



CATOLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

PORTO

*A IGUALDADE DE GÊNERO E A INTERVENÇÃO NO USO DE
SUBSTÂNCIAS*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Justiça e dos Comportamentos Desviantes –

Francisca do Amaral Resende Trabulo

Porto, novembro de 2024



CATOLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

PORTO

*A IGUALDADE DE GÉNERO E A INTERVENÇÃO NO USO DE
SUBSTÂNCIAS*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Justiça e dos Comportamentos Desviantes –

Francisca do Amaral Resende Trabulo

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Raquel Matos

Porto, Novembro de 2024

Agradecimentos

À Prof. Dra. Raquel Matos, agradeço pela disponibilidade, cuidado e compreensão ao longo deste processo tão importante. Obrigada por me incentivar e acreditar em mim.

À Mariana por me ter dado um apoio enorme desde o início deste percurso até ao fim.

Aos participantes deste estudo, pela sua disponibilidade e contributo, sem o qual esta investigação não seria possível.

À minha família por o apoio condicional, paciência, carinho e, acima de tudo obrigada por me facilitarem esta oportunidade académica que foi tão importante para mim.

À Catarina por estar lá para mim quando precisei, dando-me apoio e força nos momentos mais difíceis.

Resumo

Esta dissertação teve como objetivo investigar de que forma o género influencia o contexto de uso de substâncias e intervenção, na perspetiva de profissionais desta área. Mais especificamente, procura compreender os desafios de mulheres e comunidade LGBT neste contexto, avaliar o conhecimento dos profissionais sobre recomendações específicas para questões de género e verificar se estas são aplicadas. Além disso, procurou-se explorar as perceções dos profissionais quanto a práticas que consideram essenciais para implementar nas suas instituições.

Foram realizadas entrevistas aprofundadas a 13 profissionais, com idades entre 22 e 56 anos, que atuam em seis contextos de intervenção distintos: salas de consumo assistido, equipas de rua, equipas de intervenção em contextos recreativos, comunidades terapêuticas, centros de respostas integradas e comissões para a dissuasão da toxicod dependência.

Os resultados revelam que, de acordo com os profissionais, mulheres e pessoas LGBT enfrentam desafios significativos no uso de substâncias e na intervenção, destacando-se obstáculos relacionados com a vulnerabilidade acrescida dessas populações, os estereótipos de género e o trabalho sexual que mais frequentemente exercem para sustentar o consumo de substâncias. Na perspetiva dos profissionais, embora algumas recomendações para a maior sensibilidade às questões de género estejam a ser implementadas, persistem aspetos negativos que requerem intervenção. Algumas das sugestões de mudança que os técnicos abordam ao longo das entrevistas é a criação de respostas de sensibilidade e equidade e formação e capacitação dos profissionais e da própria comunidade.

Conclui-se que, embora existam medidas para proporcionar maior segurança e conforto a mulheres e pessoas LGBT no contexto de intervenção, o progresso realizado até ao momento é insuficiente. Torna-se, assim, necessário um compromisso contínuo e gradual para implementar mudanças que respondam de forma eficaz às necessidades destas populações.

Palavras-chave: Questões de género; Uso de substâncias; Intervenção; Substâncias psicoativas.

Abstract

This dissertation aimed to investigate how gender influences the context of substance use and intervention, from the perspective of professionals in this field. More specifically, it seeks to understand the challenges of women and the LGBT community in this context, assess professionals' knowledge of gender-specific recommendations and verify whether these are applied. In addition, it sought to explore professionals' perceptions of the practices they consider essential to implement in their institutions.

In-depth interviews were conducted with 13 professionals, aged between 22 and 56, who work in six different intervention contexts: assisted consumption rooms, street teams, intervention teams in recreational contexts, therapeutic communities, integrated response centers and commissions for the deterrence of drug addiction.

The results show that, according to the professionals, women and LGBT people face significant challenges when it comes to substance use and intervention, highlighting obstacles related to the increased vulnerability of these populations, gender stereotypes and the sex work they most often do to support substance use. From the professionals' perspective, although some recommendations for greater sensitivity to gender issues are being implemented, there are still negative aspects that require intervention. Some of the suggestions for change that the professionals mentioned during the interviews were the creation of sensitive and equitable responses and the training and empowerment of professionals and the community itself.

The conclusion is that although there are measures to provide greater safety and comfort for women and LGBT people in the intervention context, the progress made so far is insufficient. A continuous and gradual commitment is therefore needed to implement changes that respond effectively to the needs of these populations.

Keywords: Gender issues; Substance use; Intervention; Psychoactive substances.

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Índice de Tabelas	v
Índice de anexos	v
Introdução	1
Enquadramento Teórico	2
Método	10
Questão de investigação e objetivos específicos	11
Participantes	11
Instrumentos	12
Procedimentos	13
<i>Recolha de dados</i>	13
<i>Análise de dados</i>	13
Apresentação dos resultados	14
Discussão dos resultados	25
Conclusão	29
Referências bibliográficas	30
Anexos	33

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização dos participantes.....	12
---	----

Índice de anexos

Anexo 1 – Consentimento informado.....	35
Anexo 2 – Grelha de categorias.....	36

Introdução

Esta dissertação enquadra-se no projeto “Examining criminal justice from a feminist perspective: The case of the portuguese justice system”, e o seu objetivo é analisar as dificuldades que as mulheres e pessoas LGBT vivenciam relacionadas com o uso de substâncias e respetiva intervenção, bem como perceber de que forma é que as recomendações propostas para aumentar o bem-estar das mulheres e da comunidade LGBT são adaptadas nas práticas profissionais.

Até à década de 1980, não era dada grande relevância no que toca ao género e ao consumo de substâncias. Em 1961 e 1971, nas convenções da ONU, não foi considerada a dimensão de género, nem dada atenção a problemáticas específicas das mulheres ou de pessoas LGBT, relacionadas com os usos de drogas.

A partir dos anos 80, começou a ser dada atenção a questões de género, nomeadamente sobre mulheres no contexto das drogas (Morto et al., 2022), ficando a comunidade LGBT ainda fora desta atenção. Tal foi possível porque os decisores políticos e profissionais de saúde das mulheres fizeram pressão, tendo como objetivo aumentar o financiamento de serviços e programas especiais concebidos especificamente para mulheres com problemas de uso de substâncias (Grella et al., 1999). Em 1988 com a preocupação pública com as crianças que eram expostas a substâncias e com a “guerra contra a droga” nacional, o congresso duplicou a “reserva para mulheres” e afirmou que os fundos deviam ser gastos em serviços de intervenção gerados especialmente para mulheres grávidas ou com filhos (Grella et al., 1999). Em 1998, foi feita a primeira referência às mulheres em documentos da assembleia geral da ONU. Estes documentos apelavam aos Estados Membros “para garantir que as mulheres e os homens beneficiem igualmente de estratégias dirigidas contra o problema e da elaboração de políticas” (Morton et al., 2022). No seguimento disto, no ano de 2008, o concílio de ministros dos conselhos de europa recomendou que os Estados-Membros incorporassem perspetivas de género (Morton et al., 2022).

Tendo em conta todas estas evoluções ao longo do tempo, é possível observar uma tendência de integração de perspetivas mais ligadas ao género no âmbito de intervenção e política de drogas (Morton et al., 2022). No entanto, ainda é essencial existir um maior

empenho neste âmbito, uma vez que os serviços de intervenção ainda se apresentam em minoria (Morto et al., 2022). Uma abordagem baseada no género, tem de ter em consideração os atributos biológicos, os papéis, os comportamentos, as expressões e a identidade social que é construída à volta de meninas, meninos, mulheres e homens e ver de que forma é que isto pode influenciar o uso de substâncias dos mesmos (Mutatayi et al., 2022).

Esta dissertação teve como objetivo compreender a perspetiva dos profissionais em relação à forma como o género influencia o contexto de uso de substâncias e intervenção. É importante referir que ao longo deste estudo, quando é referida “intervenção”, trata-se de uma referência aos vários tipos de intervenção no uso de substâncias, tanto numa abordagem de redução de risco e minimização de danos, como também de tratamento clássico (ex. Comunidade Terapêuticas).

Enquadramento Teórico

Política de drogas em Portugal

Em 1983, Portugal aderiu ao modelo proibicionista, recomendado pelas convenções internacionais de 1961, no entanto no final de 1990 existiam algumas vozes dissonantes que apontavam graves inconsistências a este modelo (Carvalho, 2018).

No final dos anos 80 e durante os anos 90, existia uma população significativa de consumidores de heroína por via intravenosa (Hughes & Stevens, 2010). Para além disto, assistiu-se a um crescimento de pessoas a irem presas devido a pequenas posses de substâncias, devido à política global que tinha uma abordagem de criminalização mais severa, bem como, as taxas de doenças infecciosas, como HIV, tuberculose, hepatite B e C haviam disparado (Carvalho, 2018; Hughes et. Al, 2010; Greenwald, 2009). Nessa altura, havia uma crescente preocupação relacionado com a exclusão social e a marginalização das pessoas que consumiam substâncias. Com isto, os setores de aplicação da lei e da saúde começaram a considerar o consumo de droga um crime, em vez de arranjar uma solução para um problema (Hughes et. Al, 2010).

Influenciados pela problemática das drogas, em 1998, um conjunto de peritos de vários setores da sociedade portuguesa, propõem a descriminalização de drogas ilícitas

para uso pessoal e a introdução da primeira estratégia nacional de luta contra a droga em Portugal, que tinha como objetivo explícito proporcionar uma abordagem mais abrangente e fundamentada do uso de drogas (Carvalho, 2018; Hughes et. Al, 2010). Com isto, em 2001, é implementada, em Portugal, uma lei nacional (Lei nº 30/2000, de 29 de novembro) que descriminaliza todas as drogas, incluindo a cocaína e a heroína e começa a haver limites fixados por lei que distinguem posse de droga de tráfico (SICAD 2023; Greenwald, 2009).

Antes da reforma de 2001, a posse, a aquisição e o cultivo de drogas para consumo pessoal eram infrações penais que podiam dar uma pena de prisão de 1 ano, no entanto, com a introdução da Lei nº 30/2000, a posse e a aquisição de drogas passou a ser considerado infrações de ordem pública ou administrativa (Hughes et. Al, 2010). Esta lei veio “converter o crime de consumo numa ofensa não penal. Mantem-se a censura legal das condutas, continuando a ser ilegais os comportamentos de consumo que pode ser sancionado nomeadamente por via administrativa [...] afastando-se [o crime de consumo] de qualquer tipo de penalidade de natureza criminal sendo consequentemente impossível a aplicação de penas de prisão para os ilícitos consumos” (Carvalho, 2018, pp. 89).

