheres que se disponibilizaram para responder aos guiões de entrevista e que me deixaram utilizar as suas experiências e histórias de vida neste trabalho de investigação. Todas elas são mulheres corajosas e dignas de admiração.

À equipa técnica da Comunidade Terapêutica Lua Nova um muito obrigado por tudo. Foram uma parte importante para o meu crescimento pessoal e profissional. Aprendi imenso ao mesmo tempo que me tornava numa pessoa melhor e mais forte.

Aos meus amigos um grande obrigado por toda a paciência, carinho, disponibilidade para me “aturarem” e apoio. Um beijinho ainda mais especial à Inês, à Carolina, ao Filipe, ao Bruno, ao Alexandre, ao Danny, ao Ricardo, à Kate, ao José António e ao Miguel. A minha vida sem a vossa presença não seria a mesma coisa. Aos meus colegas de curso, um muito obrigado por todos os apontamentos, por todo o apoio e bons momentos. A Sandrina, o Roberto, a Cátia e a Nádia foram aqueles que mais diferença fizeram. Uma especial agradecimento também a todos os meus colegas de casa ao longo dos últimos anos, por todos os jantares, festas, noitadas de estudo e apoio que me deram. A Ana Pereira, a Ana Luísa, o Diogo, o Pedro, o Gonçalo, a Laura e o Rúben tornaram até os momentos mais difíceis suportáveis.

Quero também agradecer ao meu namorado Zé por todo o seu apoio e compreensão ao longo deste processo. Eu sei que nem sempre fui a pessoa mais fácil de conviver em alguns dias, mas tu nunca desististe e ficaste sempre ao meu lado, a apoiar-me incondicionalmente. Um agradecimento especial à minha família. À melhor e mais paciente mãe do mundo, ao meu pai, à minha irmã, à minha tia e à minha avó.

Índice

Introdução.....	1
I – Enquadramento teórico	2
1.1. Maternidade.....	2
1.1.1. Construções mentais da transição para a maternidade	4
1.2. Vinculação.....	5
1.2.1. Padrões de Vinculação	7
1.2.2. Vinculação e Comportamentos de Risco.....	9
1.3. Toxicodependência.....	11
1.3.1. Toxicodependência no Feminino.....	13
1.3.2. Gravidez na Toxicodependência	15
1.4. Perspectiva Feminista na Maternidade	18
II – Apresentação do Estudo	20
2.1. Metodologia.....	21
III- Análise dos dados.....	25
IV- Discussão dos Resultados	39
V- Conclusões	44
Bibliografia.....	46
Anexos.....	50
Anexo I – Consentimento Informado	50
Anexo II.....	51
2.1. Guião de Entrevista para a população toxicodependente	51
2.2. Guião de entrevista para mães estudantes	54
Anexo III- Exemplo de codificação de entrevista	56

Introdução

Desde o começo das revoluções sociais no século XX que a maternidade tem sido vista cada vez mais como fruto de uma opção de realização pessoal. Como resultado dessa mesma revolução os papéis da mulher na sociedade sofreram transformações. O papel tradicionalmente associado ao de esposas e mães foi cada vez mais adiado devido, em grande parte, ao facto de as mulheres começarem a estudar até mais tarde. No entanto, o querer ser mãe e o querer engravidar são duas coisas distintas. Podemos então considerar a gravidez como sendo uma fase de transição e de preparação, na qual a ideia de maternidade desempenha um papel importante no desenvolvimento pessoal da mulher (Martins, 2010).

Esta investigação teve por base a *grounded theory*, um método de investigação qualitativa, que ao contrário de outras metodologias pretende construir teoria, em vez de a verificar (Fernandes e Maia, 2001). A recolha de informação foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas, nas quais foi solicitado às mulheres que nos contassem a sua história de vida. Como o título desta dissertação indica, a população da amostra é composta por mulheres que foram mães no decorrer do seu percurso académico e mulheres que o foram durante um período ligado ao consumo de substâncias tóxicas. Todas as mulheres toxicodependentes que participaram neste estudo são actualmente residentes na Comunidade Terapêutica Lua Nova, local onde foi realizado o estágio curricular da investigadora. Esta Comunidade Terapêutica é especializada no tratamento e reabilitação de mulheres toxicodependentes com filhos, focando-se não apenas na vertente da adição de substâncias, mas também na vertente maternal e na relação entre estas mulheres e os seus filhos.

Ao longo deste trabalho, pretende-se estudar a forma como é feita a transição para o papel materno, especialmente quando este é fruto de uma gravidez inesperada. Começamos por estudar o que é a maternidade e que mudanças é que este fenómeno implica na vida das mulheres. Passamos ao estudo da vinculação, nomeadamente, ao estudo da importância que este fenómeno tem no saudável desenvolvimento de um individuo. Tendo em conta que metade da população da amostra é composta por mulheres

A transição inesperada para a maternidade: um estudo com mães estudantes e mães toxicodependentes

Rita Pais Limede (rita.pais.limede@gmail.com) 2014

toxicodependentes, o estudo deste fenómeno torna-se especialmente relevante. Por fim, achou-se pertinente estudar a perspectiva feminista da maternidade, visto que actualmente a face desta mudou juntamente com a sociedade, e continua a evoluir à medida que a sociedade evolui. Todos estes temas estão incorporados no enquadramento teórico.

Nos capítulos seguintes, procede-se à apresentação do estudo propriamente dito, nomeadamente com a apresentação dos seus objectivos, da metodologia que foi utilizada, a análise e discussão dos dados, e por fim as conclusões.

I – Enquadramento teórico

1.1. Maternidade

Embora a maternidade transcenda em tudo a gravidez, é importante falarmos do período de gestação e de todas as transformações que esse provoca (Leal, 2005), especialmente tendo em conta o caso específico deste estudo. A gravidez pode então ser definida como um período de transição e de transformações nas mulheres ao nível biológico, psicológico e social, colocando-a em contacto com as suas emoções, acabando por ser muitas vezes uma experiência confusa e gratificante ao mesmo tempo (Coleman e Coleman, 1994 cit. in Correia, 2005).

Diversos estudos sugerem que tanto os homens como as mulheres estão biologicamente programados para os papéis parentais, sendo que o papel paterno difere sempre do materno. Um relacionamento sólido entre as crianças e os pais acaba por ser um factor protector relativamente à saúde mental, aos comportamentos de risco e ao desenvolvimento de aptidões sociais normativas. Ou seja, uma boa parentalidade passa por um bom ajustamento dos pais a esse novo papel, para que mais tarde estes actuem como um porto seguro para os filhos, ao mesmo tempo que promovem a sua autonomia e desenvolvimento saudável (Stolz, Barber & Olsen, 2005).

Para se ser mãe não basta só engravidar. O desejo de maternidade pode não passar pelo desejo de engravidar. A transição para a parentalidade não implica necessariamente uma gravidez desejada, mas sim um desejo de vir a ter filhos e de assumir o papel paterno num determinado ponto da vida

A transição inesperada para a maternidade: um estudo com mães estudantes e mães toxicodependentes

Rita Pais Limede (rita.pais.limede@gmail.com) 2014

(Leal, 2005; Canavarro e Pedrosa, 2005). Como tal a transição para a parentalidade implica uma necessidade de reestruturar determinadas tarefas desenvolvimentais de modo a que os indivíduos tenham a capacidade de ascender e funcionar em níveis de organização pessoal superiores (Canavarro e Pedrosa, 2005). De acordo com Canavarro (2001), as tarefas desenvolvimentais identificadas foram as seguintes: aceitação da gravidez; aceitação do feto como sendo uma realidade presente; aceitação do bebé como um sujeito individual separado da mãe; reorganização do relacionamento com os pais; reestruturar e reavaliar o relacionamento com o companheiro/cônjuge; reorganização do self e da sua identidade pessoal de modo a que a identidade/papel pessoal materno seja incorporado.

Nesta fase, composta por mudanças e por adaptação, a gestão do *stress* é de grande importância. Inicialmente, especialmente se se tratar do primeiro filho, os indivíduos não possuem respostas automáticas nem estruturas cognitivas e emocionais para lidar com os elementos *stressores* causados por esta mudança (Canavarro e Pedrosa, 2005). Para tal, é necessário ter em conta que, de acordo com o modelo de *stress* e *coping* desenhado por Lazarus (1984, cit in Canavarro e Pedrosa, 2005), verificamos que o indivíduo avalia a situação tendo em conta o significado que tem no seu bem-estar pessoal, sendo que este processo é contínuo e tem como objectivo procurar determinar quais são as exigências e limitações relacionadas com este novo “território”, assim como, determinar quais são os recursos e as opções existentes e que possui para ser capaz de lidar com o assunto em questão (Canavarro e Pedrosa, 2005).

Deste modo verificamos que as mudanças envolvidas no período de gravidez e no processo de transição para a maternidade estão necessariamente interligadas com perdas e ganhos específicos, associados a significados e representações pessoais, que reclamam um conjunto de respostas que ainda não fazem parte do esquema cognitivo das mães, levando por isso a adaptações específicas nas construções mentais destas (Canavarro, 2001; Canavarro e Pedrosa, 2005).

1.1.1. Construções mentais da transição para a maternidade

O período de gestação não se caracteriza apenas pelas mudanças físicas no corpo da mulher, há também que ter em conta as alterações no estado psicológico das mulheres, que as preparam para o papel de figura materna. Este período de “gravidez psicológica” engloba todas as mudanças necessárias para uma transição normativa, como alterações na identidade (*self*), aumento da sensibilidade e o aparecimento de novas motivações e sentimentos (Söderstörn, 2011). As imagens e fantasias da mulher acerca do seu papel como figura materna, a criança e a relação de cuidados são exercícios mentais importantes para a adaptação à nova realidade. Estas representações são fortemente influenciadas pelas experiências passadas da mulher, e pelo tipo de vinculação e relacionamento que esta teve com as suas figuras parentais ao longo da sua vida (Stern, 1995 cit. in Söderstörn, 2011).

De acordo com Raphael-Leff (1991, cit. in Söderstörn, 2011) os processos de alteração psicológica ao longo do período de gestação podem ser divididos em três fases distintas, sendo que cada uma corresponde a um trimestre de gravidez. Numa primeira fase (ou primeiro trimestre) a mulher torna-se progressivamente habituada à ideia de ter um outro ser a desenvolver-se dentro dela, como uma parte integral do seu corpo. No segundo trimestre esta vai trabalhando os esquemas mentais para a aceitação do feto como um indivíduo, e por fim, no terceiro trimestre faz a preparação para o vínculo afectivo e para o nascimento. Este período de preparação vai ter um impacto no desenvolvimento do sistema de *caregiving*.

O sistema de *caregiving*, de acordo com Bowlby (1988, cit. in Rabouam e Moralès- Huet) incorpora os comportamentos parentais de proteção e cuidado da criança, ou seja, incorpora os comportamentos relativos tanto aos cuidados físicos como aos cuidados afectivos prestados à criança. Este sistema vai evoluindo juntamente com o desenvolvimento da criança, estando biologicamente programado para se manifestar perante a transição para a maternidade, tal como acontece com os comportamentos de vinculação.

No caso de uma gravidez planeada em mulheres sem problemas de

adição a substâncias, o período de gestação é o período durante o qual a mulher se vai preparando para uma grande transição na sua vida, a maternidade e o papel de mãe (Flores, Carvalho, Magalhães, Pimentel e Calheiros, 2005). Durante este tempo, a futura mãe prepara-se para cuidar do filho que vai nascer, para que depois seja capaz de proporcionar à criança todas as suas necessidades básicas, e assim ser capaz de promover um desenvolvimento saudável da mesma. Desta preparação para a maternidade origina-se uma ligação afetiva, a qual se iniciou no período pré-natal e que se tornou evidente no período pós-natal (Flores, Carvalho, Magalhães, Pimentel e Calheiros, 2005). No caso da gravidez na toxicoddependência essa ligação nem sempre é criada. Como foi dito anteriormente, no caso de mulheres toxicoddependentes em muitos casos a gravidez é descoberta tardiamente e nem sempre desejada, o que leva a conflitos internos por parte das mulheres. Não devemos esquecer também que a gravidez de uma mulher toxicoddependente é sempre uma gravidez de risco, e não é esse acontecimento por si só que conduz a uma saída do mundo dos consumos (Brito, 2001).

De acordo com Söderstörn(2011) a futura mãe aquando da transição para a maternidade passa por um período de ajustamento psicológico. Durante este período esta contempla o seu passado, comparando-se à sua própria mãe, de modo a que possa descobrir que tipo de mãe irá ser e de que forma é que a sua relação com as suas figuras parentais irá afectar o desenvolvimento de vínculos afectivos com o seu filho.

1.2. Vinculação

O conceito de vinculação gira em torno da relação entre mãe e filho e as implicações que este traz para um saudável desenvolvimento da criança desde a nascença (Guedeney, 2004).

Desde o nascimento que o ser humano começa por construir progressivamente um vínculo afectivo com a figura de vinculação. Esta é, na grande maioria das vezes, a mãe da criança e a principal prestadora de cuidados. Através de uma gama de comportamentos como a vocalização, o riso e o choro, o bebé chama a atenção da figura vinculativa. Estes comportamentos vão ficando mais complexos ao longo do desenvolvimento da criança, sendo que a sua principal finalidade é de promover a

A transição inesperada para a maternidade: um estudo com mães estudantes e mães toxicoddependentes

Rita Pais Limede (rita.pais.limede@gmail.com) 2014

proximidade entre o bebé e a figura de vinculação. Este relacionamento permite à criança ter a atenção, o sustento, o conforto e a proteção de que necessita. Enquanto o riso e a vocalização são comportamentos sinalizadores para a atenção e para a interação com a mãe, o choro é um chamamento de natureza aversiva que leva à aproximação do prestador de cuidados, no sentido da realização de acções que cessem o choro (Guedeney, 2004). De acordo com Ainsworth (1989, cit. in Guedeney, 2004) as relações de vinculação distinguem-se das outras interações sociais em quatro pontos distintos, como a noção de base segura, de comportamento de refúgio, as relações marcadas na separação e a busca por proximidade.

O principal objectivo do sistema de vinculação passa pelo estabelecimento de um relacionamento com a figura de vinculação, como tal, o meio é de extrema importância. A criança é quem o controla e qualquer perturbação provoca uma resposta de procura pela figura de vinculação (Guedeney, 2004). O desenvolvimento deste sistema vincutivo é de extrema importância, pois vai funcionar como factor protector da saúde mental, social e estabilidade emocional de um individuo ao longo da sua vida (Torres e Oliveira, 2010). A evolução do sistema de vinculação num individuo passa por três fases distintas (Guedeney, 2004):

- A primeira fase começa à nascença e prolonga-se até aos seis meses. Nesta fase a criança desenvolve e coloca em prática os processos de discriminação;

- Na segunda fase, que vai dos 6 meses até aos três anos de idade, a criança desenvolve esquemas vincutivos com base em sistemas de retro-controlo. A principal função dos sistemas de retro-controlo passa por manter a proximidade com a figura de vinculação.

- Por fim, a terceira fase tem início aos 3 anos de idade e vai progredindo ao longo da vida do individuo. Nesta fase a criança vai começando a demonstrar progressivamente capacidades cognitivas necessárias para compreender e tolerar o afastamento da figura de vinculação, desenvolvendo-se assim a reciprocidade no relacionamento com esta, através do demonstrar da vontade própria.

