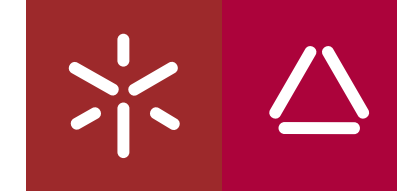




Da Dependência à Independência: O Papel
da Família no Processo de Reinserção
do Toxicodependente e Alcoólico

Andreia Manuela Oliveira Ferreira

Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais





Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Andreia Manuela Oliveira Ferreira

Da Dependência à Independência: O Papel
da Família no Processo de Reinserção
do Toxicodependente e Alcoólico

Tese de Mestrado
Mestrado em Sociologia
Área de Especialização em Desenvolvimento e Políticas Sociais

Trabalho efectuado sob a orientação do
Professor Doutor Jean Martin Marie Rabot

DECLARAÇÃO

Andreia Manuela Oliveira Ferreira

Endereço eletrónico: pg24695@alunos.uminho.pt

Número do Bilhete de Identidade: 14148277

Título da Dissertação:

Da Dependência à Independência: O Papel da Família no Processo de Reinserção do Toxicodependente e Alcoólico

Orientador:

Professor Doutor Jean Martin Marie Rabot

Ano de conclusão: 2015

Designação do Mestrado: Sociologia, área de especialização em Desenvolvimento e Políticas Sociais

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

*“Minto e não sou mentiroso,
Porque de verdade gostava de ser verdadeiro,
Mas não sei ser verdadeiro,
Não sei mais alinhar as palavras,
Senão para dizer da minha necessidade”*
Carlos Amaral Dias in Ali-Babá

Agradecimentos

Agradeço à instituição Projecto Homem, particularmente à Doutora Virgínia Freitas pela autorização concedida para a realização das entrevistas.

Agradeço também à Doutora Flávia Ferreira por todo o acompanhamento feito durante o trabalho que realizei junta da mesma instituição.

Agradeço ainda a todos os terapeutas que trabalham na fase da Reinserção Social pela gentileza com que me receberam.

Agradeço ainda particularmente a todos aqueles que se disponibilizaram a participar nesta investigação cedendo parte do seu tempo e partilhando as suas histórias de vida nas entrevistas realizadas, e a todos os utentes pela forma como me receberam.

Agradeço ao professor Jean Rabot por ter aceite ser meu orientador, por sempre me ter transmitido a confiança e força necessárias para a conclusão desta etapa.

Aos meus pais pela formação da pessoa que sou hoje que em grande parte se deve a eles, e por esta experiência de vida que me foi possível vivenciar.

Ao José Alexandre pelo ânimo que foi transmitindo ao longo deste percurso, pela presença nos momentos de avanços e recuos e pela infindável paciência.

A todos os amigos e colegas que me foram acompanhado e apoiando neste percurso, particularmente à Patrícia e à Liliana pela ajuda proporcionada, e à Flávia e Simone pelo ânimo e incentivo.

Resumo

A tendência figura para um crescimento cada vez maior de indivíduos que pedem ajuda para o tratamento de dependências ligadas às drogas (lícitas e ilícitas).

A toxicodependência e o alcoolismo estão a revelar-se problemáticas não só para aqueles que usam e abusam do seu consumo, mas ainda para aqueles que rodeiam esses consumidores, falamos aqui particularmente da família que convive diariamente com o consumidor.

Os estudos disponíveis sobre esta problemática levam a crer que o apoio da família poderá intervir no processo de reinserção social destas populações no sentido de uma melhor integração social, mas os muitos anos penosos passados com estes consumidores levam muitas vezes a um abandono e desinteresse por parte da família.

Todavia, cremos que o acompanhamento próximo dos familiares durante o processo de tratamento pode ditar o sucesso ou insucesso do dito tratamento, ou em parte acelerá-lo ou atrasá-lo mediante a presença ou ausência do apoio familiar. O objetivo desta pesquisa passa precisamente por esta discussão, perceber que apoio têm os dependentes da família quando se sujeitam a um tratamento, e qual a influência que a presença, ou por outro lado, a ausência, podem ter neste processo de tratamento.

Estas problemáticas podem ser percebidas de diversas perspetivas, contudo, e tomando uma visão sociológica, abordamos esta problemática à luz da Sociologia do Desvio, e como tal como um desvio à norma social. Por essa mesma razão além de frisar todo o processo de autoexclusão em que o dependente se emerge, abordamos também o processo de exclusão social a que estas populações são sujeitas por parte da sociedade após receberem o rótulo de “drogado” e “bêbado”.

O estudo particular desta dissertação foi realizado no *Centro de Solidariedade Social/Projecto Homem* na valência de *Reinserção Social*, contou com a participação de dez indivíduos residentes em permanência na instituição, cinco oriundos da problemática do álcool e outros cinco provenientes da problemática da droga. Deste estudo concluiu-se que o distanciamento da família em relação ao familiar e ao seu processo de tratamento pode, em certa parte, dificultar o processo de reinserção social do indivíduo.

Palavras-Chave: Toxicodependência, Alcoolismo, Reinserção Social, Família.

Abstract

The trend figures for an ever-increasing growth of individuals who ask for help to the treatment of dependencies linked to drugs (licit and illicit).

Drug addiction and alcoholism are very problematic, not only for those who use and abuse of their consumption, but also to those that surround these consumers, we are talking here particularly of their families, who live daily with them.