Para a operacionalização desta lei, criaram-se as Comissões para a Dissuasão da Toxicod dependência (CDT), retirando aos tribunais a competência de “julgar atos que configurem o ilícito” (Carvalho, 2018; SICAD, 2023). As CDT são responsáveis pelo julgamento das contra-ordenações e pela direção de eventuais sanções, distinguindo consumidores não toxicodependentes e consumidores toxicodependentes (SICAD 2023; Greenwald, 2009). O artigo 15º, primeiro parágrafo da secção das sanções da lei, refere que os “consumidores não toxicodependentes podem ser condenados ao pagamento de uma coima ou, em alternativa, a uma sanção não pecuniária” (Greenwald, 2009, pp. 3), enquanto os consumidores toxicodependentes, estão apenas sujeitos a sanções pecuniárias (Carvalho, 2018). Estas comissões têm como princípio “antes tratar que punir” (SICAD, 2023). As CDT são compostas por três membros, um ligado à justiça e os outros dois são profissionais com mais experiências sociais e médicas (Moury & Escada, 2022), estes têm o poder de tomar decisões e aplicar a Lei, observando os princípios da promoção da saúde e da dissuasão do consumo (SICAD, 2023).

A «nova» estratégia da luta contra a droga expandiu políticas e recursos nas áreas de prevenção, redução de danos, tratamento, reinserção social e redução da oferta, de forma a oferecer um quadro jurídico mais humano (Carvalho, 2018). Desde que Portugal

aderiu ao regime de descriminalização, é possível observar uma diminuição do uso de drogas e, com isto, os danos sociais relacionados com as drogas foram mais moderados num regime de descriminalização (Greenwald, 2009). Entre 2000 e 2005 foi possível observar-se uma nítida redução da população com um consumo problemático de drogas (Carvalho, 2018). Recentemente, em 2021 foram implementados alguns programas iniciais e desde aí que estes programas para a redução de danos crescem gradualmente e foram adquiridas novas medidas, como as equipas de rua e as unidades móveis, que têm como objetivo consciencializar as pessoas para os problemas infecciosos, promovendo material estéril, vacinas gratuitas e medicação que ajuda com a intervenção de adições (Moury et al., 2022).

Tendo isto em conta, é impossível negar o impacto que esta transição teve (Carvalho, 2018).

Género e uso de substâncias

Os homens sempre tiveram maiores taxas de uso de substâncias em comparação com as mulheres, no entanto, os números de mulheres consumidoras de álcool e drogas têm vindo a aumentar (Agterberg, Schubert, Overington & Corace, 2020). Em 2020 foi possível observar, através de um estudo do grupo ESPAD que, em adultos, o consumo de substâncias como opióides e tranquilizantes, era semelhante entre homens e mulheres, embora mais alto nas mulheres (Mutatayi et al., 2022).

Em 1970, as mulheres que usavam drogas eram marginalizadas, estigmatizadas, silenciadas e alvo de injustiças sociais (Morton, Mutatayi, Pálsdóttir, Soto & Pires, 2022). Continua a ser possível observar essa marginalização, sendo o uso de substâncias pelas mulheres é considerado desviante e indesejável, uma vez que não está de acordo com os papéis e expectativas tradicionais de género (Agterberg et al., 2022). Assim, as mulheres têm sido mais sujeitas a preconceitos, que podem estar associados com papéis tradicionais de género, como o facto de serem consideradas cuidadoras/mães (EMCDDA, 2023). Considera-se que uma mulher com problemas de substâncias representa tanto o desvio individual como o fracasso social (Campbell, 2002).

Ao contrário do que acontece com as mulheres, há evidência de uma grande aceitação dos consumos de álcool pelos homens, o que faz com que as mulheres sejam

mais rotuladas, pelos outros ou por si próprias (Rødner Sznitman, 2007). Isto também acontece com o consumo de drogas, este pode levar a um reforço da imagem masculina, enquanto para as mulheres não existe este reforço (Rødner Sznitman, 2007). Estes rótulos e diferenças entre homens e mulheres, podem ser considerados um estigma sociocultural que dificulta a adesão das mulheres à intervenção (Agterberg et al., 2022).

Tendencialmente, ao longo da vida, as mulheres vão tendo mais experiências de vida traumáticas em comparação com os homens. Algumas dessas experiências podem passar por: abuso infantil, violência nas relações íntimas e assédio sexual; sendo estas consideradas fatores de risco e fatores preditores face ao uso de substâncias. Desta forma, os homens e as mulheres diferem na forma como dão início ao uso de substâncias, progressão da doença, consequências de uso, acesso à intervenção, bem como resultados da mesma, tornando as mulheres mais vulneráveis a alguns danos médicos, mentais e sociais associados aos consumos (Agterberg et al., 2020).

Estudos sugerem que as mulheres têm um consumo mais associado ao alívio de sintomas de depressão e ansiedade, à redução da tensão e à ajuda para lidar com conflitos interpessoais, enquanto os homens, por norma, têm um consumo mais ligado à sensação que as substâncias lhes trazem ou por razões sociais (Agterberg et al., 2020). Outro fator que pode influenciar o início do consumo de substâncias por parte das mulheres é as relações conflituosas e falta de apoio por parte dos parceiros no processo de intervenção (Agterberg et al., 2020).

Relativamente às pessoas LGBT, o consumo de substâncias é significativamente desproporcional face à população em geral, o que representa um grande problema no que toca à saúde deste grupo (Hunt, 2012). Pessoas trans têm um consumo de drogas três a dez vezes mais elevado comparado à restante população (Mutatayi et al., 2022) e estima-se que entre 20 a 30% da comunidade LGBT abuse de substâncias, em comparação com 9% da população em geral (Hunt, 2012). Investigadores acreditam que um número substancial desta comunidade, a certo ponto, tem problemas relacionados com o consumo de substâncias (Hughes & Eliason, 2002).

Esta discrepância no consumo entre a comunidade LGBT e o resto da população, poderá ser explicada pelo chamado “stress das minorias” (Pienaar, Murphy, Race, & Lea, 2018). Este fenómeno está associado às condições sociais adversas que são vividas por indivíduos que fazem parte de um grupo social minoritário e, por isso, são

marginalizados, neste caso pessoas homossexuais e transgênero (Hunt, 2012). Este stress é gerado pelo preconceito social e faz com que as pessoas se sintam com mais ansiedade e medo de serem atacadas e, o uso de substâncias pode ser uma estratégia de coping para lidar com essa ansiedade (Hunt, 2012).

Lutas diárias contra a discriminação e o estigma é uma das principais influências para o aumento da taxa de consumo de substâncias (Hunt, 2012) e não só. Estudos empíricos mostram que a esta discriminação baseada na orientação sexual ou na identidade sexual, tanto está associada a perturbações relacionadas com o consumo problemático de drogas, como a perturbações psiquiátricas, uma vez que esta discriminação tem consequências negativas tanto externas como internas (Lee, Gamarel, Bryant, Zaller, Operario, 2016). Para além destes fatores, o gosto pela dança nestas comunidades (Pienaar et al., 2018) também tem uma grande influência no aumento do consumo de substâncias dentro deste grupo, uma vez que os bares e discotecas têm sido locais onde as pessoas homossexuais e trans podem conviver e onde se sentem seguros e, por sua vez, nestes locais existe um elevado consumo de substâncias (Hunt, 2012).

No que se refere apenas às mulheres que pertencem a minorias sexuais, estudos epidemiológicos mostram que estas poderão estar expostas a um risco acrescido de consumo perigoso de álcool e de problemas e perturbações relacionados com o consumo de drogas (Mericle, de Guzman, Hemberg, Yette, Drabble & Trocki, 2018). Neste grupo, por norma, o consumo de substâncias coocorre com outros problemas de saúde, o que aumenta a complexidade das perturbações associadas ao uso de drogas (Mericle et al., 2018). Isto também acaba por acontecer com as mulheres heterossexuais, no entanto, as mulheres que fazem parte da comunidade LGBT sofrem de mais problemas associados ao consumo do que as restantes (Cochrane et al., 2007).

Género e intervenção no uso de substâncias

A intervenção no uso de substâncias foi desenvolvida, tendo como principal prioridade as necessidades dos homens que enfrentavam problemas de uso de drogas (Morton et al., 2022). As mulheres representam três em cada dez pessoas que usam drogas, mas apenas duas em cada dez pessoas em intervenção (Mutatayi et al., 2022). Na

União Europeia, as mulheres representam um quarto das pessoas que desenvolvem problemas de saúde ligados ao consumo de drogas e um quarto das pessoas que frequentam serviços de intervenção para este problema (Mutatayi et al., 2022). Estudos mostram diferenças, tanto biológicas e psicológicas, bem como fatores sociais e ambientais, entre homens e mulheres respetivamente à intervenção e, e estas diferenças podem influenciar a motivação para a procurar de ajuda, o tipo de intervenção que é implementado e a sua eficácia (O'Neil & Lucas, 2015).

A baixa adesão e representação das mulheres na intervenção para uso de substâncias, pode ser causada pelo facto de que as mulheres enfrentam mais barreiras pessoais, estruturais e socioculturais no acesso a serviços apropriados (Agterberg et al., 2020). Relativamente a barreiras pessoais à intervenção, aqui estão incluídas crenças, atitudes individuais, emoções e outros estados psicológicos que dificultam o acesso aos cuidados de saúde (Agterberg et al., 2020). As barreiras estruturais são referentes a aspetos da estrutura e da organização dos serviços de intervenção (Agterberg et al., 2020), uma vez que existe possibilidade de os programas sugeridos para as mulheres, na realidade não serem os mais indicados (EMCDDA, 2023). Por fim, as barreiras socioculturais consistem em relações, atitudes ou crenças sociais alargadas relativas ao consumo de substâncias, que podem desmotivar os indivíduos a procurar ou a aceder a intervenções (Agterberg et al., 2020). Para além disto, também existe um estudo sobre indivíduos que procuram intervenções financiadas por fundos públicos no Estado de Washington que mostra que as mulheres passam mais tempo numa lista de espera e têm menos probabilidade de entrar para um programa de intervenção do que os homens (Grella, 2015), o que também pode ter um impacto significativo e ser uma barreira para as mulheres neste contexto.

Para além destes, outro fator que tem um grande impacto na adesão das mulheres à intervenção é a escassez de suporte que estas têm em comparação aos homens (EMCDDA, 2023). Isto acontece porque o consumo de substâncias por parte das mulheres está frequentemente associado a famílias problemáticas, bem como a parceiros com o mesmo problema de substâncias (EMCDDA, 2023).

Relativamente à intervenção em pessoas LGBT, estudos realizados recentemente na Europa mostraram as dificuldades deste grupo no acesso a serviços de saúde gerais e especializados (Mutatayi et al., 2022). Estes serviços, por norma, não têm conhecimento

sobre as suas necessidades sociais e de saúde relacionadas com o uso e dependência de drogas, fazendo com que estas pessoas sejam mal atendidas ou ignoradas nos programas de intervenção (Mutatayi et al., 2022). Esta falta de serviços de saúde competentes aumenta o stress das minorias sexuais, influência o aumento do consumo de substâncias e provoca uma franca adesão a programas de intervenção para o consumo de drogas, uma vez que irá desencorajar estas pessoas a procurarem ajuda para o uso problemático de substâncias (Hunt, 2012).