Como foi dito anteriormente, encontramos o sistema de *caregiving* associado ao sistema de vinculação. Este sistema como o nome indica inclui a prestação de diversos cuidados à criança ao longo do seu período de

desenvolvimento, portanto desde o nascimento até ao final da infância. O responsável pela prestação destes cuidados, a figura cuidadora, é geralmente a figura de vinculação. A forma como estes cuidados são prestados tem um impacto importante no desenvolvimento do indivíduo (Torres e Oliveira, 2010), podendo-se então considerar o sistema de *caregiving* como a vertente parental da vinculação. Este sistema é também ele recíproco e a sua principal função adaptativa é a de proteção. A figura de vinculação activa o seu sistema de *caregiving* quando percebe determinadas situações que lhe pareçam ser de *stress* ou de perigo para a criança. O sistema é desactivado quando o adulto consegue reconfortar o bebé e atinge a proximidade física ou psicológica com este (Rabouam e Moralès-Huet, 2004). Este sistema é regulado pelas emoções, sendo que quando a figura materna consegue proteger o filho, experimenta uma sensação de satisfação e de prazer. No entanto, quando falha nesse dever, a sensação experimentada é de ansiedade e tristeza (Guedeney, 2004). Este sistema não existe apenas nos primeiros meses de vida, este vai-se prolongando e a sua complexidade vai aumentando ao longo do desenvolvimento da criança (Rabouam e Moralès-Huet, 2004).

De acordo com Guedeney (2004) verificamos que há uma associação por parte do sistema de *caregiving* ao de vinculação. Assim, a qualidade do sistema de *caregiving* está associada à qualidade dos padrões de vinculação experienciados pelos pais da criança ao longo do seu desenvolvimento. Por sua vez e de acordo com George e Solomon (1996, cit. in Rabouam e Moralès-Huet, 2004) as figuras maternas de crianças seguras demonstram representações mentais flexíveis do cuidado, ou seja, têm noções realistas e positivas daquilo que põe em causa a segurança da criança, como lidar com agentes indutores de *stress* e têm a capacidade de avaliar quais as situações em que isso ocorre e quais os melhores cuidados a prestar.

1.2.1. Padrões de Vinculação

As expectativas sobre a forma como irá ser cuidado ao longo da vida começam-se a formar desde cedo e de um modo progressivo. Por volta do quinto ou sexto mês de vida, a criança já tem uma representação formada da

figura de vinculação, e até ao final do primeiro ano de vida essa representação solidifica e estabiliza (Bowlby, 1982 cit.in Machado, 2009).

O *self* constrói-se então a partir do padrão de vinculação da infância, ou seja, o modelo interno de um individuo reflecte os seus sentimentos de pertença, de ter sido amado, entendido, compreendido ou então de ter sido incompreendido, ignorado ou rejeitado, tendo em conta se o padrão de vinculação que desenvolveu foi seguro ou inseguro (Machado, 2009).

Segundo Machado (2007) os padrões de vinculação seguro e inseguro, distinguem-se na forma em que o sujeito gere a proximidade e a distância perante a necessidade de recorrer à figura vinculativa principal, em momentos de desconforto ou de ameaça percebida. Podemos também dizer que a qualidade da vinculação de um sujeito é fruto das estratégias utilizadas para lidar com a ansiedade da separação (Machado, 2009). Um padrão de vinculação seguro é quando o individuo está seguro de que a figura de vinculação é de confiança e que está lá incondicionalmente para o apoiar em todas as situações que este entenda como sendo ameaçadoras. No caso da vinculação insegura, o sujeito tanto pode apresentar um padrão inseguro de evitamento ou inseguro ansioso/ambivalente. No primeiro, o padrão de evitamento, o individuo sente claramente que a figura de vinculação o rejeita. Como tal, não está disponível quando é mais precisa, o que leva o sujeito a desenvolver como mecanismo de defesa uma resposta de negação perante a figura. No caso do evitamento ansioso, a figura de vinculação é imprevisível, ou seja, o sujeito quando sente a necessidade de conforto por parte da figura vinculativa fica sem saber se deve ou não procurá-la, visto que não sabe se ela estará lá para o reconfortar. Muitas vezes o indivíduo recorre à construção de formas alternativas de tentativas de aproximação à figura vinculativa (Machado, 2007). No entanto há autores que defendem a existência de um outro padrão de vinculação inseguro, que reflete as relações vinculativas desorientadas/desorganizadas em crianças que alternam comportamentos ambivalentes de confusão, aproximação, imobilização, receio e resistência face à figura vinculativa (Main, 1996 cit. in Machado, 2009). A desorganização pode ser percecionada como sendo uma resposta de medo relativamente à figura vinculativa, que deveria ser percecionada como fonte de segurança. No entanto, essa mesma resposta de medo, também poderá ser desencadeada pela figura vinculativa em si (Main, 1996;

Miljkovitch, 2002 cit. in Machado, 2009). Este tipo de padrão é comum em crianças vítimas de abusos e maus-tratos e em crianças filhas de mulheres com historial de traumas, vítimas de violência, mulheres com historial de luto mal resolvido e que se sentem abandonadas no papel de figura materna (Machado, 2009).

1.2.2. Vinculação e Comportamentos de Risco

Um grande número de sujeitos com problemas relacionados com o consumo excessivo e dependência de substâncias demonstram padrões de vinculação maioritariamente inseguros, fruto da proveniência de famílias desorganizadas. É também comum encontrar nestes indivíduos relacionamentos interpessoais instáveis que, muitas vezes, causam desconforto psicológico. Como tal acredita-se que o sucesso de um tratamento de dependências poderia passar por trabalhar esses padrões de vinculação inseguros (Torres e Oliveira, 2010).

Tendo em conta o que foi dito anteriormente, verificamos que os relacionamentos primários de segurança, carinho e de suporte são um factor importante no que toca ao desenvolvimento da autoestima, das capacidades cognitivas e das capacidades de aprendizagem. Estes relacionamentos são também factores relevantes tanto de protecção como de risco, e com um grande impacto ao longo da vida de um individuo. Como tal, o padrão de vinculação do sujeito é de extrema importância para um melhor entendimento dos seus comportamentos, especialmente a nível dos comportamentos de risco (Canavaro, 1999 cit. in Nunes, 2011). Assim sendo, podemos constatar que um padrão de vinculação seguro é um factor promotor para um desenvolvimento saudável de competências sociais, emocionais e relacionais, por sua vez um padrão de vinculação inseguro quando associado a rejeição parental e a estilos parentais negativos é um factor de risco no que toca a comportamentos desviantes (Gaik, Abdullah, Elias e Uli, 2010 cit. in Nunes, 2011).

No que toca à vulnerabilidade a comportamentos toxicómanos, verifica-se que uma vinculação insegura está directamente relacionada com as condições potenciadoras para os consumos (Torres, 2003 cit. in Nunes, 2011). Ou seja o padrão de vinculação que acompanhou o individuo ao

A transição inesperada para a maternidade: um estudo com mães estudantes e mães
toxicodependentes

Rita Pais Limede (rita.pais.limede@gmail.com) 2014

longo do seu desenvolvimento, poderá vir a ter uma palavra a dizer nos seus futuros relacionamentos interpessoais, na estruturação e desenvolvimento da personalidade na idade adulta (Bowlby, 2000 cit in Nunes, 2011). O papel dos pais é de extrema importância nos processos de socialização ao longo da vida, tendo uma grande influência no desenvolvimento de comportamentos de risco, nomeadamente no desenvolvimento de uma situação de abuso/adicção de substâncias. Portanto, o processo de desenvolvimento do indivíduo ao longo da sua vida não pode então ficar imune à qualidade dos relacionamentos afectivos do sujeito com as figuras parentais, tornando-se assim fulcral a existência de supervisão e protecção dos pais relativamente ao sujeito (Becoña, 2002 cit. in Nunes, 2011).

A vinculação na idade adulta está intimamente ligada à vinculação primária do indivíduo, isto é, os padrões de vinculação têm tendência para se manterem ao longo da vida, visto que cada um de nós transporta consigo todas as experiências passadas de interação com os outros (Nunes, 2011). De acordo com Canavarro (1999, cit. in Nunes, 2011) o tipo de vinculação na idade adulta, tal como a vinculação na infância, pode ser categorizada como segura ou insegura, havendo distinções específicas ao nível da vinculação insegura. Na vinculação segura encontramos um sujeito que vê os outros como disponíveis e se vê a si mesmo como digno da sua atenção. Por outro lado na vinculação insegura encontramos três padrões distintos, o inseguro preocupado, o evitante com medo e o evitante/desligado. No primeiro padrão o indivíduo manifesta uma imagem positiva dos outros, mas uma negativa de si mesmo, não sendo assim capaz de se achar digno da atenção dos outros. No padrão evitante, com medo o indivíduo vê-se a si e aos outros de uma forma negativa. Por fim, no padrão evitante/desligado o sujeito tem uma imagem positiva de si e de merecimento da atenção dos outros, no entanto esses não correspondem às suas expectativas ou necessidades, sendo assim vistos por ele como indisponíveis (Bartholomew e Horowitz, 1991; Bartholomew e Shaver, 1998 cit. in Nunes, 2011).

Relativamente ao sistema de *caregiving* na idade adulta, estudos indicam que a forma que um indivíduo presta cuidados ao outro está interligada com o padrão de vinculação desse mesmo indivíduo ao longo da sua vida (Feeney e Collins, 2001; Kunce e Shaver, 1994; Reizer e Mikulincer, 2007 cit. in Torres e Oliveira, 2010). Assim sendo podemos

verificar que os sujeitos com padrões de vinculação seguros são mais sensíveis e responsivos no que toca a atender as necessidades dos outros, e que o fazem de uma forma mais cuidada. Por outro lado, os que têm padrões de vinculação insegura além de apresentarem mais dificuldade a responder à necessidade de cuidados dos outros, têm tendência em seguirem condutas controladoras ou compulsivas no que toca à prestação desses mesmos cuidados (Feeney e Collins, 2001 cit.in Torres e Oliveira, 2010). No entanto há autores que defendem que uma criança poderá vir a quebrar um ciclo de vinculação inseguro, isto é, a criança ao provocar situações positivas de vinculação à figura materna, pode fazer com que esta mude as suas representações relativamente à vinculação, e se torne numa figura vinculativa segura para a criança (Fraiberg, 1975 cit. in Guedeny, 2004). Os bebés têm a capacidade inata de provocar comportamentos de cuidado, sendo que os seus traços físicos despertam a atenção do *caregiver*, enquanto que os seus comportamentos sensoriais, como o choro, o riso e o olhar despertam o cuidador para os comportamentos afectuosos e de cuidados.

1.3. Toxicodependência

A toxicodependência é uma problemática social que está relacionada com o consumo e adição de drogas. Segundo a OMS, entende-se por drogas qualquer substância que quando introduzida no organismo pode alterar uma ou várias das suas funções. O consumo de substâncias psicotrópicas e os comportamentos aditivos relacionados com estas têm por base a existência de uma perturbação de controlo de impulsos (Castro, 2004). Para um melhor entendimento das drogas e dos seus efeitos, é necessário ter em conta que os efeitos de determinadas drogas acabam por depender muito do estado psicológico de cada indivíduo, especialmente se se tratar da primeira experiência. A personalidade do indivíduo e as razões que levam ao consumo acabam por ser motivadores importantes na escolha e no consumo de determinadas drogas (Pinto-Coelho, 1998 *cit. in*. Pereira 2013).

Apesar de podermos encontrar um perfil do toxicodependente sem entrarmos em grandes generalizações, temos que ter em conta as mudanças socio-culturais ao longo dos tempos. Assim o perfil do típico

A transição inesperada para a maternidade: um estudo com mães estudantes e mães toxicodependentes

Rita Pais Limede (rita.pais.limede@gmail.com) 2014

toxicodependente de há 20 anos difere daquele que é o perfil típico de um toxicodependente actualmente. De acordo com Pinto-Coelho (1993), o típico toxicodependente é um indivíduo que vem de um meio desajustado e com défices a nível emocional. Muitos deles abandonaram os estudos precocemente e têm dificuldades em manter empregos. Ao analisar o passado destes indivíduos verificamos que o meio familiar de origem muitas vezes é desintegrado em que as figuras parentais ou estão ausentes, ou têm laços afectivos desajustados com as mesmas. Também segundo este autor, cerca de um terço dos toxicodependentes possuem uma personalidade anti-social, sofrendo assim, desde muito jovens, de uma maior tendência para comportamentos agressivos e socialmente desajustados, assim como para comportamentos de risco (como o consumo de substâncias tóxicas).

Actualmente verificamos algumas diferenças no perfil típico do toxicodependente. O meio sociocultural de origem do indivíduo também tem uma palavra a dizer no que toca a vulnerabilidade deste relativamente a comportamentos aditivos toxicómanos. A adolescência e o início da idade adulta são idades muitas vezes consideradas pela sociedade como constituídas por grupos com tendências para comportamentos marginais, o que poderá influenciar certas decisões relacionadas com o consumo experimental, e mais tarde aditivo de substâncias psicotrópicas, o que leva muitos jovens a usarem os consumos como forma de oposição e de rebeldia para marcarem uma posição, e assim afirmarem o seu descontentamento com a sociedade. Tendo em conta o clima de crise em que se vive, os jovens começam a questionar-se relativamente ao seu futuro, relativamente à utilidade dos seus estudos e flutuações do mercado de trabalho. Os níveis de desemprego atuais e a precariedade cada vez mais comum nos empregos dos jovens têm uma influência relativamente importante no bem-estar psicológico destes. Este estado e estas alterações nas perspectivas de vida e a insegurança constante face ao futuro podem levar os adolescentes e os jovens adultos à procura de sensações imediatas, fortes e diferentes que determinadas substâncias psicotrópicas oferecem. Apesar de estes serem actualmente os fatores sociais com mais peso na decisão para o jovem entrar no mundo da droga, outros fatores como a pressão e influência negativa do grupo de pares, a procura de um melhor auto conhecimento, criatividade e liberdade artística e estimulação atual também acabam por ter um papel

importante na decisão (Pereira, 2013).

Existem diversos factores de risco associados aos comportamentos adictivos. Como podemos verificar o típico perfil do indivíduo adicto sofreu alterações desde que o consumo destas substâncias se começou a generalizar na nossa sociedade. No entanto, os factores de risco pouco ou nenhuma alteração sofreram. A nível biológico encontramos características individuais como a existência de perturbações mentais, nomeadamente quadros depressivos mal resolvidos de origem biológica, a qual poderá ser hereditária, assim como historial de alcoolismo ou de consumos noutras familiares (Nunes, 2011). Ao nível ambiental verificamos que os indivíduos com elevados níveis de agressividade e impulsividade associados a uma baixa auto-estima são mais vulneráveis a comportamentos de risco. Outros factores como a falta de acesso a uma boa educação e perspectivas de um futuro incerto, também se encontram associados a esse tipo de condutas (Nunes, 2011). Um funcionamento familiar desajustado também está directamente ligado às tendências delinquentes e/ou a comportamentos adictivos. Nas situações familiares em que os pais apresentam comportamentos ou práticas delinquentes e consumos, baixo estatuto sócioeconómico, desemprego ou situação laboral instável, vinculação insegura e a existência de abuso por parte dos pais, a probabilidade de os filhos seguirem os mesmos percursos de vida é bastante elevada (Loeber e Farrington, cit. in, Nunes, 2011). Por fim, não nos podemos esquecer que os valores da sociedade actual, como por exemplo a procura pela gratificação no momento e a busca de sensações fortes, podem servir como incentivo para este tipo de comportamentos (Nunes, 2011).