The available studies on this issue suggest that the support of the family will be able to intervene in the process of social reintegration of these populations, towards a better social integration, however the many painful years passed with these consumers often lead to an abandonment and lack of interest on the part of the family.

However, we believe that the close monitoring of family members during the treatment process can dictate the success or failure of treatment, or partly accelerates it or slow it down upon the presence or absence of family support. The aim of this research goes precisely for this discussion, realize that they have the support of dependent family when undergo a treatment, and what is the influence that the presence, or absence, on the other hand can have this treatment process.

These problematics can be seen from different perspectives, however, and taking as an sociological vision, we address this matter in the light of the Sociology of Deviance, and as such as a deviation to the social norm. For this same reason and beyond point out all the self-exclusion process in which the dependent emerge, we discussed also the social exclusion process that these populations are subject by society after receiving the label of “stoned” and “drunk”.

The particular study of this dissertation was performed at the institute of Social Reintegration of *Centro de Solidariedade Social/Projecto Homem*, with the participation of ten individuals permanent residents in the institution, five of them with alcohol problems and the other five with drug issues. This study concluded that the distance of the family in relation to the consumer in is treatment process may, in some ways, complicate the process of social rehabilitation.

Keywords: Drug Addiction, Alcoholism, Social Reintegration, Family.

Índice

Introdução	1
CAPÍTULO 1 Enquadramento Teórico	5
1.1. Dependências	6
1.1.1. Carreira do Toxicodependente.....	7
1.1.2. Alcoolismo	18
1.2. Sociologia do Desvio: Para uma Melhor Compreensão do Fenómeno da Toxicodependência .	25
1.3. A Reinserção Social do Toxicodependente – (Re)Aprender a Viver Sem Drogas	33
1.4. Rede Social Familiar – A Importância da Família na Integração Social do Indivíduo	40
CAPÍTULO 2 Problemática e Hipóteses de Estudo	51
CAPÍTULO 3 Metodologia	57
3.1. Recolha de Informação	58
3.2. Tratamento e Análise da Informação	67
CAPÍTULO 4 Apresentação e Análise dos Dados Recolhidos nas Entrevistas	73
4.1. Dados Sociodemográficos.....	74
4.2. Trajetória Institucional	76
4.3. Consumo Problemático de Álcool e de Droga	79
4.4. Entrada em Tratamento	87
4.5. Envolvimento da Família no Tratamento.....	91
4.6. Processo de recuperação	97
CAPÍTULO 5 Discussão dos Resultados	105
Conclusões	115
Anexos	127
Grelha Analítica.....	128
Guião da Entrevista	129
Categorização	132
Tabela 1 – Análise de Conteúdo (Dados Sociodemográficos)	137
Tabela 2 – Análise de Conteúdo (Trajetória Institucional)	141
Tabela 3 – Análise de Conteúdo (Problemática do Álcool)	144
Tabela 4 – Análise de Conteúdo (Problemática da Droga)	151
Tabela 5 – Análise de Conteúdo (Entrada na Instituição).....	158
Tabela 6 – Análise de Conteúdo (Envolvimento da Família)	165
Tabela 7 – Análise de Conteúdo (Processo de Recuperação)	175

Lista de Tabelas

Tabela 4.1 - Dados Sociodemográficos dos Entrevistados com PLA.....	74
Tabela 4.2 - Dados Sociodemográficos dos Entrevistados com PLD.....	75
Tabela 4.3 - Posição dos Entrevistados nas Fases.....	76
Tabela 4.4 - Duração das Diferentes Fases.....	77
Tabela 4.5 - Droga de Utilização dos Entrevistados com PLA.....	77
Tabela 4.6 - Droga de Utilização dos Entrevistados com PLD.....	78
Tabela 4.7 - Início do Consumo de Álcool.....	79
Tabela 4.8 - Percurso Após o Primeiro Consumo de Álcool.....	80
Tabela 4.9 - Início do Consumo de Droga.....	80
Tabela 4.10 - Percurso Após o Primeiro Consumo de Droga.....	81
Tabela 4.11 - Áreas da Vida Afetadas pelo Consumo de Álcool.....	83
Tabela 4.12 - Áreas da Vida Afetadas pelo Consumo de Droga.....	84
Tabela 4.13 - Relação da Família com os Consumos de Droga.....	85
Tabela 4.14 - Atitude Familiar Face aos Consumos de Droga.....	86
Tabela 4.15 - Recomendações (Exteriores) Face ao Consumo de Álcool.....	86
Tabela 4.16 - Atitude dos Consumidores de Álcool Perante as Recomendações.....	87
Tabela 4.17 - Motivações Para o Tratamento dos Inquiridos com PLA.....	89
Tabela 4.18 - Motivações Para o Tratamento dos Inquiridos com PLD.....	90
Tabela 4.19 - Apoio da Família no Decorrer do Tratamento aos Inquiridos com PLA.....	91
Tabela 4.20 - Apoio da Família no Decorrer do Tratamento aos Inquiridos com PLD.....	92
Tabela 4.21 - Visitas Recebidas Durante o Processo de Tratamento.....	93
Tabela 4.22 - Visitas aos Familiares Durante o Fim de Semana.....	95
Tabela 4.23 - Melhoria das Relações no Decorrer do Processo de Tratamento.....	96
Tabela 4.24 - Satisfação com as Relações Familiares dos Inquiridos com PLA.....	96
Tabela 4.25 - Satisfação com as Relações Familiares dos Inquiridos com PLD.....	97
Tabela 4.26 - Mudanças Decorrentes do Tratamento dos Inquiridos com PLA.....	98
Tabela 4.27 - Mudanças Decorrentes do Tratamento dos Inquiridos com PLD.....	98
Tabela 4.28 - Diferenças Entre o Antes e Depois do Tratamento nos Inquiridos com PLA.....	99
Tabela 4.29 - Diferenças Entre o Antes e Depois do Tratamento nos Inquiridos com PLD.....	100
Tabela 4.30 - Avaliação ao Tratamento dos Inquiridos com PLA.....	100
Tabela 4.31 - Avaliação ao Tratamento dos Inquiridos com PLD.....	101
Tabela 4.32 - Avaliação dos Outros ao Tratamento.....	101
Tabela 4.33 - Aspetos Importantes do Tratamento Ressaltados Pelos Inquiridos com PLA.....	102
Tabela 4.34 - Aspetos Importantes do Tratamento Ressaltados Pelos Inquiridos com PLD.....	102
Tabela 4.35 - Perspetivas Futuras a Curto Prazo.....	103
Tabela 4.36 - Perspetivas Futuras a Longo Prazo Enunciadas Pelos Inquiridos com PLA.....	104
Tabela 4.37 - Perspetivas Futuras a Longo Prazo Enunciadas Pelos Inquiridos com PLD.....	104
Tabela 5.1 - Unidades de Registo de Elevada Interferência no Processo de Reinserção Social dos Inquiridos.....	111