Apesar dos indivíduos homossexuais e transgénero correrem um risco mais elevado de abuso e dependência de substâncias (Cochran, Peavy & Santa, 2007), estes podem hesitar a utilizar os serviços de intervenção, uma vez que têm consciência da probabilidade de encontrarem profissionais que desconheçam as suas necessidades específicas (Hunt, 2012) e devido a maus-tratos infligidos a pessoas LGBT pelo sistema de saúde mental no passado (Cochran et al., 2007). Como consequência disto, pessoas da comunidade LGBT podem adiar a intervenção para a toxicodependência, ou optam por não revelar a sua verdadeira identidade, o que vai dificultar, tanto a recuperação, como também prejudicará a sua saúde (Hunt, 2012).

Senreich (2009), comprova que as minorias sexuais têm níveis mais baixos de satisfação no que toca à intervenção (Mericle et al., 2018). Com o objetivo de melhorar a resposta às necessidades desta comunidade, têm existido serviços de intervenção específicos e adaptados para pessoas LGBT (Mericle et al., 2018). No entanto, Cochran, Peavy e Robohm (2007) descobriram que apenas 12% dos locais de intervenção nos Estados Unidos, listados no Diretório Nacional de Programas de Tratamento de Abuso de Drogas e Álcool da Administração de Serviços de Abuso de Substâncias e Saúde Mental (SAMHSA) em 2003, informaram que ofereciam serviços especializados para clientes LGBT (Mericle et al., 2018). Isto mostra que os locais de intervenção que afirmam prestar serviços específicos para pessoas LGBT, às vezes não os prestam realmente (Chochran et al., 2007).

Recomendações para reduzir o estigma e aumentar a adesão de mulheres e pessoas LGBT à intervenção

Na 55ª sessão da comissão de estupefacientes em Vienna, surgiram algumas recomendações que têm como objetivo promover estratégias para aumentar a adesão das mulheres à intervenção no uso de drogas (Commission on Narcotic Drugs, 2012).

Algumas destas propostas são: dispor de mais informação sobre os aspetos da toxicodependência, especialmente no que toca aos aspetos específicos das mulheres, como os efeitos fisiológicos e psicossociais, as características das mulheres com problemas de consumo de substâncias e as suas experiências em intervenção (Commission on Narcotic Drugs, 2012); incentivar os Estados-Membros a integrarem serviços específicos para as mulheres na elaboração, aplicação, controlo e avaliações globais das políticas e programas de luta contra a toxicodependência (Commission on Narcotic Drugs, 2012); convidar os Estados-Membros a identificarem e a combaterem a discriminação, bem como a intervenção degradante e indigna das mulheres que consomem drogas, oferecendo-lhes acesso a aconselhamento, intervenções e serviços de apoio à reabilitação e integração social que tenham em conta as suas necessidades (ex. responsabilidades parentais e recuperação de traumas relacionadas com a toxicodependência) (Commission on Narcotic Drugs, 2012); Incitar o Gabinete das Nações Unidas para a Droga e a Criminalidade a coordenar-se com a sociedade civil e o setor privado de forma a dar resposta às necessidades específicas das mulheres no contexto da redução da procura de droga (Commission on Narcotic Drugs, 2012).

Ademais, existem outras recomendações para aumentar a adesão de mulheres à intervenção como: abordar as questões de género e considerá-las em todos os aspetos quando é realizado um design de um serviço (EMCDDA, 2023); adotar uma abordagem mais sensível ao género para problemas de drogas, uma vez que “beneficia pessoas com diversidades de género, como mulheres, homens e pessoas trans e não binárias” (EMCDDA, 2023), fazer uma recolha de dados mais inclusiva, pode ajudar a compreender tendências de uso de drogas, fatores sociodemográficos e problemas enfrentados numa determinada região (EMCDDA, 2023); envolver as mulheres no planeamento e desenvolvimento de políticas e programas de intervenção, de forma a melhorar os serviços e o seu alcance (EMCDDA, 2023).

Relativamente à comunidade LGBT, destacam-se as seguintes recomendações: prestar cuidados culturalmente adaptados, tornando a intervenção adaptada às

características culturais, sociais, psicológicas, ambientais e históricas da população-alvo que podem influenciar o consumo de drogas (Mericle et al., 2018); criação de políticas públicas que promovam a igualdade, de forma a diminuir o stress das minorias (Hunt, 2012); exigência de que todos os centros de reabilitação que recebam fundos, implementem programas de formação abrangentes e de boa qualidade, sobre competências culturais de pessoas homossexuais e trans para os prestadores de serviços e outros funcionários (Hunt, 2012); Criação de um ambiente seguro e acolhedor, de forma a projetar a inclusão, dotando o programa de pessoas para afirmar a diversidade e adaptando o planeamento da intervenção, de forma a responder às necessidades específicas dos utentes (Mericle et al., 2018). Para além disto, Barbara (2002) identificou alguns pontos que seriam importantes abordar na intervenção com pessoas LGBT como: a capacidade de discutir a orientação sexual, experiências de abertura sobre orientação sexual, discriminação, homofobia internalizada e apoio social (Chochran et al., 2007).

Assim, esta investigação foca-se na análise da influência do género no contexto de uso de substâncias e intervenção, na perspetiva de profissionais desta área. Mais especificamente, a sua perspetiva sobre os desafios de mulheres e comunidade LGBT neste contexto, o conhecimento que têm das recomendações específicas para questões de género, bem como a sua aplicação, e sugestões que fazem para melhoria das práticas existentes.

Método

O objetivo deste estudo é compreender a influência do género no contexto de uso de substâncias e na intervenção, de acordo com a perspetiva dos profissionais que trabalham nesta área. Foi utilizado um método qualitativo indutivo, que se baseia na observação e reflexão, de forma a estabelecer uma ligação mais clara entre os objetivos e os resultados obtidos (Thomas, 2003). Esta abordagem é comum em estudos de ciências sociais e é adequada para o tema em questão, que aborda as mudanças sociais relacionadas as questões de género (Thomas, 2003). Para além disto, o estudo qualitativo é uma forma de entender o ponto de vista das pessoas de uma forma mais aprofundada, o que faz com que seja adequado para este projeto.

Questão de investigação e objetivos específicos

Desta forma, este estudo foi realizado com o intuito de responder à seguinte questão de investigação: *“Qual é o impacto do género no contexto de uso de substâncias e na intervenção para esta problemática?”* e foram definidos três objetos específicos:

- 1. Compreender os desafios, associados a questões de género, que mulheres e pessoas LGBT enfrentam no contexto de uso de substâncias e intervenção.*
- 2. Analisar o conhecimento dos profissionais sobre as recomendações para questões de género e se estas são ou não postas em prática.*
- 3. Explorar sugestões que os profissionais consideram relevantes implementar na sua prática profissional.*

Participantes

Os dados foram recolhidos junto de um conjunto de profissionais que trabalham no campo das drogas.

Os critérios de inclusão para participação neste estudo foram os seguintes:

- a) Profissionais que trabalham em contextos de intervenção relacionada com consumos de substâncias, em Portugal.
- b) Profissionais que tenham, no mínimo, 1 ano de experiência.

No que toca à amostra, nesta investigação foi definido um processo de amostragem não probabilístico, procurando-se selecionar intencionalmente profissionais pela adequação da sua experiência aos objetivos do estudo.

Por fim, a amostra final foi constituída por: dois psicólogos de uma comunidade terapêutica; uma assistente social e um psicólogo de uma CDT; uma psicóloga de intervenção em contexto de uso recreativo; uma psicóloga e uma assistente social de um centro de respostas integradas (CRI); duas enfermeiras, um assistente social e uma psicóloga de uma equipa de rua; um enfermeiro e uma psicóloga de uma sala de consumo assistido; dando assim, um total de 13 participantes. Os seus dados sociodemográficos são apresentados na tabela abaixo, junto do nome fictício de cada participante (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos participantes

Participantes	Género	Idade	Função atual	Instituições
João	Masculino	29	Psicólogo	Comunidade terapêutica
Ana	Feminino	53	Psicóloga	Sala de consumo assistido
Marco	Masculino	26	Psicólogo	CDT
Joana	Feminino	47	Psicóloga	Contexto recreativo
Matilde	Feminino	53	Assistente social	CRI
Beatriz	Feminino	22	Enfermeira	Equipa de rua
Sara	Feminino	52	Psicóloga	CRI
Margarida	Feminino	37	Enfermeira	Equipa de rua
Horácio	Masculino	43	Psicólogo	Comunidade terapêutica
Diana	Feminino	29	Psicóloga	Equipa de rua
Diogo	Masculino	46	Assistente social	Equipa de rua
Alexandra	Feminino	45	Assistente social	CDT
Tiago	Masculino	24	Enfermeiro	Sala de consumo assistido

Instrumentos

Para a recolha de dados, foi utilizado um guião de entrevista qualitativa, adaptado a guião já existente, da autoria de Correia, Ferreira, Trabulo & Matos (2023). Este guião foi ajustado de acordo com a questão de investigação, acabando por algumas das secções serem alteradas e removidas. Tendo em atenção estas alterações, a organização final do guião de entrevista foi a seguinte: uma parte introdutória para explicar o objetivo da entrevista e do estudo; uma breve caracterização sociodemográfica e profissional, onde os entrevistados falavam um bocado de si e do seu percurso profissional; um momento para perceber a perspetiva dos profissionais quanto ao impacto do género nas políticas e práticas nos seus contextos de trabalho e aqui, foram abordados temas relacionados com os desafios que os profissionais identificavam relacionados com a identidade de género, se estes notavam ou não uma diferença na adesão de mulheres, pessoas LGBT e homens, bem como se tinham conhecimento e colocavam em prática alguma recomendação.

Procedimentos

Recolha de dados

Os dados para esta investigação foram recolhidos através de entrevistas, realizadas pelas investigadoras do projeto. Para esse efeito, entrou-se em contacto com as instituições, de forma a obter uma autorização para a realização das entrevistas.

Numa fase inicial desta recolha, foi enviado, *a priori*, a cada participante, um consentimento informado e um pedido de autorização, onde foi explicado o estudo que seria realizado, também foi feito um pedido de autorização para a gravação de áudio, bem como dada a garantia da confidencialidade dos dados e do indivíduo. Para além disto, foram consideradas outras questões éticas como: respeito pela dignidade e direitos da pessoa, isto é, respeitar todas as decisões da pessoa (Ricou, 2011) e responsabilidade profissional (capacidade de responder pelos nossos atos) (Ricou, 2011).

Posteriormente, foram realizadas entrevistas em contextos de intervenção com uso de substâncias. Estas entrevistas foram conduzidas de forma individual e online a profissionais da zona norte do país e, foram gravadas de forma a facilitar a sua transcrição.