1.3.1. Toxicodependência no Feminino

Dentro do mundo da toxicodependência há que distinguir os percursos do toxicodependente homem ou mulher. Esta variação de género é necessária pois geralmente é sinal de percursos de consumos e dependência distintos. Tendo em conta o contexto proibicionista associado ao consumo de substâncias, podemos verificar que este no homem está associado apenas à marginalidade e à criminalidade. No caso da mulher, ao estigma da marginalidade e criminalidade acrescenta-se o estigma do afastamento da

A transição inesperada para a maternidade: um estudo com mães estudantes e mães toxicodependentes

Rita Pais Limede (rita.pais.limede@gmail.com) 2014

imagem socialmente esperada dos papéis da mulher (Pollock, 1998; Friedman e Alicea, 1995; Rosenbaum, 1981; *cit. in* Cardoso e Manita, 2004).

Tendo em conta que muitas vezes os factores de risco para a toxicodependência são indiferenciados, as trajectórias de consumos diferem relativamente ao género. A mulher consumidora de drogas numa primeira fase, ajuda a trazer ao de cima sentimentos positivos associados a um estilo de vida alternativo àquele que é socialmente esperado destas (Cardoso e Manita, 2004). Apesar de ser verificada uma grande influência dos parceiros sexuais nas trajectórias de consumo das mulheres, esses seriam apenas factores de mediação socializadores face ao mundo das drogas, de forma a estas ficarem familiarizadas com o contexto e com as substâncias (Cardoso e Manita, 2004). No entanto, apesar de a carreira nos consumos das mulheres e dos homens ser distinto, este por vezes cruza-se, sendo que as razões dos consumos ficam cada vez mais complexas. Aquilo que inicialmente poderia ser interpretado como razões do consumo das mulheres (“consumo com ele”, “por causa dele” ou “à custa dele”), é bem mais complexo que isso (Cardoso e Manita, 2004). Esta desigualdade social evidente durante as trajectórias de consumo nos homens e nas mulheres prolonga-se também à saída da vida do mundo da toxicodependência. O comportamento passado da mulher neste mundo é muito mais dificilmente posto de parte que no homem, tornando-se assim um entrave maior aquando da reinserção social e da normalização da vida quotidiana da mulher. Quando olhamos para a questão da procura de tratamento, verificamos que diversas mulheres relatam as suas experiências relativamente à procura de tratamentos como sendo estigmatizantes, visto serem muitas vezes vítimas de preconceito por parte das equipas técnicas. Outro obstáculo relativamente ao tratamento nas mulheres toxicodependentes é a falta de estruturas de apoio às crianças, embora por vezes os seus filhos não estejam ao seu cuidado, este é um factor de extrema importância para a recuperação da mulher (Cardoso e Manita, 2004).

Apesar de não existirem variâncias no género relativamente aos factores de risco para a toxicodependência ou nos perfis típicos, os percursos das mulheres na toxicodependência são muitas vezes diferenciados a nível da trajectória, sendo o estudo destas diferenças algo de extrema importância. Há que projectar uma linha de tratamento distinta, baseada nas diferenças de género, tendo primeiramente em conta o relacionamento das mulheres

toxicodependentes com os seus filhos (caso os haja) visto que estes são muitas vezes vistos por estas mulheres como entraves à procura de um tratamento. Uma gravidez e as mudanças provocadas pela maternidade são os factores mais importantes no que toca à diferença de percursos na toxicodependência no feminino, sendo que estas são mudanças profundas na vida de qualquer mulher (Cardoso e Manita, 2004).

1.3.2. Gravidez na Toxicodependência

Os efeitos da toxicodependência por si só provocam certas vulnerabilidades no organismo. Aquando de uma gravidez, essa vulnerabilidade torna-se ainda mais evidente. Apesar de muitas drogas causarem longos períodos de amenorreia e desregulação do ciclo menstrual, estas não tornam as mulheres inférteis e como tal a concepção ainda é possível. A gravidez é mais comum acontecer em alturas em que há redução dos consumos ou tentativas de tratamentos, no entanto nem sempre assim acontece. Esta na maioria dos casos não é planeada, e é descoberta tardiamente, geralmente por volta do final do 1º trimestre/início do 2º (Nunes, Rocha e Esteves, 2011).

Como em todos os casos de gravidez, é necessário que a mãe passe por um período de preparação mental para a nova fase da vida, e para a transição para o papel materno. No caso de mulheres toxicodependentes, esta preparação ganha ainda mais importância, no entanto nem sempre acontece. Um estudo realizado na Noruega por Söderstörn (2011) demonstrou que o tempo médio de preparação e de construções mentais que preparam a mulher para assumir o papel materno é menor do que aquilo que seria de prever. Muitas mulheres consumidoras de substâncias por vezes confundem os sintomas de uma possível gravidez (amenorreia, náuseas, alterações hormonais, etc.) com os de uma ressaca. Também é comum neste grupo de mulheres a crença de que os anos continuados de consumos as tornaram inférteis, sendo uma gravidez algo extremamente improvável. No entanto, este estudo de Söderstörn também veio demonstrar que nos casos em que as mulheres concebem a ideia de uma possível gravidez como uma possibilidade futura, continuam a consumir até obterem com toda a certeza a confirmação da mesma. Ou seja, a ideia de maternidade sem ser

A transição inesperada para a maternidade: um estudo com mães estudantes e mães toxicodependentes

Rita Pais Limede (rita.pais.limede@gmail.com) 2014

completamente confirmada medicamente como uma possibilidade real e próxima, não serve na maioria das vezes como incentivo para abandonar os consumos. Isto leva a que, quando de facto a gravidez é confirmada e se torna numa realidade, as mulheres apresentem sentimentos ambivalentes relativamente a esta, assim como sentimentos de culpa por não terem tentado mais cedo abdicar dos consumos, devido às consequências que daí poderão advir para o feto.

Uma situação de abuso de substância é por si só uma situação de risco, a vários níveis, especialmente a nível de processamento de emoções (Punamäki, 2013). Segundo o estudo deste autor, o estado de gravidez em mulheres toxicodependentes traz ao de cima um maior número de emoções negativas do que aquilo que seria de esperar. Os períodos de gestação destas mulheres são caracterizados por sintomas de tristeza, raiva, medo, sentimentos de fuga e de culpabilização. Os níveis de dificuldade no processamento emocional são também mais elevados e têm tendência para se manterem ao longo da gravidez e na fase de transição para a maternidade. Tudo isto é associado por estas mulheres ao sentimento de falta de controlo das suas vidas.

Um estudo realizado por Heil, Hendree, Arria, Kaltenbach, Coyle e Fisher em 2010, com mulheres toxicodependentes grávidas, demonstrou que estas, na sua maioria, estavam a experienciar uma gravidez indesejada. O estudo demonstrou também que dentro deste número de gravidezes, cerca de um terço manifestaram que já tinham pensado em ser mães no futuro, e que a presente gravidez teria acontecido na altura errada. Os autores constataram também que a maioria das gravidezes em mulheres toxicodependentes são fruto de comportamentos sexuais de risco, que têm outras implicações para a saúde destas mulheres, nomeadamente doenças sexualmente transmissíveis. Todos estes comportamentos sexuais de risco, muito comuns na população toxicodependente, colocam em risco a saúde física e psicológica destas mulheres e a dos seus filhos, mesmo antes destes nascerem.

De acordo com Massey, Neiderhiser, Shaw, Leve, Ganiban e Reiss (2012), o entendimento dos processos que motivam as mulheres toxicodependentes a utilizarem a sua gravidez com forma de abandonarem os consumos passa pela interiorização de esquemas mentais relativamente a uma parentalidade positiva. Como tal, encontramos factores relacionados

com a gravidez que resultam em abandono dos consumos tanto a curto como a longo prazo. A curto prazo muitas mulheres abandonam os consumos por estarem preocupadas com o desenvolvimento do feto, mas no entanto após o nascimento, retomam os comportamentos anteriores. Para que haja um abandono total das substâncias tóxicas, uma mulher tem que pensar além das implicações desenvolvimentais do feto, e fomentar o desenvolvimento de esquemas mentais e de um maior auto conceito de si, direccionado para o sentimento de parentalidade eminente e a transição para o papel de figura materna.

No entanto, na grande maioria dos casos no período de gravidez em mulheres toxicodependentes que nem sempre é uma coisa desejada, encontramos características muito específicas da relação destas mães com os bebés (Brito, 2001) como:

- A incapacidade de reconhecimento da gravidez, que muitas vezes termina precocemente, a desvalorização da sua própria sexualidade e das transformações corporais próprias do período de gestação que poderão ser interpretados como sinais claros de uma identidade feminina mal estabelecida. Esta identidade poderá estar ligada à perceção negativa que estas têm da figura materna.

- A dificuldade em reconhecer a presença do feto e dos seus movimentos, não tendo assim a capacidade para planear a sua transição para o papel de mãe, tanto a nível dos cuidados básicos, como da criação de uma ligação afetiva.

- A confrontação com o bebé real, na altura do parto é bastante desgastante, especialmente quando as crianças nascem com síndrome de abstinência¹. Este síndrome leva a que o papel calmante das mães fique mais desgastante e menos gratificante, o que coloca em evidência as grandes inseguranças destas mães e a vontade de desistir.

As mulheres toxicodependentes por vezes começam por percecionar a maternidade e o bebé como uma figura protetora que irá colmatar as suas necessidades afetivas. No entanto o confronto com a realidade de um bebé com necessidades constantes e que precisam de resposta imediata, especialmente se sofrerem de síndrome de abstinência, vem provocar uma

¹ Podemos também falar do aspecto físico do bebé quando nasce, pois em casos de uso de substâncias durante a gravidez podem ocorrer mal-formações no feto, que alteram a aparência da criança.

A transição inesperada para a maternidade: um estudo com mães estudantes e mães toxicodependentes

série de comportamentos contraditórios por parte da mãe, muitos deles agressivos, que vão desde a negligência à proteção exagerada (Brito, 2001). Estes comportamentos por parte da mãe vão dificultar a criação de um vínculo afetivo estável entre ela e a criança, e dar à criança uma vivência de descontinuidade (Brito, 2001).

A intervenção em casos nos quais a mãe é incapaz de fazer essa transição de uma forma saudável, é uma questão bastante pertinente. Como foi dito anteriormente, as mulheres que não consigam estar nas condições psicológicas necessárias para a transição para a parentalidade e para o papel de mãe, irão tornar-se figuras vinculativas instáveis. Uma questão poderia passar por aconselhamento psicológico, cujo foco da terapia fosse o *self* materno e a criança, de modo a que os mecanismos para um relacionamento materno saudável se desenvolvesse (Söderstörn, 2011).

1.4. Perspectiva Feminista na Maternidade

Ao afirmar-se a universalidade do papel materno não estamos a afirmar nada de novo. Desde o começo dos tempos que o papel de mãe tem sido central em todas as culturas. No entanto, e cada vez mais, é importante ter em conta as mudanças nas normas sociais relativamente às mudanças ocorridas na maternidade e no papel de mãe (Tummala-Narra, 2009). Actualmente a decisão de se ter filhos não está ligada apenas à ordem natural das coisas, nem é um marco de chegada à plenitude da adultez. A decisão de ter filhos está cada vez mais relacionada com factores sócio-económicos, nomeadamente o ponto da vida profissional ou da carreira em que a mulher se encontra, a estabilidade do relacionamento com o companheiro, e o tempo que ainda tem até deixar de ser biologicamente possível conceber um filho (Pridemore-Brown, 2008).

O ideal da “boa mãe”, no qual a mulher é vista como a principal cuidadora dos filhos e das tarefas domésticas a tempo inteiro, foi durante séculos a imagem associada às mulheres e um dos fundamentos da moral cristã nas sociedades ocidentais (Pridemore-Brown, 2008). O despertar da doutrina feminista e a luta das mulheres por direitos de igualdade resultou num aumento do número de mulheres com acesso ao mercado de trabalho e a uma educação superior, o que veio alterar profundamente os papéis

A transição inesperada para a maternidade: um estudo com mães estudantes e mães
toxicodependentes

Rita Pais Limede (rita.pais.limede@gmail.com) 2014

tradicionais de “mãe” e “pai”. Isto resultou em alterações importantes na estrutura das famílias nucleares, sendo que a mais importante, foi o facto da família e do modelo estrutural patriarcal deixar de ser a norma (Tummala-Narra, 2009).

Como foi dito anteriormente, a moral cristã ocidental, que dominou a nossa sociedade durante vários séculos, define o papel da mulher na sociedade intrinsecamente ligado ao papel materno e ao de gestora doméstica. Com as alterações sociais que resultaram dos movimentos feministas, houve uma diminuição do impacto da religião na sociedade em geral. Actualmente, apesar de a religião ainda ser algo presente na vida de muitas mulheres, o impacto desta é cada vez menor, e é cada vez menos um factor de peso relativamente à decisão de ter filhos. Ou seja, as mulheres quando tomam uma decisão de assumirem o papel materno fazem-no por o desejarem intimamente, e não por outros factores externos, como a religião e a espiritualidade (Rodrigues, 2012).

Segundo esta perspectiva, a maternidade é cada vez mais uma escolha. Enquanto há 60 anos uma mãe solteira e os seus filhos era vista de forma preconceituosa pela sociedade, por não fazerem parte dos ideais familiares, actualmente a maternidade “a solo” é cada vez mais uma escolha. Com os avanços médicos e tecnológicos existentes nos dias de hoje, é cada vez mais comum haver mães solteiras por escolha, mulheres que têm o desejo de assumir o papel materno e não têm um relacionamento estável com um companheiro, e que como tal, recorrem à medicina moderna, ou à adoção, para concretizarem esse seu desejo. A possibilidade de a maternidade ser cada vez mais uma escolha pessoal, confere uma outra autonomia às mulheres, no que toca ao desenhar o seu próprio percurso de vida, ajudando-as a sentirem-se cada vez mais completas e realizadas em todos os papéis que decidam assumir (Pridemore-Brown, 2008). Também nos últimos 60 anos se verificou um “boom” das mulheres com altos níveis de educação e de carreiras. Esta situação veio afirmar o papel da mulher na sociedade em ponto de igualdade com o homem, fazendo com que estas se fossem libertando assim do tradicional papel de cuidadoras permanentes da casa e dos filhos. No entanto o impacto social desta mudança manifesta-se de duas formas distintas. Por um lado temos as super-mulheres que têm carreiras, e que continuam a assumir quase na totalidade (em horário pós-laboral) o

papel de principais cuidadoras dos filhos e da casa. Por outro, encontramos mulheres que ou abdicam da experiência de virem a ter filhos em prol da carreira, ou que os têm cada vez mais tarde (Pridemore-Brown, 2008). Ou seja, com esta mudança nos papéis sociais das mulheres, houve uma profunda transformação na forma como a maternidade se processa e é encarada actualmente.

II – Apresentação do Estudo

A definição inicial da problemática em estudo, de acordo com a *Grounded Theory*, pressupõe que o investigador enumere as questões que ache pertinentes relativamente à problemática principal, para que assim a profundidade e a flexibilidade de análise fiquem esclarecidas (Fernandes e Maia, 2001).

Este trabalho tem como principal objectivo estudar a transição inesperada para a maternidade. Através da realização de entrevistas semi-estruturadas, pretende-se atender os percursos de vida destas mulheres e procurar entender de que modo se processou a sua transição para a maternidade.

Com a exploração das histórias de vida destas mulheres, contadas na primeira pessoa, pretende-se entender a perspectiva de cada uma e do seu papel como mãe, e o impacto que este teve na vida destas mulheres tão diferentes.