Lista de Siglas e Acrónimos

IDT	Instituto de Droga e Toxicodependência agora SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências)
OMS	Organização Mundial de Saúde
PH	Projecto Homem
PLA	Problemas Ligados ao Álcool
PLD	Problemas Ligados à Droga
RS	Reinserção Social

Introdução

Nos últimos anos tem-se assistido ao crescimento alarmante da disseminação de todo um reportório de drogas onde os usuários se servem delas a seu belo prazer concebendo conjugações impensáveis de forma a atingir os efeitos desejados.

Também o álcool, talvez pela maior tolerância social que lhe é dada – até porque se trata de um consumo socialmente aceite – tem apresentado nas últimas décadas um crescimento preocupante. Somos incontestavelmente um país vinícola e talvez também por isso o alcoolismo em Portugal está a tornar-se num grave problema nacional (Ilharco, 1960). A grande permissividade dada ao álcool está a fazer crescer os números, é cada vez maior o número de indivíduos que procuram ajuda para esta problemática, ou que são forçados a procurar, sendo também cada vez maior o número de mulheres em tratamento.

Em muitos casos quando se sujeitam ao tratamento os dependentes já estão em avançado estado de degradação física e psicológica, com graves problemas familiares e por isso sem qualquer amparo possível. Na realidade, os consumidores de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, não se apercebem das consequências que a droga vai tendo na sua vida, problemas de saúde, problemas familiares, problemas económicos, problemas de convivência, problemas laborais, entre muitos outros.

De entre as variadas áreas afetadas pelos consumos apresentadas no parágrafo anterior o meio familiar é um dos mais fustigados por esta realidade. É precisamente sobre esta área que recai a presente pesquisa. Interessa-nos por isso nesta dissertação estudar não só quem manteve um consumo com drogas ilícitas, mas também com lícitas. Perceber como se desenrola o percurso do consumidor de drogas (lícitas e ilícitas), as consequências que vão ficando no meio familiar, e o apoio que efetivamente têm desse meio quando decidem proceder a um tratamento.

O objetivo desta pesquisa incide então sobre perceber qual o papel da rede de suporte familiar em indivíduos com problemas ligados à droga e ao álcool durante o processo de tratamento, para isso foram inquiridos dez indivíduos residentes do Projecto Homem da fase da Reinserção Social.

Esta dissertação está estruturada em duas grandes partes, uma primeira parte de cariz teórico, onde se incluem o capítulo um referente ao enquadramento teórico do estudo e capítulo dois referente à problematização e formulação das hipóteses. Nestes capítulos são apresentados e descritos os principais conceitos que sustentam a investigação, o caminho percorrido pelos dependentes, a exclusão a que são sujeitos pela sociedade, o próprio processo de reinserção social a que são expostos e o papel e influência da família em todo esse processo. A segunda parte desta dissertação é de cariz empírico, aqui incluem-se o capítulo três onde são explicitados os procedimentos

adotados na recolha e tratamento da informação assim como a escolha da amostra a inquirir, e o capítulo quatro e cinco onde são apresentados e discutidos os resultados obtidos. A dissertação termina com as principais conclusões obtidas deste trabalho.

CAPÍTULO 1

Enquadramento Teórico

1.1. Dependências

Droga é tudo aquilo que é aspirado, inalado, fumado, ingerido ou injetado que provoca alterações psíquicas no sujeito e que vai levando a um progressivo desinteresse pelo meio que o rodeia, ligando-se cada vez mais à substância. O consumo desregrado de drogas – nas quais se incluem o álcool – está a originar um dos maiores problemas da humanidade, os quais as sociedades se mostram não estarem preparadas para combater. O problema deste consumo reside no abuso da sua utilização, – apesar de no caso das drogas ilícitas ser mesmo ilegal – prescritas ou não, lícitas e/ou ilícitas, que progressivamente vão causando danos em qualquer área da vida do indivíduo, na maioria das vezes sem este se aperceber (Michel, 2000). Este consumo está a disseminar-se por todo o mundo a um ritmo alucinante, progressivamente passou de um meio privado e restrito a alguns grupos específicos, que mais a frente abordarei, para toda a sociedade. A atual difusão do repertório de drogas, particularmente nos países ocidentais, faz da droga a “«epidemia» dos nossos dias” (Lorente & Heras, 1994, p. 13).