Análise de dados

No presente projeto de investigação, os dados foram processados a partir da transcrição das entrevistas gravadas em áudio, preparando-as, assim, para serem inseridas num software de análise qualitativa. A análise foi conduzida no software NVivo, amplamente utilizado em estudos qualitativos, o qual facilita a categorização dos dados e permite ao estruturar e organizar a informação em categorias para analisar posteriormente (Freitas, Arruda & Falqueto, 2017).

A partir da análise, foi criada uma tabela composta pelas categorias e subcategorias criadas, bem como as suas definições e exemplos de excertos. Na tabela, é também possível observar o número de fontes e de referências que existem para cada categoria/subcategoria (Anexo 2).

Apresentação dos resultados

Através análise das entrevistas realizadas a profissionais que trabalham em contextos de intervenção nos usos de substâncias, foi possível conhecer e explorar os desafios relacionados com questões de género que estes identificam na sua prática profissional, os seus conhecimentos sobre a prática das recomendações para a igualdade de género no seu contexto de trabalho, bem como as suas sugestões para a prática que seriam pertinentes adotar.

1. Desafios para mulheres e comunidade LGBT no uso de substâncias e na intervenção

Nesta categoria, estão presentes perspetivas dos profissionais sobre os desafios enfrentados pelas mulheres e por pessoas LGBT, a nível de acessibilidade para a intervenção e a nível de manutenção, bem como desafios relacionados com a maior vulnerabilidade destas duas populações.

1.1. Diferenças no número de mulheres, pessoas LGBT e homens em intervenção

Doze entrevistados comentaram sobre as diferenças na adesão à intervenção entre homens, mulheres e pessoas LGBT. A maioria ($n = 10$) concorda que existem diferenças na adesão entre estes três grupos, mas seis afirmam não observar qualquer distinção.

Alguns participantes apresentaram perspetivas particulares sobre essas diferenças. Um dos técnicos, embora não identifique diferenças na adesão entre homens e mulheres, observa diferenças na adesão de pessoas LGBT. Dois outros participantes percebem diferenças entre homens e mulheres, mas não em relação às pessoas LGBT. Além disso, um participante reconhece que essas diferenças de adesão existem em contextos de intervenção distintos; porém, no seu próprio contexto (ambiente recreativo), não observa diferenças significativas. Por fim, um participante menciona não ter utentes LGBT suficientes para se pronunciar sobre as possíveis diferenças de adesão.

1.2.Vulnerabilidade das mulheres nos usos de substâncias e intervenção devido a estereótipos de género

A maioria dos entrevistados (n = 7) refere que as mulheres são mais vulneráveis e marginalizadas, mesmo dentro da própria comunidade de consumidores. Esta vulnerabilidade está associada a estereótipos de género como: o papel de mãe cuidadora ao qual as mulheres são associadas; o facto de a mulher ser vista como um risco para relações afetivo-sexuais (isto é referido, especificamente, em relação às comunidades terapêuticas); serem vistas como o elo mais fraco, precisando de mais proteção, por exemplo, de companheiros; questões de interseccionalidade como, desvantagem de participação política, cívica, literacia, pobreza, uma enorme interseccionalidade entre os vários determinantes sociais da saúde; serem mais associadas a patologias (“(...)é muito presente a perturbação de personalidade *borderline*, que é caracterizada por comportamentos mais apelativos e mais disruptivos no contexto comunitário, e eu sinto que não há tanta paciência para abordar esses casos”; João, psicólogo numa comunidade terapêutica). Estes estereótipos, muitas vezes, criam alguns preconceitos, tanto por parte dos técnicos, como dos consumidores, o que pode levar a uma maior vergonha, em relação ao consumo, por parte da mulher, influenciado assim tanto a adesão como o processo de intervenção.

1.3.Vulnerabilidade das pessoas LGBT nos usos de substâncias e intervenção.

Três técnicos consideram que pessoas da comunidade LGBT são mais vulneráveis no uso de substâncias e na intervenção devido a questões de estigma, que poderá gerar preconceito, questões de interseccionalidade, como por exemplo, o “facto de ter uma dependência e de teres um comportamento que na nossa sociedade é visto como não normativo” (Matilde, assistente social CRI) e, para além disso, são pessoas mais massacradas. Estes fatores, interligados, acabam – na perspetiva dos técnicos – por influenciar a adesão à intervenção, bem como a abertura para a relação terapêutica. Um dos entrevistados afirma que a sexualidade pode ser um mau prognóstico quando não é aceite pela própria pessoa. Apesar de existirem seis participantes a abordar questões de vulnerabilidade, de dificuldade na adesão e na abertura por parte de pessoas LGBT, três pessoas afirmam que esta comunidade é mais aberta do que os restantes utentes, sendo possível estabelecer uma relação terapêutica. Para além disto, um destes três profissionais

conta que “tivemos um utente, o qual ajudamos, inclusive, a iniciar o processo de mudança de sexo e esse utente era respeitado pelos seus pares” (Diogo, assistente social em equipa de rua), contrariando aqui situações de estigma e preconceito.

1.4. Abuso de poder e violência de género

Esta subcategoria está relacionada com a violência de género, bem como o abuso de poder que, de acordo com cinco participantes, está muitas vezes presente por parte de homens em relação a mulheres. Estes referem que nem sempre esta violência e abuso é por parte dos parceiros, também pode acontecer dentro da comunidade, uma vez que as mulheres são vistas com o elo mais fracos e, por vezes, os outros utentes usam isso para exercer maior poder sobre elas ou aproveitarem-se das mesmas. A subcategoria reflete, também, a perceção dos entrevistados sobre a maior vulnerabilidade das mulheres, que frequentemente enfrentam violência física e sexual por parte dos seus parceiros. Em muitos casos, estas mulheres permanecem na relação devido a uma sensação de proteção e a uma dinâmica de codependência. Segundo o relato de um dos entrevistados, “A maior parte das mulheres que estão neste contexto, de alguma forma, quase todas, diria, têm alguma questão já relacionada com violência sexual ou violência de género, que enquanto os homens não, não é” (Diana, psicóloga em equipa de rua). Para além da violência contra as mulheres, um dos profissionais, também fala sobre uma situação de violência contra uma pessoa LGBT, em contexto de ambiente recreativo (“não foi relativa mulher foi relativamente a um homem, homossexual, um jovem rapaz homossexual que terá sido vítima de violência sexual durante o próprio evento” Joana, psicóloga em intervenção em contexto recreativo).

1.5. Trabalho sexual por parte das mulheres e comunidade LGBT

Esta categoria inclui a perspetiva de seis entrevistados sobre o trabalho sexual por parte das mulheres, de forma a arranjam dinheiro para o consumo. Uma das entrevistadas afirma que “a questão de prostituição é algo que traz muito mais culpa e vergonha do que o consumo em si (...)” (Diana, psicóloga em equipa de rua)

Por outro lado, apesar de existir uma associação entre mulheres que consomem drogas e a prostituição, um dos participantes afirma que “em termos de práticas de trabalho

sexual, tínhamos inclusive casais e, quando digo casais, tínhamos mais do que um casal em que ambos se prostituíam, tanto ele como ela”, mostrando que, por vezes, não são só as mulheres que estão envolvidas no trabalho sexual.

1.6. Obstáculos no acesso de mulheres e pessoas LGBT à intervenção

Alguns dos técnicos entrevistados (n = 6), concordam que existem obstáculos que as mulheres e a comunidade LGBT podem enfrentar no acesso à intervenção, devido a questões de estigma face a mulheres e pessoas LGBT e ao facto de as mulheres estarem associadas a quadros psicopatológicos. Também é possível observar, com base nas entrevistas de dois participantes que, especificamente nas CDT, também existe uma dificuldade na acessibilidade que é provocada pelo facto de as mulheres serem menos encaminhadas para a intervenção, uma vez que “se alguém do sexo feminino for interrogado por alguém do sexo masculino, a polícia não pode fazer uma revisão corporal, ou seja, o que for” (Marco, psicólogo numa CDT). Esta dificuldade no acesso das mulheres à intervenção relacionada com os usos de drogas, é referida em paralelo com a dificuldade genérica no acesso a cuidados de saúde (“de uma forma geral, o acesso, por exemplo, a cuidados de saúde direccionados ao consumo às vezes podem ser efetivamente barrados ou as pessoas sentem-se um bocadinho mais, descriminalizadas por serem diferentes, que não é ser diferente, é só ser o que é na verdade.”; Margarida, enfermeira de uma equipa de rua).

1.7. Maior adesão das mulheres (e de forma mais coerente) à intervenção

Três técnicos concordam que as mulheres aderem mais à intervenção e são mais responsáveis, principalmente quando se trata de necessidades básicas, como cuidados de saúde e de higiene, bem como ao regime terapêutico e substituição opiácea (“Eu acho que elas aderem mais a questões de necessidades básicas” Diana, psicóloga em equipa de rua). Um participante afirma que mesmo que por vezes seja mais complicado as mulheres aderirem à intervenção, quando o fazem empenham-se mais e têm um processo mais coerente do que os homens. No entanto, um profissional refere que a intervenção com mulheres é mais delicada e exigente, que elas por vezes são mais descuidadas e esquecidas com cuidados de saúde, devido à ansiedade de fazer dinheiro para poder consumir e,

nestas situações eles têm de insistir para que estas acedam aos cuidados necessários (“A rotina obsessiva de fazer dinheiro, para ter que comprar e consumir, faz com que utilizadores atirem para trás das costas tudo aquilo que são problemas de saúde,”; Diogo, assistente social em equipa de rua).

1.8. Menor retenção na intervenção nos usos de substâncias, em mulheres

Dois participantes referem que existe uma menor manutenção/retenção na intervenção por parte das mulheres, cis e trans. Um dos participantes afirma que “é mais complicado (...) trabalhar a abstinência na mulher. Mesmo na dinâmica de casal, sentimos que essa maior predisposição para o consumo se verifica mais no lado mulher.” (Diogo, assistente social em equipa de rua).

2. Conhecimento e prática de recomendações para a igualdade de género na intervenção

Esta categoria está dividida em duas subcategorias onde é abordado o conhecimento das recomendações para a igualdade de género, bem como se estas são colocadas em prática, tanto pelas instituições de intervenção, como pelos profissionais que lá trabalham.

2.1. Aspectos negativos a nível institucional e individual

Onze profissionais apresentam aspetos negativos relativamente ao conhecimento/prática das recomendações, tanto a nível institucional, como a nível individual dos próprios técnicos, como por exemplo, as recomendações não estarem a ser seguidas, os técnicos não estarem a par das mesmas, a falta de formação e de informação, etc.