Para uma melhor compreensão e organização deste estudo, procedeu-se à formulação de diversos objectivos específicos, que nos vão permitir explorar a questão da maternidade em fases da vida inesperada, e o impacto que esta teve no percurso global de vida destas mulheres. Assim sendo, podemos considerar como principais objectivos específicos deste estudo os seguintes:

1. Compreender se a maternidade é um evento de vida marcante;
2. Identificar se houve influência das vivências pessoais, em especial, mas não só, da relação com a própria mãe, na decisão;
3. Relato do papel pessoal como mãe

4. Analisar os percursos académicos/laborais
5. Analisar os percursos nos consumos.

2.1. Metodologia

Este estudo tem por base a análise qualitativa da informação recolhida. A recolha de informação foi conseguida através da utilização da entrevista semi-estruturada, para a redação de “narrativas pessoais de vida”.

A metodologia qualitativa é amplamente utilizada nas ciências humanas e da saúde, quando o principal objectivo de um estudo é analisar o significado de um determinado fenómeno e a sua implicação directa nos indivíduos, em vez de se estudar esse mesmo fenómeno em si. A metodologia qualitativa contextualiza um determinado fenómeno no seu meio natural de forma a estudar o seu significado. Este é um modelo de pesquisa cujo objectivo principal passa por criar ligações entre os elementos distintos em estudo e atribuir-lhes significado (Turato, 2005). De acordo com Minayo (2004 cit. in Turato, 2005) esta metodologia engloba modelos e teorias que têm a capacidade de interligar a intencionalidade e o significado do fenómeno a ser estudado, de modo a que este se enquadre nas acções, estruturas sociais e relacionamentos humanos como um todo.

Os métodos qualitativos caracterizam-se primeiramente pelo interesse do investigador se focar nos significados e no papel destes como organizadores da experiência humana. Por vezes, para que não haja enviesamento do fenómeno em estudo, o investigador poderá recorrer a técnicas de observação naturalista. Finalmente há que ter em conta que este método, para ter validade tem que ter um grande rigor. Quanto maior for a profundidade da entrevista relativamente à questão em estudo, mais rigor este poderá vir a ter (Turato, 2005). No caso deste estudo em particular, não se procedeu a uma observação sistemática às mulheres do grupo de estudantes que foram entrevistadas. No entanto, esta foi realizada no grupo de mulheres toxicodependentes ao longo de diversos meses (de Outubro 2012 a Maio 2013).

Assim, verifica-se que esta metodologia é utilizada maioritariamente em estudos cujo sistema de construção de conhecimento, se contextualizam, de modo a que o conhecimento em si seja a dimensão mais importante a ter em conta. Tal pressuposto vai ao encontro da ideia de que a geração de

conhecimento independente do indivíduo conhecedor não existe, levando à assunção de que o investigador tem de incorporar a sua produção científica na sua própria subjectividade (Fernandes e Maia, 2001).

Uma das formas de conferir validade e objectivação aos estudos com base na metodologia qualitativa é a análise de conteúdo (Turato, 2005). De acordo com Bardin (2011) a análise de conteúdo é um método especialmente empírico que se dedica ao estudo de determinados objectivos teóricos a partir da categorização, codificação, interpretação e comparação da informação de que se dispõe sobre um determinado fenómeno.

Grounded Theory

Associada à análise de conteúdo e à metodologia qualitativa encontramos também a teoria *Grounded*. Esta teoria partilha a convicção de que os habituais critérios para fazer “boa ciência” devem ser retidos, mas que ao mesmo tempo requerem uma redefinição de modo a que as normas de pesquisa das metodologias qualitativas e os fenómenos sociais complexos possam encaixar. Estas normas científicas incluem a significância, a compatibilidade entre observação e teoria, a generalização, consistência, precisão, verificabilidade e reprodutibilidade (Gortner e Shultz, 1988 cit. in Corbin e Strauss, 1990).

Os procedimentos de investigação por base na teoria *grounded* estão concebidos para desenharem um conjunto de conceitos bem integrados que fornecem uma descrição e explicação teórica meticulosa do fenómeno em estudo (Corbin e Strauss, 1990). Contudo, esta teoria permite também encontrar ligações relevantes, e determinar de que modo os indivíduos respondem às mudanças de condições e a determinados fenómenos, e às suas consequências (Corbin e Strauss, 1990).

Tal como nas outras metodologias qualitativas, os dados para a *grounded theory* podem ser obtidos através de diversas fontes. Os procedimentos de recolha de informação relevante envolvem diversos processos como entrevistas semi-estruturadas, observação directa, material audio-visual, artigos e outro tipo de bibliografia. Todas estas fontes podem ser codificadas da mesma forma que as entrevistas ou anotações das observações, desde que a pesquisa leve o investigador nessa direcção (Corbin

e Strauss, 1990). A *grounded theory*, como o nome indica, através da codificação dos dados fundamenta todas as inferências objectivas do sujeito necessário para o estudo e compreensão do fenómeno social em análise (Corbin e Strauss, 1990).

A codificação, é então, o processo analítico fundamental utilizado pelo investigador. Na *grounded theory* encontramos três tipos de codificação: aberta, axial e selectiva (Corbin e Strauss; Fernandes e Maia, 2001). A codificação aberta é o processo de interpretação a partir do qual a informação recolhida, é decomposta analiticamente, para permitir ao investigador ter uma nova perspectiva acerca dos dados. Na codificação aberta, as dimensões conceptuais são extraídas directamente dos dados, havendo ao longo do processo diversas reorganizações e comparações que poderão originar diferentes categorias, passíveis de virem a ser alteradas mais tarde (Fernandes e Maia, 2001; Corbin e Strauss, 1990). Na codificação axial as categorias resultantes da codificação aberta são reagrupadas em sub-categorias mais específicas, permitindo uma maior consistência na análise, o que resulta num maior entendimento das categorias e sub-categorias criadas, tendo por base as dimensões específicas e as propriedades de cada (Fernandes e Maia, 2001; Corbin e Strauss, 1990). Por fim, na codificação selectiva, procede-se a uma categorização hierárquica, e ao estabelecimento de relações entre as diversas categorias e sub-categorias previamente criadas, de modo a que se escolha uma ou mais categorias centrais (Fernandes e Maia, 2001; Corbin e Strauss, 1990).

Neste trabalho, ficamos apenas pela codificação aberta, uma vez que se trata de um estudo meramente exploratório, e dado que encontramos diversos entraves ao seu aprofundamento, nomeadamente pelo facto de tão poucas entrevistas terem sido realizadas, tal como se explicará no momento em que nos iremos referir às limitações da investigação aqui apresentada.

Recolha de Informação

Como foi dito anteriormente, para este estudo a informação foi recolhida através de entrevistas semi-estruturadas a um grupo de oito mulheres distintas. O guião de entrevista semi-estruturada tinha como principal objectivo a recolha de uma narrativa pessoal das mulheres

relativamente às suas experiências no campo da maternidade e de que modo é que a transição inesperada para a maternidade teve impacto nas suas vidas. Aquando da entrevista de recolha de informação, informaram-se as participantes acerca do objectivo do estudo.

Participantes

A população deste estudo é composta por 8 mulheres com filhos. Todas as mulheres deste estudo têm em comum o facto de os seus filhos terem nascido em alturas incertas das suas vidas. Destas 8 mulheres, 4 foram mães durante o seu percurso académico, enquanto as outras 4 foram mães numa altura em que recorriam ao consumo de substâncias, e que se encontram actualmente a residir numa Comunidade Terapêutica especializada no tratamento da dependência de substâncias em mulheres grávidas e/ou com filhos. Para uma melhor análise da informação procedeu-se à divisão das mulheres em dois grupos distintos. Num grupo encontramos as mulheres que foram mães estudantes, e no outro as mães toxicodependentes. No entanto, não pretendemos com esta divisão, separar ou comparar registos, mas sim, apenas ilustrar de uma forma o mais explícita possível, o que foi narrado e como se abordou a informação transcrita para a codificação (ou a categorização dos dados). O fenómeno da transição inesperada na maternidade é estudado com um todo.

Dados sócio-demográficos

Na tabela em baixo podemos ver os dados sócio-demográficos relevantes das mulheres entrevistadas para este estudo:

Sujeito	Idade	Estado Civil	Nº de filhos	Habilitações Literárias	Consumos
L.	42	Solteira	2	2º Ciclo	Sim
A.	26	Solteira	3	2º Ciclo	Sim
M.	26	Solteira	2	2º Ciclo	Sim
S.	43	Solteira	1	12º Ano	Sim
F.	26	Solteira	2	Licenciatura	Não
P.	50	Casada	3	Licenciatura	Não
MJ.	35	Divorciada	1	Licenciatura	Não
I.	35	Divorciada	4	Licenciatura	Não

A transição inesperada para a maternidade: um estudo com mães estudantes e mães toxicodependentes

Estado civil: 1- solteira, 2- casada, 3- divorciada; Habilitações: 1- 1º ciclo ensino básico, 2- 2º ciclo ensino básico, 3- 3º ciclo ensino básico, 4- ensino secundário, 5- licenciatura; Consumos: 1- Não, 2-Sim.

Na tabela em cima verificamos que das 8 participantes neste estudo, 4 têm percursos com consumos de substâncias e as outras 4 não. Este será o critério de divisão dos grupos. No grupo de mulheres toxicodependentes as idades são compreendidas entre os 26 e os 43 anos. Por sua vez no grupo de mães estudantes, as idades são compreendidas entre os 26 e os 50 anos. Relativamente ao número de filhos verificamos que no primeiro grupo há uma mulher com um filho, duas com dois filhos e uma com três. No segundo grupo o número de filhos varia entre um e quatro. Sendo que há uma mulher com um filho, uma com dois, uma com três e uma com quatro. Por fim, relativamente às habilitações literárias, verificamos que no primeiro grupo três mulheres possuem o 2º ciclo do ensino básico completo e uma o ensino secundário completo. No segundo grupo, as quatro mulheres possuem uma licenciatura

III- Análise dos dados

Procedeu-se à recolha de informação através de entrevistas semi-estruturadas. Estas foram realizadas a um grupo de oito mulheres, sendo que quatro são mulheres que foram mães durante o seu período de estudos no ensino superior, e as restantes quatro foram mães durante um percurso de toxicodependência. A análise dos dados foi realizada tendo por base os pressupostos da *grounded theory*. Assim esta engloba a informação recolhida pelas entrevistas, a comparação dos dados recolhidos com os de outros estudos semelhantes, e a informação recolhida através da observação directa e interação com as mulheres que se voluntariaram² para prestar os seus testemunhos acerca deste fenómeno.

Em seguida, recorreu-se primeiro à codificação aberta, e depois à tentativa da codificação axial, da informação. As categorias e sub-categorias

² Tanto o consentimento informado, como o guião de entrevista, poderão ser encontrados nos anexos I e II, respectivamente. No anexo III encontramos um exemplo de uma tabela de codificação.

A transição inesperada para a maternidade: um estudo com mães estudantes e mães toxicodependentes

daí resultantes, foram agrupadas em duas dimensões distintas, a *Transição Para a Maternidade* e as *Vivências Pessoais*. No quadro em baixo podem-se ver as categorias e as sub-categorias relativas a cada uma das dimensões.

Dimensão	Categoria	Sub-categoria
Transição Para Maternidade	Gravidez	Planeada
		Não Planeada
		Reação
	Presença do Pai	Relação com o pai dos filhos
		Presença dele na vida das crianças
	Papel Pessoal Materno	
	Importância Social do Papel Materno	
	Principais Obstáculos	
Vivências Pessoais	Identidade Pessoal	
	História Familiar	Relacionamento com os pais
		Influência do relacionamento com a mãe no papel materno
		Episódios Relevantes
	Mudanças na Vida	
	Percurso Escolar/Profissional	
	Importância da Religião	
	Consumos	Início
Percurso		

Transição Para a Maternidade

O principal objectivo desta dimensão é estudar o modo como estas mulheres encararam a transição inesperada para o papel materno, numa altura das suas vidas pouco favorável a este.

A transição inesperada para a maternidade: um estudo com mães estudantes e mães toxicodependentes
Rita Pais Limede (rita.pais.limede@gmail.com) 2014

A gravidez nem sempre é o primeiro passo para a maternidade, no entanto, no caso específico deste estudo, é isso que acontece. Visto que a gravidez é o ponto de partida para a transição para a maternidade, faz sentido que seja a primeira categoria a ser estudada. Considerou-se ser relevante abrir esta categoria em três sub-categorias distintas: planeada, não planeada e reação. Tendo em conta a natureza deste estudo à partida a sub-categoria da gravidez planeada não faria sentido, no entanto, achou-se pertinente a sua menção, visto que algumas das mulheres participantes neste estudo passaram posteriormente por esta experiência de maternidade planeada.

Relativamente à categoria da gravidez não planeada há que mencionar que esta é o ponto central deste estudo, ou seja, esta é a sub-categoria que serviu como ponto de partida para este estudo. Todas estas mulheres partiram inicialmente de uma situação de maternidade inesperada resultante de uma gravidez não planeada, que decidiram continuar. Neste caso a decisão aliada à gravidez não planeada foi o que tornou possível a experiência de maternidade.

Por sua vez, quando olhamos para a sub-categoria da reação à gravidez, verificamos o impacto que esta situação teve na vida destas mulheres. A surpresa e o choque, seguidos de momentos de alegria, foram a reação dominante, no entanto tal não aconteceu em todos os casos. Por exemplo, no caso de M, depois de uma primeira gravidez inesperada que inicialmente correu bem, veio uma outra, também ela inesperada, pouco tempo depois que causou uma reação distinta. Esta menciona que *“Quando fiquei grávida da minha primeira filha fiquei muito contente, foi uma alegria para mim (...)pouco depois fiquei grávida do meu segundo filho, e fiquei muito preocupada, porque não tinha condições para o criar...”*. Aqui verificamos que devido a determinados eventos que ocorreram no espaço de tempo entre os dois períodos de gestação (que serão explicados e estudados em outras categorias), a reação desta mulher mudou completamente. No entanto, acabou por levar a gravidez até ao fim e ficar com a criança, pois foi-lhe dada uma oportunidade para o fazer, quando teve a oportunidade de entrar para uma comunidade terapêutica, *“...não tinha condições para o criar, por isso a minha salvação foi vir para aqui, porque senão ele tinha ido para a adoção.”*

A categoria relativamente ao relacionamento com o pai é de grande

importância. Para melhor compreensão desta, foi dividida em duas sub-categorias distintas, uma relativa à relação em si com o pai dos filhos, e outra relativa à relação/presença deste na vida dos seus filhos. Na primeira sub-categoria verificamos que há diferenças substanciais no tipo de relacionamento que estas mulheres têm com os pais dos seus filhos. No caso de F, P e A, o pai das crianças é o companheiro de vida, (no caso de A. o companheiro é o pai dos filhos mais novos, e P. é casada com o pai dos seus). I e MJ, ambas divorciadas, viram os seus casamentos deteriorarem-se ao longo do tempo, sendo da opinião que a maternidade poderá ter sido um factor de influência para isso mesmo. I postula que *“A minha ideia quando era mais nova, era que um filho consolida uma relação. Neste momento, com o relacionamento que tenho, acho o contrário...”*. Por sua vez, MJ, diz que *“... sou muito da opinião que os filhos são muito destabilizadores das relações actualmente...”*. No caso de M e de L (especialmente no caso do filho mais novo), os relacionamentos que tinham com o pai dos seus filhos acabaram também por terminar em separação, embora por motivos diferentes das mencionadas anteriormente. M, diz que *“... na altura em que estivemos juntos havia sempre muita confusão, muitas discussões e chapadas na cara...”*. L, refere que *“O último que tive era violento e estava em recuperação, mas estive com ele porque engravidei e precisava de apoio, até encontrar outro sitio para ficar.”*

Ao estudarmos a sub-categoria relativa à presença do pai na vida das crianças, verificamos que na grande maioria dos casos os pais não se encontram presentes, à excepção de S e de M, que independentemente do tipo de relacionamento que estas mulheres têm com os seus companheiros, estes estão presentes na vida dos seus filhos. No caso de S, tal não acontece porque o pai do seu filho se encontra actualmente num estabelecimento prisional, *“Ele actualmente esta num estabelecimento prisional... Se ele quando sair quiser estar presente na vida do menino não o vou impedir, acho que é importante para o meu filho vir a ter o pai na vida dele...”*. Esta reconhece a importância da presença do pai na vida de um filho, e apoia que tal venha a acontecer no futuro, quando as circunstâncias mudarem.