O desenvolvimento de uma sociedade rápida, “desumanizada, geradora de insegurança, agressividade e frustração”, o *stress*, a mudança drástica de valores, as crises sociais, a desintegração e falta de comunicação no seio familiar, a busca constante de prazer estão a levar ao recorrente consumo de drogas particularmente no meio juvenil (Rosa, Gomes, & Carvalho, 2000, p. 94; Lorente & Heras, 1994).

Este consumo desregulado é uma doença complexa que debilita o bem-estar físico e emocional do próprio consumidor e das pessoas que o rodeiam. Em relação a este aspeto, Michel (2000) alega que, no caso dos alcoólicos, por cada alcoólico ativo, existem no mínimo outras cinco pessoas que circundam esse consumidor que também elas são afetadas por esses consumos. Daqui advêm várias consequências, casamentos desfeitos, desemprego, carência económica, violência, prostituição, delinquência, doenças (Lorente & Heras, 1994). Na verdade o consumo de drogas desregula o indivíduo, destrói a sua relação familiar e a sua ligação ao meio social pelo estigma que acabam por ser alvo derivado das consequências visíveis apresentadas.

Esta é uma problemática complexa que necessita urgentemente de políticas eficazes para a combater. Assim como o pobre tem o direito à ajuda e existe um dever de ajudá-lo, também aqui existe um direito e um dever de ajuda (Simmel, 1977) este dever de agir orienta-se para a sociedade pois tratam-se de indivíduos que constituem a sua realidade social e que portanto devem ser socorridos por essa sociedade. É um problema de todos nós, não afeta só quem consome, e por isso não é apenas um “problema de carácter

médico”, afeta ainda todos os sistemas que rodeiam esse indivíduo e que constituem essa sociedade e por isso é um problema familiar, económico, cultural e social (Freitas, 2013, p. 6).

Freitas refere que “o consumo de drogas é um processo compulsivo para a obtenção do prazer, acompanhado de distúrbios fisiológicos, cognitivos e comportamentais, é um problema de família e da comunidade em geral” (Freitas, 2013, p. 7).

Nos capítulos seguintes serão apresentadas estas drogas e as respetivas repercussões meios assinalados.

1.1.1. Carreira do Toxicodependente

Assiste-se cada vez mais a um progressivo crescimento do individualismo, do isolamento e da instabilidade da família, que tem levado a um surgimento de doenças decorrentes de novos comportamentos sociais, é o caso particular da toxicodependência.

A toxicodependência é um problema cada vez mais atual que está a tomar proporções não antes imaginadas e esperadas. Esta enfermidade é encarada atualmente por três vias, como uma doença pelo facto de se desconhecer a sua origem e por esta não se apresentar consensual, em termos científicos não há uma comprovação científica e médica para esta problemática, e por se apresentar recidivante, quer isto dizer que o toxicodependente na verdade nunca ficará curado, padecerá sempre da doença e a qualquer momento poderá ter uma recaída; por outro lado pode ser vista como uma síndrome, onde se levantam um conjunto de sintomas que especificarei mais a frente, que definem aquele estado patológico; por último, como um desvio à norma social, onde o indivíduo é encarado como estando a praticar um comportamento desviante à norma, e por isso será sancionado pela própria lei.

Nesta investigação, e adotando uma visão sociológica, eu optarei pelo caminho da toxicodependência enquanto desvio à norma social, sem contudo deixar de descurar que efetivamente a toxicodependência é uma doença, mas, considerando a extrema importância que o rótulo social tem na vida e reinserção social do toxicodependente parece-me importante enaltecer as repercussões sociais que tal comportamento acarreta. Nos três casos uma característica converge, o toxicodependente passa a viver em função da substância.

A toxicodependência constitui efetivamente um dos mais graves problemas que a nossa sociedade enfrenta ressaltando daqui que os meios encontrados até agora para a combater estão longe de terem atingido a eficácia pretendida, é cada vez maior o número de toxicodependentes em Portugal. A droga aparece como um fenómeno da sociedade

moderna, uma das problemáticas mais características da nossa sociedade traumatizada (Rosa et al., 2000), e a este ver o toxicodependente é o “doente do nosso mundo” (Olievenstein cit. por Sanchez et al., 1982, p. 111).

Rosa e colaboradores referem que sempre houveram consumidores de droga desde o início da humanidade, “o modo e as razões de consumo é que têm variado (. . .) durante milhares de anos os consumos de substâncias fizeram parte dos hábitos das civilizações primitivas integrando-se de forma cultural e ritualizada ao serviço de práticas coletivas” (Rosa et al., 2000, p. 15), mais tarde foram o pessoal das artes (por os estados euforizantes e alucinogénios que as substâncias produziam, levando o artista a um outro mundo) e da saúde (devido ao fácil acesso às substâncias) que sofreram desta patologia, os primeiros toxicodependentes tratados no PH foram precisamente indivíduos provenientes deste meio (Projecto Homem, 2001). Contudo o que se verifica é que o que outrora era um problema das grandes elites passou a ser um problema de todos nós, servindo-nos das palavras de Vargas, o que se vem observando é que ao longo dos anos “de práticas sagradas, as drogas passaram a ser vistas hoje como uma epidemia social” (Vargas, 2011, p. 2). Outrora os consumidores destas substâncias souberam usa-las e manipula-las da forma mais “nobre” possível, através de práticas religiosas, artísticas, estéticas, entre outras. Só no meio das modernas sociedades ocidentais é que ela veio a transformar-se numa “substância que avassala completamente os consumidores, pondo em risco a sua própria vida” (Xiberras, 1997, p. 151).