2.1.1. Défice relacionado com a formação dos profissionais

Dois entrevistados afirmam que não existe formação nas suas instituições de trabalho, sendo que um destes diz que para além de não haver formação, os próprios profissionais estão desinformados relativamente às questões de género. Outro participante (n = 1) concorda que os técnicos têm pouca informação sobre este tema (“Eu senti principalmente desinformação, é o problema principal sobre a problemática” João,

psicólogo em comunidade terapêutica). Por último, um outro participante afirma que apesar de existirem formações, estas não são obrigatórias, o que pode ser uma desvantagem, uma vez que nem toda a gente vai aderir.

2.1.2. Falta de conhecimento e de prática das recomendações

Três participantes afirmam desconhecer recomendações relacionadas com as questões de género. Por outro lado, um participante refere que, embora conheça várias recomendações, não pode assegurar que todos os colegas com quem trabalha as conheçam ("não poderei dizer que toda a gente que aqui trabalha as conheça, porque isso acho que não"; Matilde, assistente social de um CRI). Dois outros entrevistados concordam que essas recomendações não são praticadas dentro das suas instituições de trabalho ("Penso que não está a ser nada praticado."; Tiago, enfermeiro de uma sala de consumo assistido), enquanto o último participante observa que, apesar de algumas recomendações serem aplicadas — como grupos de intervenção destinados exclusivamente a mulheres — estas são insuficientes e ocorrem com menos frequência do que o ideal ("Os grupos específicos, também, apesar de serem feitos, acabam por não ter uma frequência otimizada" João, psicólogo numa comunidade terapêutica).

2.1.3. Falta de sensibilidade às questões de género por parte das instituições e dos profissionais

Seis participantes concordam que, tanto a nível institucional como individual, existe uma falta de sensibilidade perante as questões de género. Esta situação deve-se, a um nível individual, ao facto de alguns técnicos serem mais “antiquados” e terem dificuldade em interiorizar estas questões. Além disso, em termos institucionais, existe o preconceito na forma como instituições intervêm, como destaca Margarida, enfermeira numa equipa de rua: "Como te disse no início da entrevista, eu acho que muitas das vezes e o mais grave é o preconceito que ainda existe por parte dos técnicos e das instituições."

2.1.4. Falta de privacidade na sala de consumo assistido

Um dos participantes afirma que nas salas de consumo assistido não existe privacidade, sendo que, independentemente do género os consumos são todos feitos na mesma sala e, o que acontece é que muitas vezes as mulheres “têm que tirar as calças, tirar a saia ou isso e é colocado um biombo não há privacidade” (Ana, psicóloga de uma sala de consumo assistido).

2.1.5. Dificuldade em seguir as linhas de orientação para a prática profissional

Um dos entrevistados afirma que, apesar de no seu contexto de trabalho existirem linhas orientadoras para a prática, as pessoas que lá trabalham têm dificuldade em segui-las quando estão a exercer o seu trabalho (“O desafio também é que os próprios profissionais integrem estas práticas”; Sara, psicóloga num CRI)

2.2. Aspetos positivos a nível institucional e individual

Nesta categoria, todos os entrevistados (n = 13) apresentam aspetos positivos no que toca ao conhecimento e prática das recomendações, tanto dentro das instituições de intervenção, como individualmente, como por exemplo, a disponibilização de formações e a adesão dos técnicos às mesmas, a criação de relação terapêutica com os utentes, sensibilidade para questões de género, etc.

2.2.1. Adesão dos técnicos a formações

Quatro participantes concordam que existe uma boa adesão dos técnicos a formações. Tanto os próprios participantes, como outros técnicos do seu serviço participam em formações (“(...) vou agora mesmo também começar uma formação no dia 18 com a X e algumas pessoas dos X de todo o país que se inscrevem nessas formações e que estão abertas e disponíveis para as fazer”; Matilde, assistente social de um CRI).

2.2.2. Conhecimento e prática das recomendações, tanto a nível institucional, como a nível individual

Alguns profissionais (n = 3), afirmam que conhecem algumas recomendações e as colocam em prática (“tenho feito várias formações no Ministério da Saúde, nas questões de género e comportamentos aditivos e também noutras entidades públicas ou privadas”; Matilde, assistente social num CRI). Referem que é a sua postura assim como das instituições em que trabalham, mesmo que isto esteja a acontecer de forma gradual (“mas acho que é um caminho que está a ser feito, embora esteja a ser feito gradualmente, um bocadinho devagar, acho que já é dada uma maior importância e o X tem tomado essa iniciativa.”; Marco, psicólogo numa comissão para a dissuasão da toxicodependência).

2.2.3. Valorização da relação terapêutica

Um dos técnicos aborda o facto de, para melhorarem a adesão dos utentes e os fazer sentir à vontade, independentemente do seu género, têm o cuidado de criar uma boa relação terapêutica com eles (“Relativamente à parte da comunidade LGBT, e não só, com todas as pessoas, no fundo, nós tentamos criar uma relação terapêutica e que se sintam à vontade, (...)”; Tiago, enfermeiro numa sala de consumo assistido).

2.2.4. Disponibilização de formações

Cinco participantes referem que as instituições em que trabalham disponibilizam formações para os profissionais, nomeadamente sobre como trabalhar o tema das substâncias com a comunidade LGBT (“ainda há pouco tempo, nós recebemos um convite para fazer uma formação sobre isso, sobre como trabalhar o tema das substâncias com a comunidade LGBT e era uma formação para aí 2 meses”; Beatriz, enfermeira numa equipa de rua).

2.2.5. Sensibilidade às questões de género por parte dos profissionais e das instituições

Todos os participantes ($n = 13$) concordam, que tanto a nível dos técnicos, como a nível das instituições existe uma maior sensibilidade e é dada uma maior importância às questões de género (“Acho que tem se dado uma maior importância ao longo do tempo, acho que os profissionais começam a ter umas luzes daquilo que é que necessário, de outro tipo de abordagens. Existe uma maior sensibilidade para o para o assunto”; Marco, psicólogo numa CDT). Três destes participantes abordam medidas que podem promover esta sensibilidade, como, projetos que facilitem a sensibilização (ex.: projeto das masculinidades tóxicas, linguagem inclusiva, utilização dos pronomes com os quais as pessoas se identificam, equipas constituídas não só por homens e mulheres, mas também por pessoas não binárias, não polarização do género, bem como orientação dada aos profissionais para tratarem todos por igual). É possível constatar que alguns participantes ($n = 5$) concordam que dentro dos seus locais de trabalho os técnicos tratam todos os utentes por igual.

2.2.6. Protocolo de atuação em situações de violência de género

Um profissional aborda que, especificamente em ambiente recreativo, existe um protocolo de atuação em situações de violência de género (“Temos um protocolo de atuação em situações de violência, de violência de género, ou seja, há todo um caminho que é específico desse tipo de situações, que envolvem sexismo ou formas de violência associadas ao género ou a orientação sexual”; Joana, psicóloga em intervenção em contexto recreativo).

3. Sugestões para melhoria das práticas

Esta categoria refere-se a recomendações que os próprios profissionais consideram que seria importante implementar no seu contexto de trabalho, de forma a criar uma abordagem mais sensível às questões de género.

3.1. Capacitar/formar os profissionais e a comunidade para questões de género

Quatro profissionais sugerem capacitar e formar mais os profissionais, dando-lhes mais informações relacionadas com as questões de género (“(...) capacitar os técnicos, a comunidade e os terapeutas e todas as pessoas que aqui trabalham para que possam ter uma leitura mais informada da intersecção de fatores sociológicos ou dos determinantes sociais da saúde”; Matilde, assistente social de um CRI). Um destes quatro entrevistados refere que seria importante os profissionais no seu contexto de trabalho terem mais informação sobre a transsexualidade, de forma que consigam fazer o seu trabalho de uma forma mais adequada às necessidades destas pessoas.

3.2. Convidar associações LGBT ou feministas a conhecer o espaço

Um dos técnicos, cujo o local de trabalho é uma sala de consumo assistido, diz que uma das práticas que podia ser aplicada na instituição em que trabalha seria convidar associações LGBT e feministas a conhecerem a sala, a mostrarem-lhes o que é feito lá e a falarem com mulheres e pessoas LGBT que já vão à sala sobre experiências que tiveram (“(...) se calhar uma das intervenções que podíamos fazer era, sei lá, dar a conhecer melhor o espaço, convidar se calhar associações em específico LGBT ou mesmo

associações feministas a conhecer o espaço, mostrar o que é que fazemos”; Tiago, enfermeiro numa sala de consumo assistido).

3.3. Criar equipas específicas que ajudem a população mais vulnerável

Um profissional, que trabalha numa equipa de rua, considera que seria relevante “haver ou uma comunidade específica, tipo uma equipa que procurasse ajudar essa comunidade de forma específica, que se pudesse especializar mais nesse tipo de atendimento e que criasse uma estrutura” (Diana, psicóloga de uma equipa de rua), de forma a atrair estas pessoas.

3.4. Formar psis sobre traumas associados às substâncias

Um participante que trabalha num CRI refere que é pertinente “(...) formar também os psicólogos e outros que fazem psicoterapia em trauma, em abordagens trauma (...)” (Matilde, assistente social num CRI), uma vez que os utentes chegam à intervenção com traumas mal resolvidos que depois têm impacto na manutenção do mesmo.

3.5. Desenvolver intervenções mais planificadas

Um dos profissionais (comunidade terapêutica) sugere implementar intervenções mais planificadas e atuais, uma vez que poderão mostrar-se mais eficazes na intervenção com mulheres e pessoas LGBT (“Acho que as intervenções mais planificadas e aqui sensíveis ao tempo, poderão ter também uma eficácia maior na repercussão e mudança comportamental.”; João, psicólogo numa comunidade terapêutica).

3.6. Trabalhar em rede

Um profissional refere que, especificamente em salas de consumo assistido, e independentemente do género, o trabalho devia ser feito em rede com outras áreas necessárias para a melhoria do utente (ex.: psicologia, segurança social, etc.), uma vez que o tempo que demora a articular tudo para começar uma intervenção pode fazer com que o utente fique desmotivado e desista.

3.7. Promover a partilha de experiências entre utentes

Um técnico, que trabalha em contexto de equipa de rua, considera que seria pertinente implementar “momentos de partilha das próprias experiências, enquanto alguém da comunidade LGBT ou enquanto alguém que teve uma experiência, com certeza, diferente de outros colegas” (Diana, psicóloga de uma equipa de rua).

3.8. Criar respostas que tragam equidade

Dois profissionais concordam que seria importante criar práticas que tragam mais equidade, tendo em conta questões como a interseccionalidade (“deve haver aqui equidade neste tipo de acessos e estas oportunidades devem ser ajustadas e delineadas, independentemente do fator de género, atendendo às especificações únicas e fatores aqui biopsicossociais de cada caso.”; João, psicólogo numa comunidade terapêutica).