Quando questionadas relativamente ao seu papel pessoal como mães, as mulheres descreveram-se como as mães que acreditam que são, e de que forma é que o papel materno teve impacto no seu *self*. Na sua grande

maioria mencionaram que sempre tiveram o desejo de vir a ter filhos, e que embora estes tenham vindo numa altura pouco desejável, que a experiência em si foi bastante positiva, e que se sentem bem no papel materno. No entanto, há um caso em que tal não acontece. L, menciona nunca se ter sentido capaz de exercer o papel de mãe, e que por isso tinha deixado a sua filha mais velha com o avô, e que entregou o mais novo para a adoção, por acreditar que assim lhes estava a dar uma possibilidade de uma vida melhor, *“A minha filha sempre viveu com o meu pai, eu não tenho praticamente relação nenhuma com ela (...) o meu filho quando nasceu dei-o para a adoção, achei que era melhor assim, não me vejo nem me vi capaz de lhes dar tudo e de ser uma boa mãe.”*

Ao longo das entrevistas, pediu-se às participantes que descrevessem aquilo que, aos olhos da sociedade actual, seria considerado uma boa ou uma má mãe. As respostas dadas deram origem à categoria importância do papel social materno. Cada uma destas mulheres, à sua maneira, descreveu aquilo que considera ser importante no papel materno, e o que faz com que uma mulher seja vista como sendo uma boa mãe. Todas as respostas tiveram por base as experiências pessoais de cada uma e a percepção que estas têm da sociedade actual, sendo que o elemento comum às respostas foi a presença constante na vida dos filhos e os sacrifícios que uma mãe faz pelos filhos. No entanto, houve duas respostas que foram além dessa definição. Tanto MJ e I falaram do modo como a sociedade actual percebe as mulheres que assumem o papel materno. MJ diz que *“Eu acho que socialmente, em termos de sociedade civil, não profissional, ser mãe é de certa forma valorizado... A mulher em si é desvalorizada, a maternidade, eu acho que em termos sociais, o ser mãe, é ainda, de certa forma, valorizado...”*, ou seja, esta acredita que na sociedade actual o papel materno é valorizado, enquanto que a o papel feminino é desvalorizado. I, por sua vez, diz que *“Eu acho que a sociedade vai desvalorizando o papel de mãe... O que está mais focalizado é a parte profissional, a mulher pensa muito mais na parte profissional do que nos filhos...”*, ou seja, na sua opinião o papel de mãe é cada vez mais desvalorizado pela sociedade actual.

Terminamos o estudo desta dimensão, com a análise da categoria relativa aos principais obstáculos encontrados pelas mulheres aquando da transição para o papel materno. Um dos factores, mencionados por P, A e

MJ, foi o factor financeiro. As mulheres que se encontravam a estudar na altura da primeira gravidez, P, MJ, I e F, definiram, como factor que serviu como um obstáculo inicial a ultrapassar aquando da transição para a maternidade, a dificuldade em conciliar os estudos com a vida familiar. F referiu que “... *Tive que aprender a orientar tanto as crianças como a mim mesma para não me desviar do meu focus (...) por vezes é difícil conciliar a vida profissional com a familiar e então tenho que decidir o que será mais importante de resolver e avançar...*”, há uma necessidade urgente de aprender a conciliar ambas as coisas, sem deixar nenhuma para trás, o que implica um grande esforço e grandes mudanças a diversos níveis. Outra situação que também foi vista como sendo um obstáculo para a transição para a maternidade foi o estado de saúde. Tanto S e M referiram que o seu estado de saúde não seria o mais indicado para tal. M, falou do seu problema de saúde que a acompanha desde a nascença e de que modo é que isso a afecta, “... *Apesar do problema de saúde que eu tenho (incontinência urinária) e de a médica dizer que não era aconselhável e que não poderia vir a ter filhos, acabei por ter...*”. Por fim, o factor dos consumos de substâncias foi também mencionado como sendo um obstáculo. No caso de A, esta revelou que “... *Os meus filhos nasceram já eu consumia, parava de consumir durante a gravidez, mas mal eles nasciam voltava outra vez aos consumos. Eles é que eram prejudicados nesta situação toda.*”. Por sua vez, M, disse que “*altura mais critica foi quando estive a viver na rua, em que os consumos eram maiores (...) especialmente quando descobri que estava grávida pela segunda vez.*”, neste caso, verificamos que houve uma situação de consumos associada a uma de sem-abrigo.

Vivências Pessoais

O estudo desta dimensão tem como finalidade compreender de modo a identidade destas mulheres e os seus percursos de vida vão influenciar a sua transição para a maternidade, e o seu ajustamento ao papel materno.

Começamos com a categoria relativa à identidade. A percepção que um individuo tem e si próprio exerce uma influência muito forte no funcionamento da sua vida, ou seja, o *self* de um individuo e a forma como este foi moldado vai ter um impacto no seu percurso e nas tomadas de

decisão (Gleitman, Fridlund e Reisberg, 2007). As respostas obtidas relativamente à identidade pessoal de cada uma destas mulheres, que pouco ou nada em comum têm umas como as outras, no entanto, a compreensão destas e o estudo desta categoria em si, vai-nos permitir compreender melhor esta dimensão como um todo. A descrição que estas mulheres fizeram acerca de si próprias, permite-nos analisar e estudar melhor todo o fenómeno da transição inesperada para a maternidade.

A categoria que se segue, a da história familiar, está dividida em três sub-categorias distintas, sendo estas a relação com os pais, a influência da relação com a mãe no seu papel materno, e por fim os episódios relevantes relativos à sua família. Começando pela primeira sub-categoria, verificamos que a qualidade da vinculação e do relacionamento com as figuras de vinculação ao longo da infância e da adolescência, exercem uma grande influência no percurso desenvolvimental do *self* de um indivíduo (Guedeney, 2004). Quando se pediu às mulheres para descreverem o seu relacionamento com os pais, a maioria descreveu-o como positivo. No caso de L, esta descreveu o relacionamento com os seus pais, como *“Tinha um bom relacionamento com o meu pai, mas com a outra senhora (madrasta) nem tanto...”*, acrescentou que *“... Nunca conheci bem a minha mãe, só a vi duas vezes...”*, neste caso apesar de ao longo da sua infância e adolescência ter tido um bom relacionamento com o pai, o mesmo não aconteceu com a sua madrasta (que supostamente seria a sua figura materna de referência), nem com a sua mãe, que mal conheceu. No caso de M, aconteceu o oposto, esta referencia a mãe e a avó materna, como figuras de vinculação de referência, com as quais teve um bom relacionamento até ao final da sua adolescência/início da idade adulta, e revelando por sua vez um relacionamento praticamente inexistente com o seu pai, especialmente após a adolescência, *“... Já não tenho contacto com ele, mas em criança ainda cheguei a estar com ele algumas vezes... Foi assim até aos meus 12/13 anos mais ou menos, nessa altura as visitas pararam e ele desligou completamente.”*. Por fim, A, apesar de vir de um lar em que os pais continuavam juntos, revelou que sempre teve um melhor relacionamento com a sua mãe do que com o seu pai, *“Tinha um melhor relacionamento com a minha mãe do que com o meu pai (...) o meu pai nunca me deu muita atenção”*.

Relativamente à influência da relação com a mãe no papel materno, começamos por referir que os padrões de vinculação tendem a manterem-se ao longo da vida do indivíduo, ou seja, os padrões de vinculação manifestados na idade adulta estão intimamente ligados àqueles que se desenvolveram e manifestaram na infância, sendo que cada um de nós transporta consigo as experiências passadas de interação com os outros (Nunes, 2011). Assim sendo, o estudo desta categoria é pertinente, na medida em que nos vai ajudar a compreender melhor o tipo de padrão de vinculação manifestado por estas mulheres relativamente aos seus filhos, e qual foi o impacto que o relacionamento com as suas figuras de vinculação maternas tiveram na forma com que lidam e se relacionam com os seus próprios filhos. Sete das mulheres entrevistadas manifestam ter havido uma influência do relacionamento que teve com a própria mãe na forma como actualmente lidam com os seus filhos. Cinco das mulheres, (F, P, MJ, I e S), dizem que essa influência foi positiva e em que muitos aspectos acabam por replicar o modelo que têm. P, diz que “... *Embora não quisesse ser, em tudo, como a minha mãe acabei por reproduzir, em muitas situações, o modelo que tinha...*”. Por outro lado, 2 das mulheres, tanto A como M, referem o modelo materno que tinham, como modelo a não seguir. M, diz que “... *Sei que nunca hei-de fazer aos meus filhos aquilo que a minha mãe fez comigo...*”, o que leva a crer, neste caso, que a experiência avaliada como sendo negativa com a própria mãe, serve de exemplo daquilo a não fazer com os seus filhos.

Ainda dentro da categoria da história familiar, foi pedido às mulheres que nos contassem episódios relevantes da sua vida familiar que as tenham marcado. Seis das mulheres não mencionaram nenhum episódio em concreto que tivesse sido mais marcante, havendo apenas duas que se manifestaram relativamente a esse tópico. Tanto A como M, contaram episódios que aconteceram durante a sua infância e adolescência, que as próprias acreditam que as tenha marcado para a vida. A, fala da situação de alcoolismo dos pais, em especial do seu pai, e de ter presenciado cenas de violência doméstica, “*Os meus pais eram os dois alcoólicos... A minha mãe fez o tratamento e já há muitos anos que não bebe álcool (...) lembro-me de o meu pai ser alcoólico, e de ter alguns problemas por causa disso, porque quando ele bebia mandava vir com a minha mãe e andavam à porrada, e eu*

e as minhas irmãs tínhamos que ver as cenas todas à nossa frente...”, referindo também, que estas situações possam ter tido influência, mais tarde, nos seus consumos, “Isto mexeu muito comigo e eu acho que se calhar foi por isto que comecei a ir por outros caminhos...”. No caso de M, os episódios que mais a marcaram passam pela situação de abandono dos pais, luto pela morte da avó, alcoolismo do pai e violência doméstica. Esta refere que “... O meu pai tinha problemas de álcool, ele chegava a casa bêbado e batia-lhe a ela (mãe) e à minha irmã mais velha, até que um dia a minha mãe se fartou e correu com ele de vez, e separou-se dele para sempre (...) Actualmente já não tenho contacto com ele, mas em criança ainda cheguei a estar com ele algumas vezes... Foi assim até aos meus 12/13 anos mais ou menos...”, “a minha mãe abandonou-me depois de casa ter pegado fogo e culpou-me por isso, e deixou-me a viver na rua... E agora sabe que estou aqui com o menino e nem sequer é capaz de fazer um telefonema para saber se estamos bem...”, “A minha avó para mim era uma segunda mãe... E quando ela morreu eu sofri muito, entrei em depressão...”.

A categoria das mudanças na vida, tem como finalidade estudar quais foram as principais mudanças causadas pela maternidade na vida destas mulheres, ou seja, compreender quais foram as implicações práticas directas desta transição. Uma das mudanças na vida destas mulheres prendeu-se com o final da relação com o marido/companheiro, no caso de I, MJ e M, esta última mencionou que “... Ainda estive a viver com o pai dos meus filhos em casa dele durante algum tempo, só que comecei a dar-me mal com ele (...) e fui-me embora. Deixei lá a mais velha e acabei por ir viver na rua durante algum tempo...”, neste caso, a situação do término do relacionamento entre os dois levou a que esta mulher ficasse numa situação temporária de sem-abrigo, até ter ido viver para a comunidade terapêutica onde se encontra actualmente. Outra mudança provocada foi a re-organização de prioridades no dia-a-dia, especialmente no caso de mulheres que foram mães durante o seu período de estudos, que foi o caso de F, I, MJ e P. Neste último caso, a principal mudança prendeu-se pelo ajustamento dos horários das aulas, e mais tarde dos compromissos profissionais, com as horas de alimentação e amamentação dos filhos, em especial do primeiro. Também ainda dentro da re-organização das prioridades do dia-a-dia, encontramos a situação de A. Apesar de ser uma situação diferente, acaba

por cair neste tópico. Esta situação é derivada do facto de o segundo filho desta ter nascido com paralisia cerebral, o que implica um maior número de cuidados específicos. Apesar de ao início ter sido complicado, A, decidiu ir aprender tudo o que podia acerca desta condição para poder melhorar a qualidade de vida do filho, “... *Ele tem paralisia cerebral, e ao início custou-me um bocado lidar com essa situação. Mas com o passar do tempo fui vendo que ele ia tendo uma boa evolução e que os problemas eram mais físicos que psicológicos, e fui-me habituando à situação e a lidar com ele. Acompanhava-o à fisioterapia e ao médico e ia com ele a todo lado e fui aprender muita coisa para poder lidar com ele e com a doença dele*”. Por fim, a outra mudança mencionada é exclusiva apenas ao grupo de mulheres toxicodependentes. Estas falaram que foi a experiência de maternidade, e o poderem estar com os filhos e lhes dar uma vida melhor, que serviram como principal motivador para largar os consumos, este foi até o principal motivo da entrada de A, M e S na comunidade terapêutica. S afirmou que “... *Sempre achei que se uma pessoa não muda para melhor por causa de um filho, não muda por mais nada neste mundo.*”

A categoria que se segue é relativa ao percurso escolar. Como está referido na tabela de dados sócio-demográficos, neste estudo verificamos que há três mulheres com apenas o segundo ciclo completo (tendo duas delas frequentado ainda o 3º ciclo, embora sem o completarem), uma com o ensino secundário (12º) concluído, e as restantes, quatro com licenciaturas terminadas. Esta categoria à partida poderia não ser relevante, visto que esta informação está indicada acima, juntamente com outros dados sócio-demográficos das participantes deste estudo. No entanto, visto que metade das participantes foram mães enquanto estudantes, esta categoria acaba por fazer sentido, pois o seu principal objectivo é tentar compreender se a experiência inesperada de maternidade teve algum impacto, ou não, na continuação, ou abandono, dos estudos. Começando pelos casos em que houve um abandono escolar precoce, verificamos que tal aconteceu por diversos factores, entre eles falta de motivação e interesse pelos estudos, falta de atenção e de monitorização por parte dos pais. Este caso é relativo a A, L e M, que mais tarde vieram a seguir percursos de vida na toxicod dependência. Aqui a toxicod dependência não é a causa do abandono precoce dos estudos, mas poderá ter sido uma consequência. De acordo com

Moreira (2005), o abandono escolar precoce e o insucesso escolar são factores de risco para a toxicodependência, especialmente quando aliados a situações familiares de violência, alcoolismo ou toxicodependência dos pais, e abandono familiar. Relativamente a S, a situação de descontinuidade dos estudos após o término do ensino secundário está relacionada com a falta de interesse nas aulas e na descrença para com o sistema de ensino, “*Apesar de gostar de ir à escola, a parte das aulas não me interessava muito, mas nunca tive grandes dificuldades, era uma aluna média (...) sempre pensei que ia estudar, que ia ter um curso superior, coisa que não aconteceu. Ao longo do tempo desiludi-me com o sistema de ensino.*”. As quatro mulheres com as licenciaturas terminadas, foram todas elas mães pela primeira vez enquanto eram estudantes. Tendo em conta um estudo realizado por Uripia e Sampaio (2009), um dos principais entraves para a continuidade dos estudos no ensino superior nas mulheres é a maternidade precoce, no entanto, quanto maior for a rede de suporte familiar, maiores são as probabilidades de essas mulheres concluírem os seus estudos. No caso deste estudo em particular, todas as mulheres continuaram os seus estudos, por razões que se prendem com a auto-realização pessoal e pela vontade de poderem mais tarde vir a dar uma qualidade de vida superior aos seus filhos. F, diz que “*...quero sem dúvida terminar o curso e entrar no mercado de trabalho(...) para poder dar uma vida melhor às crianças...*”. No entanto, estas mulheres referiram que tal não teria sido possível sem uma rede de apoio por parte dos seus pais e companheiros. I, menciona que “*... Ele já trabalhava, já tinha a sua vida profissional, social, económica estabilizada. Por isso é que deu...*”.