A OMS já em 1964 apresentou uma definição para o conceito de toxicodependência ainda hoje reconhecido:

A dependência é um estado psíquico e por vezes igualmente físico, resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância, caracterizando-se por modificações do comportamento e outras reações que envolvem sempre uma compulsão a tomar o produto de maneira contínua e periódica, a fim de encontrar os seus efeitos e, por vezes, de evitar o mal-estar da privação; este estado pode ser acompanhado ou não de tolerância e um mesmo indivíduo pode ser dependente de vários produtos (cit. por Rosa et al., 2000, p. 27).

Numa outra perspetiva a OMS considera que a toxicodependência é “um estado de intoxicação periódica ou crónica, produzido pelo uso repetido de uma droga natural ou sintética, sendo o seu consumo lícito ou ilícito.” (1971, cit. por Rosa et al., 2000, p. 27).

Rosa e colaboradores referem que as drogas são “substâncias que se usam para experimentar novas sensações, modificar agradavelmente a mente, criar um estado de bem-estar físico passageiro e euforia com exaltação e inquietude” (Rosa et al., 2000, p. 27). Os autores referem ainda que “só há um lugar para o abuso ou dependência de

substâncias, quando se dá o contacto do organismo com uma dessas substâncias” (Rosa et al., 2000, p. 37), o conceito de dependência pressupõe então que haja um contacto da substância com o organismo.

Patrício (1997) considera que a dependência pode ser psicológica (que remete para a satisfação e o impulso do uso contínuo) e/ou física (que remete para a acomodação do corpo à substância). Na dependência física podem ressaltar-se dois aspetos importantes, a tolerância que remete para a necessidade de doses cada vez maiores de modo a obter os mesmos efeitos e a abstinência que resulta do aparecimento de sintomas psicológicos causados por um cessar repentino do consumo destas substâncias (Schuckit, 1998). Estas dependências manifestam-se quando o consumidor tem uma necessidade intensa de consumir uma substância que se for privado desta padecerá fortes perturbações físicas e/ou emocionais. Estas perturbações advêm do facto do consumidor estar dependente da substância levando-o a sensação de que não pode passar sem ela. Destas duas dependências nasce uma terceira, dependência económica, fruto da contínua compra do produto. Todas estas dependências usualmente fazem-se acompanhar pela decadência em relação aos valores morais (Agra, 1998).

“De facto, a droga afeta a vontade do indivíduo (...)” os efeitos que produz levam a que o sujeito deixe de projetar um futuro, apenas o presente imediato e curto interessa, deixam de haver valores ou ideais a que se cingir, cada vez mais o indivíduo se vai fechando sobre si próprio, abdicando das suas relações interpessoais e afetivas em detrimento da substância. Neste mundo que é o da toxicodependência tudo é muito imediato, o toxicodependente após ficar dependente passa a ter um único objeto, o do consumo, vai aumentando progressivamente a quantidade e a frequência das doses de modo a continuar a obter a satisfação pretendida, quando se dá a adequação do corpo à substância usualmente o consumidor experimenta associar outras drogas (Dias, 2002, p. 50; Caravana, 2007). O consumo de drogas traz para o toxicodependente uma falsa sensação de bem-estar passageiro e um turbilhão de sensações, passando pela euforia, exaltação, inquietude, levando o consumidor a uma outra realidade, produzindo um efeito anestésico e contribuindo para o desinteresse e desmotivação em relação à própria vida, origina uma gradual destruição das relações e uma desinserção da sociedade, a droga mostra-se em muitos casos como uma fuga da realidade do mundo. Segundo Xiberras, quando o toxicodependente procede ao consumo usual, ele procura essencialmente as propriedades euforizantes que o produto lhe pode fornecer, pois “o consumo de substâncias possibilita o acesso a um mundo completamente desconhecido” (Xiberras, 1997, p. 172).

Durante o consumo o toxicodependente frequentemente torna-se mentiroso e manipulador, imponderado, joga com os afetos com a finalidade de conseguir obter a substância, quando não consegue torna-se provocador e agressivo (Caravana, 2007; Lorente & Heras, 1994). Perder-se todo o princípio ético ou moral. “Tudo serve com o fim de conseguir a única coisa que interessa” (Lorente & Heras, 1994, p. 177), o consumo da substância. Quando já está dependente da substância e não a obtém o indivíduo começa a manifestar os primeiros sintomas característicos da abstinência, inquietação, irritabilidade, ansiedade, insónias, tremores, náuseas (Lorente & Heras, 1994). Desta forma, “o toxicodependente insere-se numa sociedade onde os laços e as relações afetivas se vão perdendo em função da valorização do químico e do consumo como valores da sociedade”, (Caravana, 2007, p. 55) gradualmente “torna-se num excluído, num não-cidadão” (Rebello, 2007, p. 15), frequentemente quando se fala de abuso de substâncias associam-se conceitos como rotura, desinserção, isolamento, conflito (Vicente, Pinto, & Rios, 2004).