3.9. Trabalhar a empatia dos profissionais, de forma a compreenderem as histórias e vivências dos utentes

Nas comissões para a dissuasão da toxicodependência, um dos participantes afirma que seria importante os profissionais trabalharem a empatia de forma a conseguir compreender as histórias e vivências dos utentes, uma vez que, como nunca passaram por situações como as deles, têm mais dificuldade em compreendê-las (“(...) nós próprios temos a nossa própria identificação e nós sempre que temos que exercer qualquer tipo de empatia para compreendermos a história e a vivência do outro, tanto com as questões de género, como com outras problemáticas, não que seja uma problemática, é uma condição, é sempre um desafio.”; Marta, assistente social CDT).

Discussão dos resultados

Desafios para mulheres e comunidade LGBT no uso de substâncias e na intervenção

No que toca aos desafios para mulheres e comunidade LGBT, pode-se observar que a maior parte das pessoas entrevistadas ($n = 12$) tem perceção de desafios que as mulheres e as pessoas LGBT enfrentam no âmbito do uso de substâncias e respetiva intervenção.

Os desafios abordados pelos participantes apresentam vários pontos em comum com a literatura científica pré-existente. Tanto na literatura, como nas entrevistas, podemos observar que as mulheres que usam drogas são marginalizadas, estigmatizadas e alvo de injustiças sociais (Morton, et al., 2022), muitas vezes devido ao facto de uma mulher que usa substâncias não se encontrar alinhada com os papéis tradicionais de género (Agterberg et al., 2022), principalmente com o papel de mãe cuidadora. Para além disto, dentro das injustiças sociais, existe uma referência à interseccionalidade, sublinhando o facto de muitas mulheres e pessoas LGBT, apresentarem outras identidades sociais que, em interseção com o seu sexo, sexualidade e/ou identidade de género, resultam em desvantagens políticas, cívica, literacia e pobreza. Estas vulnerabilidades, em conjunto, acabam por fazer com que a mulher seja vista como o elo mais fraco e um ser mais vulnerável dentro do contexto de uso de substâncias. Outro ponto de concordância é a perceção que as mulheres vivenciam mais experiências de vida traumáticas e, para além disto, são vítimas de mais problemas psicopatológicos (Agterberg et al., 2022). Esta questão é clara quando um participante afirma que as mulheres (cis e trans) chegam à intervenção com traumas mal resolvidos, o que resulta em maiores dificuldades de manutenção da intervenção, e também quando outro profissional afirma que muitas vezes as mulheres apresentam mais quadros patológicos (ex.: perturbação de *borderline*) em relação aos homens.

Ainda no âmbito da vulnerabilidade das mulheres em contexto de uso de substâncias e das experiências traumáticas que estas vão vivenciando, alguns exemplos de experiências traumáticas mais citadas na literatura são o abuso infantil, violência nas relações íntimas e assédio sexual (Agterberg et al., 2022). Ao longo das entrevistas e respetiva análise, foi possível observar que quase metade dos participantes ($n = 5$) mencionam esta violência em relações íntimas, bem como o abuso de género, acrescentando-se que um dos técnicos associa este fenómeno de violência em relações

íntimas não só de homens em relação às mulheres, mas também em relacionamentos entre pessoas LGBT.

Relativamente a pessoas LGBT, não existe grande concordância entre as perspetivas dos profissionais entrevistados e a literatura científica. Os dados do estudo atual corroboram que a comunidade LGBT é mais vulnerável e enfrenta discriminação. No entanto, ao contrário de outros estudos, onde essa vulnerabilidade e discriminação são frequentemente vistas como fatores de risco para o consumo de drogas e perturbações psiquiátricas, as perspetivas partilhadas pelos profissionais não defendem essa correlação.

Os estudos pré-existentes também mostram que existe mais consumo nesta população. Mais uma vez, este dado não foi corroborado no atual estudo, no entanto, isto pode-se dever ao facto de as entrevistas não se terem focado nos tipos de consumo de cada população, pelo que esta temática não foi diretamente abordada. No entanto, existe um ponto de concordância – especificamente relacionado com mulheres trans – e que já foi abordado anteriormente, que se refere ao facto de as mulheres que pertencem a minorias sexuais estarem expostas a um risco acrescido de problemas e perturbações relacionadas com o consumo de drogas (Mericle, et al., 2018).

No que se refere à adesão à intervenção, a maior parte dos participantes (n = 10) concorda que existe uma menor adesão de mulheres e pessoas LGBT em comparação com os homens. Tal como é abordado na literatura, esta discrepância na adesão estará relacionada com um estigma sociocultural relativo a mulheres consumidoras de substâncias que, por sua vez, dificulta a adesão de mulheres à intervenção (Agterberg et al., 2022). As diferenças na adesão também poderão estar relacionadas com as dificuldades de acesso à intervenção, uma vez que, tal como é possível perceber nas perspetivas dos técnicos, existem barreiras que dificultam o acesso à intervenção, como por exemplo, crenças, estereótipos (ex.: mulheres estarem mais associadas a relações afetivo-sexuais, dentro de comunidades terapêuticas) e aspetos institucionais (Agterberg et al., 2022), como a falta de preparação dos técnicos para lidarem com necessidades específicas das mulheres e pessoas LGBT, principalmente com quadros patológicos específicos, no caso das mulheres.

Por outro lado, ao contrário de estudos anteriores, cinco profissionais afirmam que as mulheres aderem mais à intervenção, principalmente quando se trata de necessidades básicas, cuidados de saúde e substituição opiácea e, mesmo em situações em que as

mulheres só aderem porque são colocadas sob pressão, a longo prazo, acabam por ter um percurso de intervenção mais definitivo do que os homens.

Para concluir, foi possível detetar alguns dados novos ou pouco explorados na literatura científica pré-existente, como o trabalho sexual que existe por parte das mulheres e pessoas LGBT que usam substâncias, sendo este um meio para obter dinheiro para alimentar o consumo de substâncias. De certa forma o trabalho sexual acaba por estar relacionado com a vulnerabilidade destas comunidades, uma vez que se associa frequentemente a uma maior dificuldade em arranjar meios monetários para satisfazer as suas necessidades de consumo, isto é, a situações de precariedade económica.

Conhecimento e prática de recomendações para a igualdade de género na intervenção

No que toca aos conhecimentos e prática de recomendações pelos profissionais, distinguiram-se aspetos positivos e negativos. Observa-se que os pontos positivos, mencionados por treze profissionais, superam ligeiramente os negativos, referidos por onze profissionais. Apenas dois participantes indicaram exclusivamente pontos positivos, enquanto os restantes mencionaram tanto aspetos positivos quanto negativos. Ademais, é notável que os aspetos que surgiram acerca do conhecimento e prática de recomendações para a igualdade de género por parte dos profissionais apresentaram-se de modo polarizante, com o mesmo aspeto mencionado tanto enquanto existente como deficitário, dependendo de profissional para profissional (ex. défice de formação/informação e disponibilização de formações; falta de sensibilidade às questões de género e existência de sensibilidade; falta de conhecimento e prática das recomendações e existência de conhecimento e prática destas recomendações).

Mais especificamente, a disponibilização de formações é mais referida do que o défice na disponibilização de formações, com cinco entrevistados a indicar que há formações disponíveis para os profissionais, enquanto quatro mencionaram um défice nesta área, o que afeta o nível de informação dos profissionais. Além disso, há uma diferença significativa entre a falta de sensibilidade e a existência de sensibilidade; todos os entrevistados (n = 13) reconhecem a sensibilidade de profissionais para as questões de género, enquanto apenas seis referem a falta desta sensibilidade em alguns contextos específicos. No que respeita ao conhecimento e prática das recomendações, mais profissionais (n = 6) concordam que estas não são conhecidas nem praticadas, em

comparação com aqueles que afirmam que há conhecimento e aplicação das mesmas (n=3).

Confrontando os dados das entrevistas com a literatura, conclui-se que algumas recomendações são efetivamente reconhecidas e postas em prática por profissionais e instituições, como é o caso das abordagens mais sensíveis às questões de género. Estas abordagens podem refletir-se em algumas medidas integradas na prática profissional, por exemplo, uso de linguagem inclusiva, utilização dos pronomes, técnicos não binários nas equipas, etc. Ademais, também se pode reconhecer que a “criação de um ambiente seguro e acolhedor” (Mericle et al., 2018) é colocada em prática, uma vez que existem técnicos que referem a importância de criar uma boa relação terapêutica com os utentes, de forma a estes se sentirem mais à vontade.

Por fim, os dados indicam que os aspetos negativos tendem a ser mais prevalentes a nível institucional, estando frequentemente relacionados com crenças socialmente disseminadas, cultura organizacional e características geracionais dos profissionais. Em contrapartida, os aspetos positivos verificam-se tanto a nível institucional, quanto a nível individual, sugerindo que, embora existam barreiras institucionais, há também iniciativas pessoais favoráveis às práticas sensíveis ao género.

Sugestões para melhoria das práticas

No que toca às sugestões feitas pelos profissionais para melhoria das práticas existentes, surgiram duas sugestões transversais aos vários participantes, nomeadamente a criação de respostas que tragam sensibilidade e equidade e a formação/capacitação dos profissionais e da comunidade para questões de género. Coincidentemente, estas duas sugestões de melhoria relacionam-se com um aspeto negativo apontado pelos mesmos (categoria 2), relativo à falta de sensibilidade e de formação dos profissionais. É também possível observar que a capacitação e a formação de técnicos e da comunidade é a sugestão com mais prevalência, estando presente em quatro dos seis contextos considerados para este estudo.

No entanto, podemos verificar que profissionais de diferentes contextos de intervenção apresentam algumas sugestões específicas. Por profissionais de sala de consumo assistido, foi proposto convidar associações LGBT/feministas a conhecer o

espaço, o trabalho em rede e a formação dos técnicos; nas equipas de rua, a criação de equipas mais específicas para lidar com os grupos mais vulneráveis e a promoção de partilha de experiências entre utentes; nos CRI a formação de psicólogos sobre trauma; em comunidades terapêuticas a criação de intervenções mais planificadas; e nas CDT o desenvolvimento da empatia dos técnicos para uma melhor compreensão para com os utentes. Para finalizar, podemos também constatar que não existem sugestões relativas à intervenção em contexto recreativo. Isto poderá estar relacionado com o facto de as equipas que atuam neste contexto poderem estar mais atualizadas e adaptadas às questões de género.

Conclusão

Este estudo procurou entender o impacto dos movimentos de igualdade de género no contexto do uso de substâncias e da intervenção. Observou-se que os profissionais entrevistados, tal como tinha sido já evidenciado pela literatura, consideram que as mulheres e pessoas LGBT são mais vulneráveis, marginalizadas e estigmatizadas no contexto dos consumos de substâncias e da intervenção (Morton et al., 2022). Estes resultados sublinham a importância de se implementarem intervenções sensíveis ao género, que preparem profissionais e instituições para responder de forma adequada às necessidades específicas desses grupos, contribuindo também para a redução de estereótipos e discriminação.