Relativamente à categoria da referente à importância da religião, começamos por recordar que durante séculos esta ocupou um papel importante na sociedade, apesar de actualmente a sua influência ter reduzido substancialmente, ainda há mulheres que seguem fielmente as suas crenças na fé católica. Como tal, a possibilidade de uma interrupção voluntária da gravidez, ou até mesmo o uso de contraceptivos e as relações sexuais antes do matrimónio, seriam algo de impensável (Rodrigues, 2012). Ou seja, a importância da religião, visto que no caso deste estudo todas as experiências de maternidade começaram com uma gravidez inesperada, poderia ter tido impacto na decisão final de continuação da gravidez e da transição para o papel materno. Isto é, este poderia ter sido um factor decisivo aquando da

decisão de continuação da gravidez. De todas as mulheres questionadas, apenas três mencionaram a presença da religião nas suas vidas, sendo elas I, MJ e P. No entanto, nenhuma mencionou que tal factor teve um peso na decisão final de vir a ser mãe, tanto que MJ afirma claramente que *“Eu sou católica, mas não ao ponto de ser contra a interrupção da gravidez...”*.

A última categoria a ser estudada, os consumos, é específica para as mulheres com um passado na toxicod dependência que participam neste estudo. O estudo dos percursos destas mulheres é importante, pois a compreensão deste problema vai-nos ajudar a entender qual foi o impacto que esta situação teve nas suas crenças pessoais e no seus papéis como mães. Começamos então por estudar qual foi o motivo da entrada nos consumos. As substâncias principais não são as mesmas para todas as mulheres. A substância principal de M é o haxixe (canabinóides), a de A é a cocaína, e a de L e S é a heroína. De acordo com os testemunhos destas mulheres, os principais motivos de entrada nos consumos foram a falta de informação acerca das drogas e as suas consequências, a influência do grupo de pares e a influência do parceiro. O motivo da falta de informação foi mencionado tanto por S como por L, relativamente à sua entrada nos consumos de heroína. S, diz que *“A primeira vez que consumi heroína não sabia aonde me estava a meter, não sabia bem o que aquilo era... Quando experimentei foi algo do género, ah, não há haxixe, mas está aqui isto (heroína), por isso deve ir dar ao mesmo... A primeira vez que senti o síndrome de abstinência parecia que estava com gripe...”*. A falta de informação acerca das substâncias e das suas consequências actualmente não conta como motivo válido, pois há cada vez uma maior sensibilização para esta problemática, no entanto, aproximadamente há 20 anos a sensibilidade relativamente a esta problemática ainda era pouca, e ainda havia uma grande percentagem de jovens que não tinham bem noção daquilo que estavam a consumir, e quais as implicações que isso iria ter na sua saúde (Pereira, 2013). No entanto, apesar de a passagem do haxixe (considerada uma droga “leve”) para a heroína ter sido devido a falta de informação, a entrada nos consumos com os canabinóides deveu-se à influência do grupo de pares nos casos de A, L e S. L, refere que *“Foi a partir do meu grupo de amigos mais tarde, já tinha uns 21/22 anos. Começaram a fumar e perguntaram-me se eu queria...”*. A, que também começou com o consumo de canabinóides, não sabe bem

explicar o porquê de ter passado mais tarde para o consumo da cocaína, diz apenas que “... *Certa altura já não conseguia passar um dia sem fumar (...) a partir daí comecei a passar para coisas mais pesadas...*”. M, no entanto, nunca fez a transição para essas substâncias mais “pesadas”, e diz que começou a fumar por influência do seu companheiro da altura e pai do seu filho, “*Quando experimentei foi principalmente por influência do pai dos meus filhos... Não tive bem a noção que o haxixe era assim tão forte...*”.

Os percursos de cada indivíduo na toxicodependência, apesar de poderem seguir um determinado padrão, a vivência de cada um acaba por ser diferente, mesmo que a substância seja a mesma. Factores como a rede familiar de apoio, a situação sócio-económica, o estado da saúde do indivíduo, os relacionamentos com os outros (parceiros e grupo de pares), e a existência ou não, de um historial familiar de problemas de consumos (tanto álcool, como drogas), acabam por ter uma palavra a dizer no rumo que cada um vai tomar nas toxicodependências (Pinto-Coelho, 1993; Pereira, 2013). A relação de S com a heroína era diferente do que seria habitual, esta apenas consumia nos seus tempos livres, fazendo desintoxicações e recorrendo a medicação para não sofrer as consequências da ressaca e poder ter uma vida e um emprego funcionais, “*A minha relação com a droga nunca chegou ao ponto de relações que outros tiveram com a heroína... Nesse ponto não há amigos, porque todos roubam uns aos outros, a família é completamente massacrada (...) eu felizmente nunca cheguei a esse ponto. Eu usava a droga quando não tinha nada para fazer, quando tinha tempo livre, quando tinha trabalho andava sem consumos. Quando começava a sentir as coisas a saírem fora de controlo eu própria parava, fazia uma desintoxicação. Mas lá está, quando estava sem trabalhar e sem nada para fazer puxava-me outra vez para as drogas, até fazer desintoxicação outra vez, foi assim durante muitos anos (...) apesar de ter ficado com a minha saúde muito afectada nunca perdi os meus valores, mas também tive a sorte de os meus pais nunca me abandonarem.*”. Por outro lado, L, foi consumidora durante 11 anos seguidos, tendo fugido de casa numa altura mais crítica, e assim continuou, até ver a situação a fugir demasiado do seu controlo e entrar numa comunidade terapêutica, “*Pouco tempo depois de ter começado com a heroína comecei a sentir que já não conseguia parar, quando isso aconteceu fugi de casa e não voltei mais durante muito tempo,*

apesar de as vezes ainda ver o meu pai, sentia-me desamparada, com medo, arrependida e em desespero (...) tive um companheiro muito porreiro durante algum tempo, ele nunca me fez mal nenhum, mas depois acabou. Vi amigos a ficarem muito mal e até a morrer, mas nunca tive muita ajuda, até que chegou a uma altura em que me vi muito atrapalhada e consegui entrar numa comunidade terapêutica. Foi a partir dessa altura que consegui endireitar as coisas e não me voltei mais a meter nas drogas”. A relação de A com a cocaína foi muito conturbada, tendo sido parte da sua experiência enquanto mãe nos primeiros anos de vida dos seus filhos, tendo apenas terminado com a entrada desta na comunidade terapêutica onde reside actualmente, “...vi o vicio a aparecer e as coisas a fugirem fora do controlo, comecei a fazer coisas que não devia, como a roubar coisas da casa dos meus pais, a deixar de ligar e de ter tanto tempo para os meus filhos, e a deixar de ter dinheiro para a creche deles, porque era tudo para os consumos (...) os meus filhos nasceram já eu consumia, parava de consumir durante a gravidez, mas mal eles nasciam voltava outra vez aos consumos. Eles é que eram prejudicados nesta situação toda. Nunca deixei de cuidar deles, porque quando consumia ficava acordada até muito tarde e isso dava-me mais tempo para fazer tudo, e mesmo assim no dia a assim no dia a seguir conseguia sempre acordar a tempo para preparar as coisas deles, deixa-los bem tratados, bem vestidos e a tempo de os deixar na creche...”. No caso de M, o percurso ficou marcado por uma situação de abandono e de sem-abrigo, que culminou com a ida desta para uma comunidade terapêutica após o nascimento do segundo filho, “Quando estive a viver na rua os consumos eram maiores, especialmente depois de ter conseguido ter acesso ao RSF³. Nessa altura estava muito deprimida, estava em baixo e desanimada (...) não houve ninguém que tenha sido capaz de me ajudar a sair dos consumos, nem que tenha falado comigo sequer por causa disso (...) tive que fazer tudo sozinha, consegui estar aqui hoje porque arranjei uma forma de isso acontecer, para assim poder ficar com ele...”.

³Rendimento Social de Inserção

A transição inesperada para a maternidade: um estudo com mães estudantes e mães toxicodependentes

Rita Pais Limede (rita.pais.limede@gmail.com) 2014

IV- Discussão dos Resultados

A experiência de maternidade, em especial o primeiro filho, pode ter um impacto muito forte na vida das mulheres. A transição para este papel implica uma reestruturação do *self* da mulher, para melhor processar as mudanças. O desejo de um dia vir a ter filhos, por si só, não é suficiente para encarar as mudanças mais facilmente. Uma mulher pode desejar ser mãe numa determinada altura da sua vida, e esse desejo concretizar-se antes do esperado (Leal, 2005). Quando esta ocorre de forma inesperada, é necessário algum de tempo de preparação para assimilar a mudança e todas as implicações daí resultantes. Assim quando uma mulher se encontra perante uma situação de gravidez inesperada, toma a decisão de a levar até ao fim, fá-lo tendo noção de que a sua vida poderá a não ser igual, e aquilo que um dia poderia ser uma opção, nesse momento torna-se uma realidade.

Este evento em si tem muitas implicações na vida da mulher, como por exemplo na dinâmica da sua relação com o companheiro ou cônjuge. De acordo com Tummala-Narra (2009), muitas vezes, o relacionamento com o companheiro acaba por se deteriorar aquando da transição para a maternidade, especialmente quando esta é inesperada. Isto acontece pois o papel da mulher na intimidade e na relação com o parceiro é por vezes posto de parte aquando dessa mudança, visto que a mulher na sociedade actual assume muitos outros papéis que não apenas o de esposa e de mãe, assume também papéis de relevo no mercado de trabalho que lhe dão realização pessoal. Assim quando há a entrada em cena de um novo papel, nem sempre é difícil conciliar todos, sendo que um acaba por ficar mais para trás, geralmente o papel de esposa ou de companheira.

Com este estudo, verificamos que há diversos factores que contribuem para a tomada de decisão. Verificamos que uma mulher que tenha uma boa rede de suporte e apoio, acaba por conseguir encarar melhor as mudanças. A rede de apoio neste caso tanto poderá ser os pais, o companheiro ou uma instituição. Ainda relacionado com a rede de apoio encontramos outros factores que poderão influenciar, nomeadamente o factor económico e o estado de saúde. Quando uma mulher sente que o factor financeiro não é um problema, a decisão de seguir em frente com a gravidez é superior. O estado

A transição inesperada para a maternidade: um estudo com mães estudantes e mães
toxicodependentes

Rita Pais Limede (rita.pais.limede@gmail.com) 2014

de saúde, quer física, quer psicológica, poderá ter um grande impacto, quer na decisão, quer no curso da gravidez. Quando uma mulher escolhe continuar com a gravidez nessas condições⁴, não está só a viver uma gravidez de risco, como potencialmente, poderá vir a viver uma experiência de maternidade de risco (Correia, 2005). Neste caso, ambas as mulheres que falaram em risco de saúde com potencial obstáculo para a gravidez, acabaram por encontrar apoio numa instituição, o que lhes permitiu ter um outro apoio. A religião, por outro lado, não é, neste caso, um factor a considerar na tomada da decisão. Apesar de o catolicismo ser algo enraizado na nossa cultura, e de três das mulheres se considerarem católicas, esse factor, de acordo com as suas respostas, não teve peso na sua decisão. Isso poderá estar relacionado com o facto de cada vez mais as mulheres serem livres de fazer as suas próprias escolhas, e que quando decidem assumir o papel materno fazem-no porque era algo que desejavam intimamente, e não porque a religião assim o dita (Rodrigues, 2012).

Ao assumir o papel materno, a mulher passa pela fase de reestruturação do relacionamento com os próprios pais. Os novos desafios da maternidade despertam nas novas mães memórias das suas mães e de si enquanto filhas, relativamente aos comportamentos maternos positivos e negativos das suas mães. Se determinadas experiências anteriores não tiverem sido bem integradas, isso poderá manifestar-se nos seus próprios comportamentos como mães. Como tal, a transição para a parentalidade poderá também ser uma oportunidade para a resolução, ou complicação, de determinadas disputas desenvolvimentais anteriores (Canavarro, 2001; Canavarro e Pedrosa, 2005). Assim, o papel pessoal materno descrito por cada mulher está interligado com a influência do relacionamento que teve com as suas mães, que ser seja de um modo positivo ou negativo. Como vimos pelas respostas dadas nas categorias relacionadas com o papel pessoal materno e com o historial familiar, essa vertente das vivências pessoais de cada uma das mulheres, é um factor de peso a ter em conta na forma como estas se descreveram enquanto mães. Os padrões de vinculação à figura vinculativa ao longo do desenvolvimento na infância, transportam-se até à idade adulta, sendo este também um factor determinante nos

⁴ As condições referem-se a dificuldades ou problemas de saúde físicas ou psicológicas, afectivas, dificuldades financeiras, ou falta de uma rede de suporte.

A transição inesperada para a maternidade: um estudo com mães estudantes e mães toxicodependentes

comportamentos e diversos processos de socialização no adulto (Canavarro, 1999 *cit. in* Nunes, 2011).

No entanto, o meio social e cultural contemporâneo poderá também ter uma palavra a dizer na forma como uma mulher perceciona o seu papel como mãe. Dadas as transformações na sociedade nos últimos 60 anos, em que se viu uma transformação profunda do papel das mulheres. Estas começaram a ter um papel mais activo na sociedade e uma maior participação tanto no ensino superior, como no mercado de trabalho. Esta transformação resultou num aumento da idade média do primeiro filho e numa ruptura dos valores tradicionais e das famílias nucleares (Pridemore-Brown, 2008). Com todas estas alterações, as percepções daquilo que seria uma boa mãe sofreram alteração, tal como o modo que a mulher enquanto mãe é vista socialmente. Apesar de os preconceitos para com uma mãe solteira ou divorciada serem praticamente inexistentes, a sociedade enquanto por um lado valoriza o papel materno em si, por outro desvaloriza a mulher que o assume. Isto é, quando há cada vez mais mulheres a porem de parte ou adiaem a maternidade em prol das suas carreiras, as que decidem assumir esse papel num período de vida pouco estável para isso, são cada vez mais olhadas de lado (Pridemore-Brown, 2008).