Dupont (2005) argumenta que quando se fala de toxicodependência dois aspetos fundamentais sobressaem, a perda do controlo sobre os atos, porque na verdade a droga passa a comandar sobre a própria vontade do indivíduo, e a desonestidade, característica primordial desta população, tudo farão para obter a substância, ainda que para isso tenham de atingir familiares, amigos ou colegas de trabalho. A droga, e também o álcool, que mais a frente abordarei, produzem satisfação quando ingeridos, mas essa satisfação depressa se transforma em sofrimento e dor para o dependente e para aqueles que o rodeiam.

O termo droga evoluiu até ter atingido, na atualidade, uma conotação muito negativa, relacionada com a explosão do fenómeno da toxicodependência. Dupont (2005) refere que a toxicodependência enquanto problema que afeta o meio social apenas se começa a revelar nos últimos 30 anos no século XX por via das mudanças assoladoras que se operaram nos valores da sociedade, a chamada “crise de valores”. O mundo moderno levou ao incremento de diversas drogas e ao aumento da sua intensidade, assim como das vias de administração da droga que pode ser agora fumada, injetada ou inalada.

Atualmente, em Portugal, a toxicodependência aos olhos da sociedade é essencialmente considerada uma prática desviante e os produtos importados direta ou indiretamente de outros países são considerados estupefacientes e proibidos por lei.

No que concerne à proliferação do número de toxicodependentes o nosso país encontra-se numa escala semelhante à dos países ocidentais. Verifica-se uma igual tendência para a “utilização das chamadas “drogas duras”; descida da faixa etária dos

consumidores; generalização a todos os estratos socioeconómicos.” (Rosa et al., 2000, p. 23). Nos diversos estudos feitos, tem-se verificado ainda, por via da oferta no mercado, o uso de substâncias cada vez mais tóxicas, são cada vez mais os toxicodependentes a iniciarem o seu consumo com heroína e cocaína (Rosa et al., 2000).

“O problema global da dependência tem vindo a agravar-se a um nível alarmante”, são estas as palavras enunciadas no Relatório do Conselho Internacional de Controlo de Narcóticos das Nações Unidas de 1993, o mesmo relatório fala de uma «globalização» da problemática da toxicodependência e um agravamento violento da situação, é urgente a disseminação de políticas preventivas. O mesmo relatório finaliza felicitando Portugal e Espanha pelas leis implementadas nos respetivos países que reforçam as medidas preventivas relacionadas com o consumo de droga (Dupont, 2005, p. 119). Todavia, segundo dados do IDT, só em 2010, em Portugal, dos 193 óbitos ocorridos com informação acerca da causa de morte cerca de 27% foram considerados *overdose*, nestas mortes por *overdose* predominam os opiáceos (73% dos casos) e a cocaína (50%), e em menor grau a metadona (15%). Tal como em anos anteriores na maioria destes casos de *overdose* (87%) foram detetadas mais que uma substância. Nestes mesmos casos em junção com as substâncias ilícitas apresentadas foram ainda detetadas substâncias lícitas como o álcool (44%) e benzodiazepinas (35%) (I.D.T., 2011).

Observa-se nos últimos anos que a fidelidade do consumidor a uma única droga praticamente desapareceu, dando lugar à junção de diversos tipos de substâncias de modo a obter e gerir o melhor possível os efeitos pretendidos. É assim que se veem consumidores que consomem drogas ilícitas com lícitas como por exemplo heroína e o álcool ou mesmo diversas drogas ilícitas como a heroína e cannabis, a oferta é variada e facilmente se passa de um produto para outro. Vários são os autores que aludem a este fenómeno, falam de “polidependências” (Fréjaville, Davidson, & Choquet, s.d., p. 41), “policonsumo”(Peixoto, 2010, p. 136), politoxicodependências (Lorente & Heras, 1994). A cada vez maior acessibilidade aos diversos tipos de drogas permite substituí-las umas pelas outras e usa-las de forma concertada de modo atingir sempre os efeitos desejados.

Fréjaville e colaboradores apresentam um estudo realizado nos estabelecimentos sanitários de França entre 1 de Abril de 1971 e 31 de Dezembro de 1972 que efetivamente apontam para as conclusões aqui apresentadas. Dos inquiridos apenas 22,9% afirmam utilizar exclusivamente um produto, 38,9% afirmaram utilizar uma junção de dois ou três produtos, enquanto que os restantes 38,2% utilizam quatro ou mais produtos. Em relação à questão da junção de drogas lícitas com drogas ilícitas, os autores referem ainda que em média um indivíduo em cada seis associa álcool com drogas ilícitas. “As associações

constatadas são das mais variadas e fazem-se todas as combinações imagináveis”, os indivíduos gradualmente vão passando do uso de uma droga inicial para outras variadas drogas, de forma sucessiva e/ou simultânea, por forma a atingir os efeitos pretendidos (Fréjaville et al., s.d., p. 96). “Numa fase da vida em que o indivíduo se confronta com muitas dúvidas e num processo de procura de si mesmo, as drogas surgem como uma via mágica de descoberta e de enriquecimentos pessoais” (Dias, 2002, p. 47).