Apesar de algumas recomendações para a igualdade de género nestes contextos de intervenção ainda não serem amplamente aplicadas na prática – como o acesso prioritário das mulheres a aconselhamento, intervenção e serviços de apoio que considerem as suas necessidades específicas (ex., responsabilidades parentais e recuperação de traumas, como violência sexual) (Commission on Narcotic Drugs, 2012) – os técnicos mostraram conhecimento e sensibilidade sobre áreas de melhoria, de forma a promover o bem-estar de mulheres e pessoas LGBT em contexto de uso de substâncias e de intervenção. Incorporar as sugestões abordadas nas entrevistas, como a formação dos profissionais e a sensibilização sobre questões de género, pode gerar um impacto substancial no acesso e adesão à intervenção, particularmente de mulheres e pessoas LGBT. Preparar técnicos para lidar com questões de género não só desafia papéis

tradicionais, mas também ajuda a combater preconceitos institucionais, promovendo uma maior acessibilidade e adesão à intervenção.

Esta estudo apresenta limitações a nível de tamanho e variabilidade da amostra, uma vez que não incluiu diversidade de profissionais em todos os contextos de intervenção. Para estudos futuros, seria importante ampliar a amostra, bem como incluir o ponto de vista dos utentes, a fim de obter uma visão mais abrangente e detalhada do contexto, enriquecendo a compreensão das necessidades no uso de substâncias e permitindo uma avaliação mais equilibrada das perceções sobre as práticas de intervenção atuais.

Referências bibliográficas

Agterberg, S., Schubert, N., Overington, L., & Corace, K. (2020). Treatment barriers among individuals with co-occurring substance use and mental health problems: Examining gender differences. *Journal of substance abuse treatment*, 112, 29-35.

Anglin, M. D., Hser, Y. I., & Booth, M. W. (1987). Sex differences in addict careers. 4. Treatment. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 13(3), 253-280.

Batista, E. C., de Matos, L. A. L., & Nascimento, A. B. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 11(3), 23-38.

Bhattacharjya, M., Birchall, J., Caro, P., Kelleher, D., & Sahasranaman, V. (2013). Why gender matters in activism: feminism and social justice movements. *Gender & Development*, 21(2), 277-293.

Campbell, N. (2002). *Using women: Gender, drug policy, and social justice*. Routledge.

Cochran, B. N., Peavy, K. M., & Santa, A. F. (2007). Differentiating LGBT individuals in substance abuse treatment: Analyses based on sexuality and drug preference. *Journal of LGBT Health Research*, 3(2), 63-75.

Commission on Narcotic Drugs (2012), “Resolution 55/5. Promoting strategies and measures addressing specific needs of women in the context of comprehensive and integrated drug demand reduction programmes and strategies”, United Nations, Vienna.

de Souza, F. N., & de Souza, D. N. (2011). Formular questões de investigação no contexto do corpus latente na internet. *Internet Latent Corpus Journal*, 2(1), 2-5.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) Data de publicação: 2023, Janeiro 1
Freitas, L., Arruda, J. A., & Falqueto, J. (2017). Uso do software Nvivo® em investigação qualitativa: ferramenta para pesquisa nas ciências sociais. *CLAIQ 2017*, 3

Grella, C. E., Polinsky, M. L., Hser, Y. I., & Perry, S. M. (1999). Characteristics of women-only and mixed-gender drug abuse treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(1-2), 37-44.

Hopf, C. (2004). Qualitative interviews: An overview. *A companion to qualitative research*, 203(8), 100093

Hser, Y. I., Huang, D., Teruya, C., & Anglin, M. D. (2003). Gender comparisons of drug abuse treatment outcomes and predictors. *Drug and alcohol dependence*, 72(3), 255-264.

Hughes, T. L., & Eliason, M. (2002). Substance use and abuse in lesbian, gay, bisexual and transgender populations. *Journal of Primary Prevention*, 22, 263-298.

Hunt J. (2012), Why the gay and transgender population experiences higher rates

Lee, J. H., Gamarel, K. E., Bryant, K. J., Zaller, N. D., & Operario, D. (2016). Discrimination, mental health, and substance use disorders among sexual minority populations. *LGBT health*, 3(4), 258-265.

Mericle, A. A., de Guzman, R., Hemberg, J., Yette, E., Drabble, L., & Trocki, K. (2018). Delivering LGBT-sensitive substance use treatment to sexual minority women. *Journal of gay & lesbian social services*, 30(4), 393-408.

Morton, S., Mutatayi, C., Pálsdóttir, K. I., Soto, N. R., & Pires, C. V. (2022). *Implementing a gender approach in drug policies: prevention, treatment and criminal justice: A handbook for practitioners and decision makers*. Council of Europe.

Moury, C., & Escada, M. (2022). Understanding successful policy innovation: The case of Portuguese drug policy. *Addiction*.

O'Neil, A. L., & Lucas, J. (2015). Promoting a gender responsive approach to addiction.

of substance use – Many use to cope with discrimination and prejudice, Center for

Pienaar, K., Murphy, D. A., Race, K., & Lea, T. (2018). Problematising LGBTIQ drug use, governing sexuality and gender: A critical analysis of LGBTIQ health policy in Australia. *International Journal of Drug Policy*, 55, 187-194.

Ricou, M. (2011). *A ética e a deontologia no exercício da psicologia* (Doctoral dissertation, Universidade de Coimbra (Portugal)).

Rocha, C. R., & Keske, H. A. G. (2018). A importância da luta dos movimentos feministas no desenvolvimento da tipificação do feminicídio e na busca por igualdade entre os gêneros. *Revista de Gênero, Sexualidade e Direito*, 4(1), 80-98.

Rødner Sznitman, S. (2007). Drugs and gender: A contradictory project in interviews with socially integrated men and women who use drugs. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 24(2), 107-126.

Sapp, C. E. (2014). Rehabilitate or incarcerate: A comparative Analysis of the United States' Sentencing Laws on Low-Level Drug Offenders and Portugal's Descriminalization of Low-Level Drug Offenses. *Cardozo J. Int'l & Comp. L.*, 23, 63.

Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., ... & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & quantity*, 52, 1893-1907.

SICAD. (2023). SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Recuperado em 5 de maio de 2023, de <https://www.sicad.pt/pt/Paginas/default.aspx>.

Thomas, D. R. (2003). A general inductive approach for qualitative data analysis.

UNRIC. Objetivo 5: Igualdade de Gênero. Recuperado de <https://unric.org/pt/objetivo-5-igualdade-de-genero-2/>

Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Caro(a) participante,

O projeto “Impacto dos movimentos de igualdade de género nas políticas públicas em Portugal” encontra-se em desenvolvimento por uma equipa do Centro de Investigação para o Desenvolvimento Humano da Universidade Católica Portuguesa (UCP), liderada por Raquel Matos. O objetivo do projeto é conhecer os impactos dos movimentos de igualdade de género em políticas e práticas de saúde, justiça e educação, em Portugal. Para tal, serão realizadas entrevistas e serão analisados documentos públicos (ex., Leis e Regulamentos).

O presente consentimento informado visa autorizar a realização de uma entrevista, presencial ou online, e a sua gravação em formato áudio apenas para efeito de tratamento e análise dos dados. Os dados recolhidos na entrevista serão anonimizados para que não seja possível identificar os/as participantes, e serão usados apenas no âmbito do presente estudo. A sua participação é livre e voluntária, podendo abandonar o estudo se e quando achar pertinente, sem que essa decisão tenha qualquer consequência.

Se tiver alguma dúvida ou questão sobre o estudo, poderá contactar a investigadora responsável, através do email rmatos@ucp.pt.

Declaração de consentimento de participação no estudo.

- ☐ SIM, dou o meu consentimento para participar no estudo.
- ☐ NÃO, não dou o meu consentimento para participar no estudo.
-

O/A participante no estudo

A investigadora responsável

_____ de _____ de 20__

_____ de _____ de 20__

Após as assinaturas, o/a participante e a investigadora responsável devem ficar com uma cópia do Consentimento Livre e Informado (CLI)

Anexo 2 – Grelha de Categorias

1. Desafios para mulheres e comunidade LGBT no usos de substâncias e na intervenção				
Esta categoria inclui subcategorias sobre os desafios enfrentados pelas mulheres e pessoas LGBT, a nível de vulnerabilidade de mulheres e de pessoas LGBT em contexto de uso de substâncias, assim como do seu acesso, adesão e retenção à intervenção.				
Subcategorias	Definições	Exemplos de excertos	Fontes	Referências
1.1. Diferenças no número de mulheres, pessoas LGBT e homens em intervenção	Esta categoria inclui referência que mostram se existem, ou não, diferenças na adesão entre homens, mulheres e pessoas da comunidade LGBT nos vários contextos de intervenção.	“é sabido que a proporção de mulheres que acodem a pedidos de tratamento no sistema público, por exemplo, em comparativamente com os homens é cerca de um para três ok, portanto, as mulheres em tratamento no sistema público rondam 1/3 da totalidade dos homens em tratamento. (...)”	12	21
1.2. Vulnerabilidade das mulheres nos usos de substâncias e intervenção devido a estereótipos de género	Esta subcategoria engloba referências sobre as mulheres serem mais marginalizadas e vulneráveis no contexto de consumo de substâncias e intervenção, nomeadamente, devido a estarem associadas a determinados papéis de género tradicionais, como o seu papel de cuidadoras.	“sabes que as mulheres neste mundo nos consumos, independentemente de tudo, deveriam ser um bocadinho mais protegidas, porque as mulheres engravidam e depois têm as questões dos filhos, os filhos são eles retirados e os homens não, não engravidam e pronto.”	7	31
1.3. Vulnerabilidade das pessoas LGBT nos usos de substâncias e intervenção	Esta subcategoria inclui referências sobre a comunidade LGBT ser mais vulnerável quando se trata de um contexto de consumo de substâncias.	“Eu acho que é complicado e quando tu és, por exemplo, trans e eu conheci e segui uma pessoa trans e era pior porque também há esse estigma e são pessoas muito massacradas, digamos assim, dentro da própria comunidade.”	7	16
1.4. Abuso de poder e violência de género	Esta subcategoria engloba referências relacionadas com violência de género, bem como o abuso de poder que existe relacionado com as mulheres e pessoas LGBT.	“(…) muitas delas são vítimas de violência, não só física, mas também psicológica e há quase aquele síndrome de ele trata mal, mas eu preciso dele.”	5	12
1.5. Trabalho sexual por parte das mulheres e comunidade LGBT	Esta subcategoria inclui referências sobre a existência de trabalho sexual por parte das mulheres e das pessoas LGBT, de forma a terem dinheiro para os consumos.	“nós sabermos o que é que acontece quando elas precisam de ter dinheiro para o consumo, não é? Servem-se do corpo, vendem-se para poderem consumir.”	7	8
1.6. Obstáculos no acesso de mulheres e pessoas LGBT à intervenção	Esta subcategoria inclui referências sobre os obstáculos que as mulheres e a comunidade LGBT enfrentam relativamente à intervenção. Para além disto, também engloba referências relacionadas com as	“Acredito sim que, de uma forma geral, o acesso, por exemplo, a cuidados de saúde direcionados ao consumo às vezes podem ser efetivamente barrados ou as pessoas sentirem-se um bocadinho mais, descriminalizadas por serem	6	12

	dificuldades que as mulheres enfrentam no acesso a cuidados de saúde.	diferentes, que não é ser diferente, é só ser o que é na verdade.”		
1.7. Maior adesão das mulheres (e de forma mais coerente) à intervenção	Esta subcategoria engloba referências sobre a maior adesão das mulheres à intervenção, principalmente a cuidados de saúde, de higiene e ao regime terapêutico.	“Eu acho que elas aderem mais a questões de necessidades básicas”	5	10
1.8. Menor retenção na intervenção nos usos de substâncias, em mulheres	Esta subcategoria engloba referências sobre a menor retenção da intervenção de mulheres (cis e trans) em comparação com os homens.	“Sendo que as mulheres e as mulheres trans são aquelas que têm mais dificuldade na manutenção”	2	2

2. Conhecimento e prática de recomendações para a igualdade de género na intervenção

Esta categoria inclui subcategorias sobre o conhecimento e prática das recomendações para a igualdade de género na sua vida profissional.