A transição para a maternidade em contexto académico, nem sempre é fácil. A necessidade de adaptação muito rápida ao papel, conjugando-a com os estudos e as exigências de um curso superior, nem sempre facilitam a transição e a adaptação para o papel materno. De acordo com um estudo realizado por Urpia e Sampaio (2009), o tornar-se mãe em contexto académico é um desafio que nem todas as mulheres conseguem cumprir. A falta de uma rede de apoio consistente, o factor financeiro e o conciliar os estudos com a vida familiar, são as maiores dificuldades encontradas por estas mulheres, sendo que muitas acabam por desistir ou parar por algum tempo, acabando por se dedicarem mais ao papel de mãe nos primeiros anos de vida dos seus filhos. No entanto, tal não se verifica neste estudo. As mulheres que foram mães enquanto estudantes, concluíram as suas licenciaturas, sem que no entanto não tivessem parado durante os primeiros anos de vida dos seus filhos. Tal foi possível, visto que todas falaram ter um grande apoio por parte quer do companheiro, quer dos pais, o que as ajudou a conciliar melhor diversos aspectos do papel materno. A grande motivação

por parte destas mulheres, foi a realização pessoal e a vontade de poderem dar aos seus filhos, aquilo que acreditam ser, a melhor qualidade de vida possível, o que para elas, significa terminar a sua educação superior.

O início do percurso de um individuo na toxicodependência, tem geralmente o seu início durante o período da adolescência ou no início da idade adulta. Sendo este um comportamento desviante da norma, encontramos diversos factores de risco para a ocorrência do mesmo como a história familiar de alcoolismo e de consumos de drogas, violência doméstica, insucesso e abandono escolar precoce, privação económica e social, situações de abandono familiar, ideais de rebeldia e alienação social, falta de informação acerca das verdadeiras consequências do consumo de substâncias (Moreira, 2005). Os relatos acerca dos motivos do início do consumo de substâncias vão ao encontro da teoria. Relativamente aos percursos na toxicodependência em si, cada mulher teve um percurso diferente. Os percursos, por sua vez, apesar de algumas semelhanças iniciais, são sempre diferenciados tendo em conta a substância principal, o meio sócio-económico e as vivências.

Uma gravidez no contexto da toxicodependência a partida seria algo indesejável, no entanto, muitas mulheres acabam por ver essa oportunidade como uma forma de se libertarem do consumo de drogas. A maternidade iminente é geralmente o factor motivador mais forte para a procura de tratamento. No entanto, o tratamento poderá apenas ter efeito em curto prazo. Muitas quando descobrem que se encontram grávidas, e decidem continuar com o período de gestação até ao final, param de consumir durante a gravidez, voltando por vezes após o nascimento do filho, por não saberem como encarar os desafios da maternidade. No entanto, há mulheres que conseguem fazer uma transição estável para o papel materno, largando de vez os consumos, tendo como base para a mudança o sentimento de realização pessoal que vem de uma gravidez, que mesmo que inesperada, sempre foi uma coisa desejada (Massey, Neiderhiser, Shaw, Leve, Ganiban e Reiss, 2012). No caso deste estudo, o período de gravidez e a transição para a maternidade serviram como motivadores para a procura de ajuda. De acordo com os relatos deste grupo de mulheres, a principal motivação para o tratamento na comunidade terapêutica foi os seus filhos. Neste caso, tanto a gravidez, como a maternidade serviram de motivadores poderosos, o que as

levou a procurarem uma comunidade especializada no tratamento de mulheres toxicodependentes grávidas e/ou com filhos, pois neste caso o tratamento não passa só pela parte de acabar com os consumos, mas sim, também pelo cultivo e desenvolvimento de laços vinculativos fortes entre mães e filhos.

V-Conclusões

Pretende-se que este estudo contribua para a compreensão do impacto que a transição inesperada para a maternidade tem na vida das mulheres. Num altura em que cada vez mais a maternidade é fruto de uma decisão planeada, e em que o ter filhos transcende a ideia tradicional do casal heterossexual casado, em que a mulher fica em casa como a responsável pelos cuidados dos filhos e as tarefas domésticas (Pridemore-Brown, 2008) este fenómeno merece cada vez mais atenção. Os factores que levam à decisão da continuação de uma gravidez inesperada num período de vida pouco estável, e até mesmo pouco ideal, prendem-se essencialmente com a existência de o desejo de vir a assumir um dia o papel materno, a rede de apoio familiar, a estabilidade do relacionamento com o companheiro, e o desejo de mudança. Este estudo aflorou também questões como a perspectiva social daquilo que é a maternidade e uma boa mãe, e o relacionamento destas mulheres com as suas próprias mães, vai ter influência na forma como estas lidam com os seus próprios filhos.

Contudo, há que referir as dificuldades encontradas ao longo deste trabalho. Ao longo do estudo deste fenómeno, uma das primeiras dificuldades foi relativa à recolha de testemunhos. A inicial relutância das mulheres toxicodependentes em participarem no estudo, foi devida à presença (quase diária) da investigadora na comunidade onde residem as mulheres toxicodependentes participantes. Apesar de lhes ter sido explicado que toda a informação que seria recolhida nesse momento era confidencial e anónima, e como tal, nenhum dos elementos da equipa técnica da comunidade poderia ter acesso directo a eles, mesmo assim, mostraram algum desagrado. As restantes residentes da comunidade decidiram não partilhar os seus testemunhos acerca deste tópico, o que por si só poderá ser tomado como um dado de informação importante. As razões para tal podem-se prender com o facto de não quererem, de todo, falar com a investigadora por não se sentirem à vontade para o fazer, o que poderá dever-se a factores variados que vão desde a organização da comunidade em si até à própria pessoa da investigadora; ou porque o assunto em questão lhes era demasiado

penoso; ou por não se sentirem capazes de participar (por juízos de valor pessoal e/ou de (in)competência cognitiva e/ou social); ou porque o assunto não lhes interessava; ou então por razões que ainda não conseguimos discernir. Relativamente às mulheres que foram mães pela primeira vez enquanto estudantes, houve uma dificuldade semelhante. Através de conversas com colegas e conhecidos, conseguimos o contacto de várias mulheres, todas dentro da faixa etária dos 20 aos 50 anos, que teriam passado por essa situação. Quando identificadas, procedeu-se ao contacto com 19 possíveis participantes, por e-mail, com a explicação breve do intuito da investigação. Muitas não chegaram sequer a responder, mesmo, como se acabou de referir, lhes ter sido devidamente explicada a natureza do estudo e que toda a informação recolhida seria tratada de uma forma anónima e confidencial.

Apesar da sua pequena dimensão, o presente estudo poderá servir como ponto de partida para outras investigações, nomeadamente relativas à maternidade em contexto académico, ou relativamente ao percurso da toxicoddependência na maternidade. Aquando da realização das entrevistas, foi recolhida muita mais informação daquela que seria de esperar inicialmente, acabando por surgir diversas questões interessantes que inicialmente não estavam planeadas⁵. Enquanto algumas foram integradas na categorização do estudo, muitas outras, por não estarem relacionadas directamente com este fenómeno, apesar do seu interesse, acabaram por não ser incluídas, pois acabariam por fugir muito ao tema.

Em suma, apesar de toxicoddependência e maternidade serem assuntos amplamente estudados em Portugal, o fenómeno da maternidade inesperada em contexto académico do ensino superior, aparentemente, não é (pelo menos a julgar pelo nosso trabalho de pesquisa bibliográfica, as referências a este domínio são em número francamente inferior aos estudos, por exemplo, acerca da gravidez na situação de HIV positivo ou mães na adolescência).

⁵ Por exemplo, aspectos ligados às dificuldades de aprendizagem e concentração no caso das estudantes, ou questões de rede social das toxicoddependentes aquando da gravidez, e no nascimento e vida das crianças.

A transição inesperada para a maternidade: um estudo com mães estudantes e mães toxicoddependentes

Bibliografia

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Coimbra: Edições 70.

Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). Internal Working Models in Attachment Relationships: Elaborating a Central Construct in Attachment Theory. In J. Cassidy, & P. R. Shaver, *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 102-125). New York: Guilford Press.

Brito, I. (2001). Continuidades na Maternidade da Toxicodependente. *Revista Toxicodependências*, 7 (3), 79-82.

Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade - Representações e Tarefas de Desenvolvimento. In M. C. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.

Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a Parentalidade - Compreensão segundo Diferentes Perspectivas Teóricas. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Fim de Século.

Cardoso, S., & Manita, C. (2004). Mulheres Toxicodependentes. O género na desviância. *Revista Toxicodependências*, 10 (2), 13-25.

Castro, M. I. (2004). Do prazer à dependência. *Revista Toxicodependências*, 10 (3), 49-56.

Coelho, M. P. (1993). *Toxicodependência: A liberdade começa no corpo*. Lisboa: Fim de Século.

Corbin, J., & Strauss, A. (1990). Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. *Qualitative Sociology*, 13 (1), 3-21.

A transição inesperada para a maternidade: um estudo com mães estudantes e mães toxicodependentes
Rita Pais Limede (rita.pais.limede@gmail.com) 2014

Correia, M. d. (2005). Gravidez e Maternidade em Grupos de Risco. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 49-60). Lisboa: Fim de Século.

Fernandes, E.M. & Maia, A. (2001). Grounded Theory. In E.M. Fernandes & L. S. Almeida (Eds), *Métodos e Técnicas de Avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológica* (pp. 49-76). Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia da Universidade do Minho. Consultado em <http://repositorium.sdum.uminho.pt>

Flores, I., Carvalho, M., Magalhães, A., Pimentel, G., & Calheiros, J. M. (2005). Grávidas Toxicodependentes: Análise de Alguns Factores de Influência nas Atitudes Face à Gravidez. *Revista Toxicodependências*, 11 (3), 3-12.

Gleitman, H., Fridlund, A. J., & Reisberg, D. (2007). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Guedeney, N. (2004). Conceitos-chave da Teoria da Vinculação. In A. Guedeney, & N. Guedeney, *Vinculação- Conceitos e Aplicações* (pp. 33-43). Lisboa: Climepsi Editores.

Heil, S. H., Hendree, J. E., Arria, A., Kaltenbach, K., Coyle, M., Fischer, G. (2010). Unintended pregnancy in opioid-abusing women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40, 199-202.

Leal, I. (2005). Da Psicologia da Gravidez à Psicologia da Parentalidade. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 9-19). Lisboa: Fim de Século.

Leal, I. (2005). Novas e Velhas Parentalidades. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 363-405). Lisboa: Fim de Século.

Machado, T. S. (2007). Padrões de vinculação aos pais em

adolescentes e jovens adultos e adaptação à Universidade. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41 (2), pp. 5-26.

Machado, T. S. (2009). Vinculação aos Pais: Retorno às Origens. *Psicologia, Educação e Cultura*, XIII (1), 139-156.

Martins, M. (2010). Imagens construídas em torno da gravidez. *Ciência e Saúde Colectiva* (15 (Supl. 1)), pp. 1369-1375.

Massey, S. H., Neiderhiser, J. M., Shaw, D. S., Leve, L. D., Ganiban, J. M., & Reiss, D. (2012). Maternal self concept as a provider and cessation of substance use during pregnancy. *Addictive Behaviors* (37), 956-961.

Moreira, P. (2005). *Para uma prevenção que previna*. Coimbra: Quarteto.

Nunes, C., Rocha, S., & Esteves, T. (2011). Toxicodependência na gravidez e maternidade- a importância de uma abordagem multidisciplinar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* (27), 458-464.

Nunes, L. M. (2009). Infecto-Contagiosas: Comportamentos de Risco entre Consumidores de Drogas Injectáveis. (P. E. Pessoa, Ed.) *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 310-318.

Nunes, L. M. (2011). *Droga-Crime: (Desconstruções)*. Porto: edições Universidade Fernando Pessoa.

Pereira, M. L. (2013). *Toxicodependência, Noções e Conceitos*. Consultado em <http://www.miluzinha.com/wp-content/uploads/2011/12/Toxicodepend%C3%Aancia.pdf>

Pridemore-Brown, M. (2008). Professional Women, Timing and Reproductive Strategies. In A. O'Reilly, *Feminist Mothering* (pp. 25-44). Albany: State University of New York Press.

Punamäki, R.-L. (2013). Emotions during the transition to parenthood among substance-abusing mothers: intensity, content and intervention effects. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31 (3), 222-244.

Rabouam, C., & Moralès-Huet, M. (2004). Cuidados Parentais e Vinculação. In A. Guedeney, & N. Guedeney, *Vinculação- Conceitos e Aplicações* (pp. 71-85). Lisboa: Climepsi Editores.

Rodrigues, C. C. (2012). Relações entre maternidade e religiosidade. *Ciências da Religião - História e Sociedade*, 10 (1), 114-137.

Söderström, K. (2011). Mental preparation during pregnancy in women with substance addiction: a qualitative interview-study. *Child and Family Social Work* (17), 458-467.

Stolz, H. E., Barber, B. K., & Olsen, J. A. (2005). Toward Disentangling Fathering and Mothering: An Assessment of Relative Importance. *Journal of Marriage and Family* (67), 1076-1092.

Torres, N., & Oliveira, D. (2010). Vinculação e Sistema de Prestação de cuidados em dependentes de substâncias em tratamento. Adaptação Portuguesa do Questionário de Prestação de Cuidados. *Revista Toxicodependências*, 16 (2), 3-14.

Tummala-Narra, P. (2009). Contemporary Impingements on Mothering. *The American Journal of Psychoanalysis* (69), 4-21.

Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39 (3), 507-514.

Urpia, A. M., & Sampaio, S. M. (2009). Tornar-se mãe no contexto académico: dilemas da conciliação - vida universitária. *Revista do Centro de Artes, Humanidades e Letras*, 3 (2), pp. 30-43.

Anexos

Anexo I – Consentimento Informado

Exma. Senhora:

Enquanto finalista do Mestrado Integrado de Psicologia (área de Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento), da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Rita Pais Limede encontra-se a realizar um trabalho de investigação integrado na Dissertação de Mestrado, sob a orientação da Doutora Maria Jorge Ferro, com o qual pretende conhecer e compreender o modo como as circunstâncias e percursos de vida se definem no enquadramento específico das vivências da maternidade inesperada.

Por este meio, solicita-se a sua colaboração para responder ao seguinte protocolo de investigação: Dados Pessoais; Dados Escolares e Profissionais; Entrevista semi-estruturadas

Com este trabalho procuramos promover a sensibilização para as questões da experiência da vida e das especificidades do Humano, tomando como fulcrais a ocorrência da maternidade durante o tempo de vida incerto (consumos ou em contexto académico). Procuraremos dar voz às experiências singulares de cada mulher-mãe em promover a compreensão, elaboração e aprofundamento do seu próprio domínio em relação a quem são e como melhor interagir com os outros especialmente os Outros Significativos. Valorizando a vida e assumindo novas escolhas.

Garantimos o anonimato na utilização dos dados e informações recolhidas.

Após a leitura atenta do presente Consentimento Informado, declaro que li e autorizo a utilização dos dados constantes da minha participação nesta investigação (Coloque, por favor, um visto no quadrado que a seguir se apresenta e assine este documento).

Li e aceito participar na investigação acima descrita

Anexo II

2.1. Guião de Entrevista para a população toxicodependente

Dados Biográficos:

Idade; Estado civil; Nº de filhos; Habilitações literárias; Data de entrada na CT

Personal Narratives

- 1) Faça uma breve descrição da pessoa que é atualmente (tendo em consideração o que tinha pensado que seria, na adolescência ou quando miúda, medos, desejos, sonhos, ambições... de relação, com a família de origem, com o trabalho, coisas que desejaria ter, etc., lugares onde tivesse pensado ir – de férias, viagem, para conhecer, só para ver... , lugares ou sítios onde foi vivendo, etc etc etc...)
- 2) Como era a sua família de origem? (com quem está ainda em contacto? Houve alguém especial, nessas pessoas? E o local onde moravam, quando era criança, que pensa desse lugar agora? Tem alguma saudade?)
 - 2.1) Tinha um bom relacionamento com os seus pais? Porquê?
 - 2.2) E com os seus irmãos?
 - 2.3) Havia mais algum familiar (tios, avós, primos) com quem tivesse um relacionamento relevante ao crescer?
- 3) Teve algum problema de saúde (físico ou psicológico) na sua infância? (Se sim, explique bem, como começou, como foi acompanhada, que intervenções foram mais marcantes, etc...)
 - 3.1) E a nível de adaptação (escola, casa, amigos) ? (Teve alguma educação religiosa? Participou em catequese, escuteiros, outros...?)
- 4) Pode descrever a sua adolescência? (Por exemplo, amigos da altura, relação com os professores, coisas na família, com os pais, com os irmãos...)