Xiberras (1997), baseando-se no Dr. Oughourian, apresentou três grandes grupos de toxicod dependência que me parecem pertinentes aqui referir, são eles ‘toxicod dependência de massa ou de povo’, que remete para uma toxicod dependência extensiva a todos os sujeitos sociais, como exemplo podemos servir-nos das drogas lícitas como é o caso do álcool e os estados de embriaguez que produz; segue-se a ‘toxicod dependência de grupo ou comunitária’, esta toxicod dependência como o próprio nome indica desenvolve-se em grupos reduzidos específicos com ligações a uma rede mais vasta, podemos servir-nos como drogas de exemplo o cannabis, que muitas vezes neste tipo de toxicod dependências é associado ao álcool; por último temos a ‘toxicod dependência solitária ou individual’ que remete para o toxicod dependente que consome socialmente isolado e excluído da sociedade onde se encontra, da família, dos amigos, ele é rejeitado pela própria sociedade e pelo próprio grupo onde antes se inseria. No mundo ocidental a toxicod dependência de massa é vista de forma normal por comportarem apenas o consumo de drogas lícitas, enquanto que as de grupo e solitária são vistas com desagrado e reprovação. É de referir que atualmente o Ocidente acolhe todas as formas sociais de toxicod dependência possíveis.

Xiberras refere que a toxicod dependência existiu, existe e há de continuar a existir, ela é como “uma nação dentro da própria nação, um mundo paralelo instalado no coração do planeta” (Xiberras, 1997, p. 182). Efetivamente o consumo de drogas tem sido constante ao longo da história, adquiriu variados significados para o indivíduo nos diversos contextos culturais e sociais, desempenhando funções a nível físico, psíquico e social. “Por definição “drogas” são substâncias que ao serem introduzidas no organismo modificam as sensações de humor e/ou da percepção”(Rosa et al., 2000, p. 37). Rosa e colaboradores (2000) referem que os utilizadores deste tipo de substâncias pretendem essencialmente obter um ou mais dos efeitos a seguir apresentados:

- Alívio da dor;
- Diminuição de uma sensação desagradável;
- Obter percepções do meio físico e social diferentes das habituais;
- Exploração interior de novas sensações e experiências;

- Atingir diversos graus de anestesia e euforia.

A grande questão que se põe é ‘o que estará na base das motivações dos primeiros consumos?’, as razões são variadas, em 1974 a OMS reconheceu um grupo de causas que predis põem os primeiros consumos, são eles:

- Satisfazer a curiosidade sobre os efeitos que a droga produz;
- Objetivo de pertencer a um grupo e ser aceite pelos seus elementos;
- Expressar independência;
- Experimentar novas experiências;
- Melhorar a “compreensão” ou “criatividade”;
- Favorecer uma sensação de criatividade e relaxamento;
- Fuga da realidade.

O estudo realizado nos estabelecimentos sanitários em França entre 1971 e 1972 demonstra também ele que na base das motivações declaradas para os primeiros consumos a curiosidade ocupa um lugar destacável, cerca de 60% dos inquiridos afirmou proceder ao primeiro consumo com base na curiosidade (Fréjaville et al., s.d.).

Morel e colaboradores referem três principais motivações que atualmente estão na base da utilização das drogas: o alívio de dores; de alguma forma uma proteção do mundo exterior; e para afastamento de ameaças que possam advir da relação com os pares. Nesta perspetiva o consumo de droga vai satisfazer diversas necessidades ligadas aos contactos sociais e emocionais (Morel, Hervé, & Fontaine, 1998).

Patrício (1997) refere também alguns motivos que podem estar na base dos consumos, alguns dos referidos são o facto de o toxicodependente ver o consumo de droga como uma forma de obter prazeres ou ainda como algo que permita, de alguma maneira, obter uma integração grupal, por outro lado o consumo de droga poderá ser visto como um antidepressivo. A propósito deste último motivo poder-se-á inferior o grau de depressão através da intensidade de consumo, ou seja, se o consumo se revelar intenso e repetitivo estaremos perante uma depressão profunda, isto porque os consumidores frequentemente descobrem efeitos antidepressivos na droga. (Caravana, 2007).

Olievenstein também argumenta no que toca às principais motivações que levam aos consumos, na sua perspetiva os consumos de drogas têm como finalidade a recusa de sofrimento e procura de prazeres, o autor alega que essencialmente “trata-se duma situação psico-afetiva provocada para encontrar, num estado desejado eufórico, satisfações que o indivíduo não encontra na vida de todos os dias” (Olievenstein, s.d., p. 13). No estudo realizado por Peixoto (2010) efetuado entre 2004 e 2009 os inquiridos

deram destaque à procura da obtenção de prazer, seguindo-se fatores como curiosidade e a experimentação de novas sensações.

Há que levar ainda em consideração os diversos fatores de risco que se traduzem em circunstâncias e características que levam um indivíduo a estar exposto a uma maior ou menor probabilidade de consumir drogas. Alguns deles são o apego reduzido face à família, baixa supervisão familiar, ou por outro lado, excessivo protecionismo, desadaptação social da família, uso de álcool e droga pelos familiares mais próximos, relações interpessoais com consumidores de droga, depressão, procura de sensações, não aceitação das normas, baixa autoestima, entre outros (Lorente & Heras, 1994; Projecto Homem, 2001). Efetivamente, Dupont (2005) e Lorente e Heras (1994) reforçam a ideia de que indivíduos que tenham pais ou familiares toxicod dependentes ou que vivam em ambientes propícios a algum tipo de consumo de drogas têm maior probabilidade de virem a sofrer da mesma patologia. Por outro lado há um conjunto de fatores de proteção que à partida distanciam o indivíduo dos consumos, como exemplos temos a autoestima alta, relações afetivas próximas com os familiares, ausência de abuso de drogas e álcool pelos familiares, alto nível de aspirações, relações interpessoais não conflituosas, sociabilidade alta, entre outros (Macfarlane, Macfalarne, & Robson, 1996; Projecto Homem, 2001). Sobre este aspeto, vários autores alegam que um bom desenvolvimento humano será aquele que assenta num equilíbrio saudável entre os fatores de risco e os fatores de proteção (Moreira, 2001; Relvas, Lomba, & Mendes, 2006).