Subcategorias	Definições	Exemplos de excertos	Fontes	Referências
2.1. Aspectos negativos a nível institucional e individual.	Esta subcategoria engloba aspetos negativos, no que toca ao conhecimento e prática das recomendações, tanto dentro das instituições, como individualmente (ex.: as recomendações não estarem a ser postas em prática, os técnicos que conhecem as recomendações, a falta de formação de profissionais, etc.).		11	34
2.1.1. Défice relacionado com a formação dos profissionais	Esta subcategoria inclui referências sobre o facto de não existirem formações sobre questões de género e, para além disto, também existe uma falta de informação relativamente à intervenção com mulheres e pessoas LGBT.	“formação a nível dos profissionais que lá trabalhamos não fazemos, ou não fizemos, diretamente nesse contexto de aumentar a adesão de Mulheres e da comunidade LGBT na sala, mas faria todo sentido, sem dúvida alguma, mas neste momento não fazemos.”	4	8
2.1.2. Falta de conhecimento e de prática das recomendações	Esta subcategoria inclui referências sobre o facto dos profissionais não terem conhecimento de recomendações relacionadas com questões de género, nem as colocarem em prática no seu dia-a-dia de trabalho.	“Penso que não está a ser nada praticado.”	6	10
2.1.3. Falta de sensibilidade às questões de género por parte das instituições e dos profissionais	Esta subcategoria engloba referências sobre a falta de sensibilidade, tanto a nível institucional, como a nível individual, perante questões de género.	“Sentem-se muito mais vulneráveis, não é? E, as estruturas oficiais se calhar ainda não tem muito isso em consideração (...).”	6	11
2.1.4. Falta de privacidade na sala de consumo assistido	Esta subcategoria engloba referências sobre o facto de não existir privacidade, especificamente nas salas de consumo assistido, sendo o	“(…) o que acontece é que muitas vezes têm que tirar as calças, tirar a saia ou isso e é colocado um biombo não há privacidade, (...)”	1	3

	consumo feito por todos os utentes, tanto homens como mulheres, na mesma sala.			
2.1.5. Dificuldade em seguir as linhas de orientação para a prática profissional	Esta subcategoria inclui referências sobre as dificuldades que os profissionais têm em aplicar as linhas orientadoras para a prática, relativamente às questões de género, quando estão a exercer o seu trabalho	“Em termos de desafio, eu acho que é um pouco que os próprios profissionais tenham atenção a estes materiais e a estas linhas de orientação e que os integrem na sua prática”	1	2
2.2. Aspetos Positivos a nível institucional e individual.	Esta subcategoria engloba aspetos positivos, no que toca ao conhecimento e prática das recomendações, tanto dentro das instituições, como individualmente (ex.: a disponibilização de formações e a adesão dos profissionais às mesmas, a promoção de uma relação terapêutica, a sensibilidade a questões de género, etc.).		13	64
2.2.1. Adesão dos técnicos a formações	Esta subcategoria engloba referências sobre a disponibilidade para formações e a procura das mesmas, por parte dos profissionais.	“(…).Vou agora mesmo também começar um lado formação no dia 18 com a X e algumas pessoas dos X de todo o país que se inscrevem nessas formações e que estão abertas e disponíveis para as fazer”	4	5
2.2.2. Conhecimento e prática das recomendações tanto a nível institucional, como a nível individual	Esta subcategoria engloba referências sobre o conhecimento que os profissionais têm de recomendações para a prática, sejam estas fornecidas por entidades informais ou formais e, para além, estas também são colocadas em prática, mesmo que de forma gradual.	“tenho feito várias formações no Ministério da Saúde, nas questões de género e comportamentos aditivos e também noutras entidades públicas ou privadas”	3	15
2.2.3. Valorização da relação terapêutica	Esta subcategoria engloba referências sobre a criação de uma boa relação terapêutica com os utentes, de forma que estes se sintam mais à vontade.	“Relativamente à parte da comunidade LGBT, e não só, com todas as pessoas, no fundo, nós tentamos criar uma relação terapêutica e que se sintam à vontade, (...)”	1	1
2.2.4. Disponibilização de formações	Esta subcategoria inclui referências sobre a disponibilização de formações para os profissionais, nomeadamente sobre como trabalhar o tema das substâncias com a comunidade LGBT, para os profissionais.	“E sempre estivemos em casas e em serviços, onde a formação era bastante disponibilizada e onde há grande participação”	5	6
2.2.5. Sensibilidade às questões de género por parte dos profissionais e das instituições	Esta subcategoria engloba referências sobre a sensibilidade às questões de género por parte dos profissionais e instituições. Para além disto também inclui referências sobre medidas que podem promover esta sensibilidade (ex.: profissionais	“Acho que tem se dado uma maior importância ao longo do tempo, acho que os profissionais começam a ter umas luzes daquilo que é que necessário, de outro tipo de abordagens. Existe uma maior sensibilidade para o para o assunto” “procuram formar as pessoas que estão na equipa para terem sensibilidade (...)”	13	36

	não binários dentro da equipa de trabalho).			
2.2.6. Protocolo de atuação em situações de violência de género	Esta subcategoria engloba referências sobre a aplicação de um protocolo de atuação em situações de violência de género. Este protocolo é usado especificamente em ambiente recreativo.	“Temos um protocolo de atuação em situações de violência, de violência de género, ou seja, há todo um caminho que é específico desse tipo de situações, que envolvem sexismo ou formas de violência associadas ao género ou a orientação sexual”	1	1

3. Sugestões para a prática

Esta categoria inclui referências sobre sugestões profissionais para a prática, de forma a criar uma abordagem mais sensível às questões de género.

Subcategorias	Definições	Exemplos de excertos	Fontes	Referências
3.1. Capacitar/formar/ os profissionais e a comunidade para questões de género	Esta subcategoria inclui referências sobre necessidade de capacitar e formar os profissionais e a comunidade (ex.: sobre a transsexualidade), de forma a estes conseguirem desenvolver o seu trabalho atendendo às necessidades dos diferentes grupos.	“(…) capacitar os técnicos, a comunidade e os terapeutas e todas as pessoas que aqui trabalham para que possam ter uma leitura mais informada da intersecção de fatores sociológicos ou dos determinantes sociais da saúde”	4	7
3.2. Convidar associações LGBT ou feministas a conhecer o espaço	Esta subcategoria engloba referências sobre a pertinência de convidar associações LGBT e feministas para lhes mostrar o que é feito nas salas de consumo assistido e estas falarem com os utentes sobre experiências vividas.	“(…) se calhar uma das intervenções que podíamos fazer era, sei lá, dar a conhecer melhor o espaço, convidar se calhar associações em específico LGBT ou mesmo associações feministas a conhecer o espaço, mostrar o que é que fazemos”	1	1
3.3. Criar equipas específicas que ajudem a população mais vulnerável	Esta subcategoria engloba referências sobre a importância de criar equipas específicas e com formações específicas para lidarem com populações mais vulneráveis, como mulheres e pessoas LGBT.	“haver ou uma comunidade específica, tipo uma equipa que procurasse ajudar essa comunidade de forma específica, que se pudesse especializar mais nesse tipo de atendimento e que criasse uma estrutura”	1	2
3.4. Formar psis sobre trauma associados às substâncias	Esta subcategoria inclui referências sobre a importância de formar psicólogos para situações de trauma.	“(…) formar também os psicólogos e outros que fazem psicoterapia em trauma, em abordagens trauma (…)”	1	1
3.5. Desenvolver Intervenções mais planificadas	Esta subcategoria engloba referências sobre a pertinência da implementação de intervenções planificadas e eficazes.	“Acho que as intervenções mais planificadas e aqui sensíveis ao tempo, poderão ter também uma eficácia maior na repercussão e mudança comportamental.”	1	1
3.6. Trabalhar em rede	Esta subcategoria inclui referências sobre a importância de, em contexto de sala de consumo assistido, trabalhar em rede com outros meios que são necessários para a melhoria do utente (ex.: segurança social, psicólogos, etc.).	“Eu acho que em todos os sítios, não só nisto, mas tanto na área da psicologia como na área de serviço social, o trabalho tem que ser feito em rede (…)”	1	1
3.7. Promover a partilha de experiências entre utentes	Esta subcategoria engloba referências sobre a pertinência de criar um momento de partilha de experiências, entre utentes,	“(…) partilha das próprias experiências, enquanto alguém da comunidade LGBT ou enquanto alguém que teve uma	1	1

	enquanto alguém LGBT ou mesmo alguém com uma experiência diferente.	experiência, com certeza, diferente de outros colegas”		
3.8. Criar respostas que tragam equidade	Esta subcategoria engloba referências sobre necessidade de criar respostas que tragam equidade, tendo também em conta as questões da interseccionalidade.	“No acesso a oportunidades, independentemente de ser no contexto laboral, social, de saúde, o que quer que seja e, portanto, deve haver aqui equidade neste tipo de acessos e estas oportunidades devem ser ajustadas e delineadas, independentemente do fator de género, atendendo às especificações únicas e fatores aqui biopsicossociais de cada caso.”	2	3
3.9. Trabalhar a empatia dos profissionais, de forma a compreenderem as histórias e vivências dos utentes	Esta subcategoria engloba uma referência sobre importância de trabalhar a empatia, uma vez que os profissionais têm dificuldade em compreender as histórias e as vivências dos utentes, sendo por questões de género ou não.	“Primeiro porque nós próprios temos a nossa própria identificação e nós sempre que temos que exercer qualquer tipo de empatia para compreendermos a história e a vivência do outro, tanto com as questões de género, como com outras problemáticas, não que seja uma problemática, é uma condição, é sempre um desafio.”	1	1