- 5) Quando é que as drogas começaram a fazer parte da sua vida?
(Quando, como, com quem aconteceu a primeira experiência?
Onde? Porquê? Já tinha pensado consumir antes de o fazer?
Porquê?... Explique bem...)
5.1) Há/houve mais alguém na sua família que também tenha
passado pela mesma situação?
- 6) Quando é que começou a sentir a situação a sair fora do
controlo? (Pensamentos, falta de controle do próprio
comportamento...)
6.1) Como é que reagiu na altura? (E as pessoas com quem vivia
na altura? Os amigos...)
- 7) Quais foram as consequências do uso de drogas na sua vida
pessoal, familiar e profissional? (Por exemplo, já tinha filhos? O
que sentiu em relação a eles, o que pensou, como foi... Não tinha
filhos, ainda, mas queria ter? Os consumos fizeram pensar de
outro modo em relação a ter ou não ter filhos?)
- 8) Houve algum relacionamento que a tenha marcado mais? (Por
exemplo, uma avó, um avô, a mãe ou o pai, um amigo...)
8.1) De que forma é que os relacionamentos passados
influenciaram a sua vida? (Por exemplo, perdeu alguém
importante? Uma melhor amiga... um namorado de infância...)
- 9) Os companheiros/relacionamentos que teve ao longo da sua
vida estiveram associados à droga?
- 10) Tem quantos filhos? Qual a sua relação com cada um deles?
- 11) Pode-se descrever enquanto mãe? (Como se preparou para cada
nascimento, como encarou o bebé assim que nasceu... que apoio
teve da parte do pai, da parte da sua família... como escolheu o
nome do bebé... alguma vez lhe pareceu que podia entregar
algum filho para adopção? Como? A religião teve peso na
decisão?)
- 12) As suas experiências passadas influenciam de alguma forma o
seu papel como mãe? (Por exemplo, acha que é uma mãe
parecida com a sua? Acha que é a mãe que gostava de ter
tido?...)

- 13) Sente que o relacionamento que teve com os seus pais durante a sua infância influenciam de alguma forma o relacionamento que tem atualmente com os seus filhos? (Na forma como lida com cada um, como lhes fala, como os acompanha...)
- 14) Para si, o que é uma boa e uma má mãe? (Na perspectiva da mãe e na perspectiva dos filhos... e na imagem que socialmente se exige das mães, como lida com isso?)
- 15) O seu relacionamento com o pai dos seus filhos interfere de alguma forma na sua relação com eles? (Explique, que tipo de relação tinha com esse homem aquando da concepção do bebé? E agora?)

Muito Obrigada pela colaboração!

Anexo II

2.2. Guião de entrevista para mães estudantes

Dados Biográficos:

Idade; Estado civil; Habilitações literárias; número de filhos

Personal Narratives:

1. Faça uma breve descrição da pessoa que é (tendo em conta os seus objetivos de vida, ambições e aquilo que durante a tua infância e adolescência pensavas que ia ser a tua vida) ?
2. Tem um bom relacionamento com a sua família de origem (irmãos, avós, tios, primos, etc.)? Porquê ?
3. No decorrer da sua vida houve algum episódio mais marcante além do nascimento dos seus filhos, que tenha influenciado a pessoa que é atualmente?
4. Tem alguma crença religiosa que tenha influencia na sua vida?
5. Como é que reagiu quando descobriu que ia ser mãe?
6. Antes de isso ter acontecido, tinha pensado alguma vez em ter filhos?
7. Acha que o seu relacionamento com os seus pais influenciou a sua capacidade como mãe?
8. Na sua opinião, o que é uma boa mãe? (Tenha em conta o papel social materno, a forma como as mulheres que são mães são vistas pela sociedade, e a sua experiência pessoal)
9. Qual é o papel do pai do(s) seu(s) filho(s) na sua vida? E na deles?
10. Como é que encarou esta mudança de vida? Qual o impacto que a maternidade teve nos seus planos futuros?
11. Decidiu continuar a estudar, mesmo sendo mãe? Porquê?
12. Houve alguma vez em que se tenha sentido demasiado pressionada e esgotada com a carga de trabalho? Como é que lidou com a situação?

13. Qual é que foi a maior dificuldade que teve que enfrentar a nível profissional?

Muito obrigado pela colaboração!

Anexo III- Exemplo de codificação de entrevista

Transição Para o papel materno

Categoria	Sub-categoria	Expressões
Gravidez	Planeada	
	Não Planeada	“não... calhou logo eu ficar grávida”
	Reação	“quando eu descobri que estava grávida quis logo ficar sozinha com a criança...”
Relacionamento com o pai		<p>“O pai dos meus filhos mais novos é toxicodependente, ou era, que ele agora fez o tratamento, mas antes disso sempre consumiu, e foi mais por causa dele que eu tive a experiência de consumir branca...”</p> <p>“Posso também dizer que ele foi das pessoas que mais esteve comigo e que mais influenciou que eu continuasse a consumir.”</p> <p>“O meu companheiro e pai dos filhos mais novos não os aceitou muito bem. Os gémeos rapazes ao início ele dizia que não podiam ser filhos dele, mas depois quando nasceram e ele os viu pela primeira vez aceitou-os logo, e até escolheu o nome dos meninos. Com a mais nova foi diferente, aceitou-a logo que soube, e até quis logo ao início escolher o nome dela. Ele é um pai que está muito presente, especialmente agora, está muito mais presente que eu, e vai regularmente visita-los e preocupa-se com as coisas deles.”</p> <p>“O pai da mais velha apoiou-me muito quando eu tomei a decisão de vir para uma comunidade terapêutica tratar-me. Disponibilizou-se logo para ficar com ela, para que ela não tivesse que mudar de escola nem de amigos e continuar a ter a sua vida normal, e tem sido um bom pai para ela.”</p> <p>“Com o pai da minha filha mais velha, não foi bem um relacionamento, foi uma coisa mais passageira durante uns meses e calhou logo eu ficar grávida, não tivemos tempo para nos conhecer bem...”</p>
Papel pessoal materno		“Os meus filhos nasceram já eu consumia, parava de consumir durante a gravidez, mas mal eles nasciam voltava outra vez aos consumos.”

	<p>“Tenho 3 filhos... acho que a minha relação com eles é boa, apesar de eles estarem longe e sei que eles gostam muito de mim e sentem a minha falta, assim como eu sinto a deles, porque eles são a minha vida.”</p> <p>“Tenho os filhos que tenho porque eles foram desejados por mim (...) os meus filhos trazem-me muita alegria e gosto de os ter.”</p> <p>“Nunca deixei de cuidar deles, porque quando consumia ficava acordada até muito tarde e isso dava-me mais tempo para fazer tudo, e mesmo assim no dia a seguir conseguia sempre acordar a tempo para preparar as coisas deles, deixa-los bem tratados, bem vestidos e bem alimentados e a tempo de os ir deixar na cresce.”</p> <p>“Houve uma altura em que eu comecei sempre a querer consumir mais e quando assim era ia deixar os meninos a casa da minha mãe para ter a certeza que eles ficavam bem cuidados e depois ia a rua buscar mais droga para mim.”</p> <p>“vou querer estar sempre presente na vida deles, e quero ser uma melhor mãe para eles, e quero que eles possam sempre contar comigo para tudo”</p>
<p>Importância social do papel materno</p>	<p>“Para mim uma boa mãe preocupa-se com os filhos para toda a vida, nos bons e nos maus momentos. Uma má mãe não quer saber, não se interessa por aquilo que o filho faz ou deixa de fazer, não lhes dá atenção e não se preocupa com as coisas deles.”</p>
<p>Principais obstáculos</p>	<p>“...vi o vício a aparecer e as coisas a fugirem fora do controlo, comecei a fazer coisas que não devia, como a roubar coisas da casa dos meus pais, a deixar de ligar e de ter tanto tempo para os meus filhos, e a deixar de ter dinheiro para a cresce deles...”</p> <p>“Os meus filhos nasceram já eu consumia, parava de consumir durante a gravidez, mas mal eles nasciam voltava outra vez aos consumos. Eles é que eram prejudicados nesta situação toda.”</p> <p>“Tenho um filho que tem paralisia cerebral, e ao inicio custou-me um bocado lidar com essa situação.”</p>

Dimensão: Vivências Pessoais

Categoria	Sub-categoria	Expressões
Identidade Pessoal		<p>“Neste momento sou a pessoa que queria ser quando crescesse. Comecei a consumir muito cedo, e estava a ver a vida de outra maneira, mas agora comecei a ver a vida com melhores olhos e a ser mais positiva, a querer ter um trabalho, uma melhor relação com os meus filhos e com a minha família.”</p> <p>“Isto (alcoolismo do pai) mexeu muito comigo e eu acho que se calhar foi por isto que comecei a ir por outros caminhos, e pronto na altura viviamos desta maneira.”</p> <p>“As cenas que havia em casa mexeram muito comigo, mas nunca cheguei a ir ver nenhum médico por causa disso.”</p>
História Familiar	Relacionamento com os pais	<p>“Tinha um melhor relacionamento com a minha mãe do que com o meu pai. Ela também foi alcoólica, mas fez o tratamento e já há muitos anos que não bebe álcool.”</p> <p>“o meu pai nunca me deu muita atenção, em relação à escola nunca se preocupou muito comigo, nem com as minhas notas ou as minhas faltas à escola, ele nunca teve interesse com nada. A minha mãe apesar de mais carinhosa comigo também nunca demonstrou grande interesse com as minhas coisas da escola, e por isso é que fazia o que queria e me apetecia.”</p> <p>“gostava que a minha mãe tivesse sido mais</p>

		<p>assim comigo, gostava que ela tivesse estado mais presente e que participasse mais comigo nas coisas da escola. Eu acho que por eles serem tão distantes e não se terem preocupado com as notas ou com as faltas e por não se terem preocupado com nada que eu fiz aquilo que fiz, e isso veio-me prejudicar. Hoje em dia podia ter estudos e outras capacidades e não tenho.</p>
	Influência do relacionamento com os pais no papel materno	<p>“Considero-me melhor mãe para os meus filhos que aquilo que os meus pais foram para mim.”</p>
	Episódios relevantes	<p>“... lembro-me de o meu pai ser alcoólico, e de ter alguns problemas por causa disso, porque quando ele bebia, ele manda vir com a minha mãe e andavam à porrada e eu e as minhas irmãs tínhamos que ver as cenas todas à nossa frente.”</p> <p>“As cenas que havia em casa mexeram muito comigo...”</p> <p>“Os meus pais eram os dois alcoólicos, mas drogas como eu tomava acho que não houve nem há ninguém na minha família.”</p>
Mudanças na Vida		<p>“Comecei a consumir muito cedo, e estava a ver</p>

	<p>a vida de outra maneira, mas agora comecei a ver a vida com melhores olhos e a ser mais positiva, a querer ter um trabalho, uma melhor relação com os meus filhos e com a minha família.”</p> <p>“tem paralisia cerebral, e ao inicio custou-me um bocado lidar com essa situação. Mas com o passar do tempo fui vendo que ele ia tendo uma boa evolução e que os problemas eram mais fisicos que psicologicos (cognitivos), e fui-me habituando à situação e a lidar com ele. Acompanhava-o à fisioterapia e ao medico, ia com ele a todo o lado e fui aprender muita coisa para poder lidar com ele e com a doença dele.”</p>	
Percurso escolar/profissional	<p>“...pouco interesse pela escola. Faltava muitas vezes e não andei a estudar durante muito tempo, e quando chegou a idade de ir trabalhar preferi não continuar os estudos e ir procurar um emprego...”</p> <p>“Não me lembro com que idade é que abandonei os estudos, mas foi algum tempo antes de começar a consumir...”</p> <p>“...o meu pai, ele nunca me deu muita atenção, em relação à escola nunca se preocupou muito comigo, nem com a minhas notas ou as minhas faltas à escola, ele nunca teve interesse com nada. A minha mãe apesar de mais carinhosa comigo tambem nunca demonstrou grande interesse com as minhas coisas da escola, e por isso é que fazia o que queria e me apetecia.”</p> <p>“...eu não tinha muitos amigos, tinha colegas que me chamavam para faltar às aulas e para andar por aí, era mais esse tipo de amigos que eu tinha...”</p>	
Importância da Religião	“Não”	
Consumos	Inicio	<p>“Quando eu comecei aos 16 anos, algum tempo depois de ter saído da escola, tinha a consciencia que aquilo não ia passar dali, que ia fumar uns charros mas que não ia ficar agarrada àquilo, que podia largar quando quisesse, mas isso depois trocou-me as</p>

		<p>voltas, e quando eu meti na cabeça que tinha que parar e largar isso foi demasiad tarde, já estava agarrada, já não conseguia passar um dia sem fumar, já era mais forte que eu, e a partir daí comecei a passar para coisas mais pesadas (isso aconteceu aos 18 anos)”</p>
	<p>Percursos</p>	<p>“Comecei a sentir que perdia o controlo quando comecei a querer experimentar outras coisas, vi o vicio a aparecer e as coisas a fugirem fora do controlo, comecei a fazer coisas que não devia, como a roubar coisas da casa dos meus pais, a deixar de ligar e de ter tanto tempo para os meus filhos, e a deixar de ter dinheiro para a cresce deles, porque era tudo para os consumos.”</p> <p>“Fiquei mais distante da minha familia, só pensava em mim, não queria trabalhar e não tinha dinheiro que durasse até ao final do mês, só queria era consumir. Os meus filhos nasceram já eu consumia, parava de consumir durante a gravidez, mas mal eles nasciam voltava outra vez aos consumos. Eles é que eram prejudicados nesta situação toda.”</p>

		<p>“Quando eu tinha consumido as minhas atitudes mudavam, a minha maneira de ser mudava e o meu comportamento também e eles notavam. Fazia coisas que não devia, como insistir com a minha mãe para ela me emprestar dinheiro, esse tipo de coisas. Na altura recebia o RSI e estoirava-o em branca do dia para a noite, e como isto durou muito tempo eles (família e companheiro) acabaram por se aperceber desta situação toda.”</p> <p>“O pai dos meus filhos mais novos é toxicodependente, ou era, que ele agora fez o tratamento, mas antes disso sempre consumiu, e foi mais por causa dele que eu tive a experiência de consumir branca...”</p> <p>“Nunca deixei de cuidar deles, porque quando consumia ficava acordada até muito tarde e isso dava-me mais tempo para fazer tudo, e mesmo assim no dia a seguir conseguia sempre acordar a tempo para preparar as coisas deles, deixa-los bem tratados, bem vestidos e bem alimentados e a tempo de os ir deixar</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>na creche.”</p> <p>“Posso também dizer que ele foi das pessoas que mais esteve comigo e que mais influenciou que eu continuasse a consumir.”</p> <p>“Houve uma altura em que eu comecei sempre a querer consumir mais e quando assim era ia deixar os meninos a casa da minha mãe para ter a certeza que eles ficavam bem cuidados e depois ia a rua buscar mais droga para mim.”</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------