Rosa e cooperantes (2000) fazem referência a três “fatores de risco no binómio personalidade e toxicod dependência”: fatores sociodemográficos, fatores familiares e fatores sociais (Rosa et al., 2000, p. 82).

Nos primeiros encontram-se incluídas variáveis tais como a idade, o sexo, o local de residência, a origem social, a situação escolar/profissional e a influência dos pares; nos segundos incluem-se fatores tais como o uso deste tipo de substâncias pela família, da atitude destes familiares face ao consumo de drogas por um membro da família e toda a relação familiar; nos terceiros incluem-se a estrutura da personalidade do consumidor, experiências, expectativas e atitudes. Finalizando esta questão, é de referir, assim como o refere Relvas e colaboradores (2006), e também como o revela Rosa e cooperantes (2000) o consumo de drogas não se deve apenas e só a presença de fatores de risco, mas resulta da combinação de vários outros fatores tais como pessoais, sociodemográficos, familiares, sociais e outros.

O estudo apresentado por Fréjaville e colaboradores, realizado nos estabelecimentos sanitários de França entre 1971 e 1972 elucida bem para a importância

da questão dos fatores de risco. Na sua amostra de toxicodependentes, eles constataram uma grande frequência de famílias dissolvidas, comprova-se por isso que existência de um ambiente familiar saudável é preventivo de futuras associações ao consumo de drogas. Os autores referem que o divórcio, a separação ou ausência dos pais se apresentam como fatores de risco, efetivamente “a dissociação do lar familiar aparece como um fator que agrava a desinserção do jovem” (Fréjaville et al., s.d., p. 89). O Projeto Homem (2001) também alude a esta questão partilhando da mesma opinião, a maioria dos casos que se encontram em tratamento na instituição são famílias disfuncionais, em muitos casos a “dependência da droga não é só uma manifestação de uma perturbação adolescente da personalidade mas é também sintomática de um problema familiar mais vasto” (Rosenberg, 1971, cit. por Fleming, 1996, p. 66), e por essa razão não só deve tratar o dependente mas também a família para que efetivamente haja uma integração plena do indivíduo, porque a família revela-se imprescindível, não só na prevenção, mas também, na reinserção.

De uma forma geral, e apoiando-nos nas palavras de Rosa e colaboradores poderemos dizer que os toxicodependentes

são indivíduos mal organizados afetivamente, sem sonhos felizes, sem paixões, sem ideias realistas, sem originalidade. Trata-se de personalidades bastante influenciáveis, insatisfeitas com o mundo e com elas próprias, sem identidade real, medo do isolamento por via de angústia interior, deficit de autoconfiança (...). (Rosa et al., 2000, p. 86).

Caravana vai de encontro às afirmações de Rosa e colaboradores (2000) ao referir que “os comportamentos do toxicodependente são manifestações exteriores de conflito com ele próprio e com os outros, em que as drogas representam o compromisso possível de estar na vida” (Caravana, 2007, p. 49).

Atualmente, a maioria dos contactos que os indivíduos têm com a droga fazem-se na adolescência, e Sanchez e colaboradores referem bem esse aspeto quando afirmam que a toxicodpendência “é predominantemente um fenómeno da juventude (. . .) os dados disponíveis em todos os países indicam que a maioria dos viciados encontram-se entre os 14 e os 25 anos de idade” (Sanchez et al., 1982, pp. 53-54). As drogas lícitas e ilícitas mais escolhidas por esta faixa etária são o álcool, cannabis, ecstasy, cocaína e o L.S.D (M. Silva, 2011). Fréjaville e colaboradores (s.d.) traçam também um perfil dos toxicodependentes, sendo que referem encontrarem-se com idades compreendidas entre os 20 e 30 anos, acrescentando-lhe a característica primordial do emagrecimento excessivo. No seu estudo realizado nos estabelecimentos sanitários de França ressalta-se

a predominância de toxicodependentes em idade jovem, 80% da amostra é constituída por franceses com menos de 25 anos de idade. Dupont (2005) também salienta esta questão, no seu ponto de vista, enquanto especialista na prevenção e tratamento do abuso de drogas, o consumo de drogas e álcool culmina entre os 15 e os 30 anos. Estes são os designados “novos consumidores”, jovens, dependentes física e psicologicamente de várias drogas que consomem de forma sucessiva e simultânea por forma a obterem os efeitos desejados, procuram na droga soluções para problemas, mas na verdade, estas soluções de curto prazo a longo prazo revelar-se-ão problemas (Colle, 2001). Colle (2001) faz uma distinção entre estes novos consumidores e os que os antecederam, estes últimos começavam a tomar drogas mais tarde, quando já estavam integrados socialmente e tinham uma vida estabelecida, sendo que a maioria destes controlava a sua dependência pelo uso de uma única droga, “com raras exceções, todos se forneciam e consumiam longe da delinquência e da exclusão”, porque na verdade controlavam os seus consumos e conseguiam mante-los em segredo, falamos de pessoas como médicos, artistas, militares (Colle, 2001, p. 38). Atualmente, são poucos os consumidores que abusam apenas de uma substância.

No meio juvenil o consumo de drogas frequentemente encontra as suas razões de consumo nos fatores curiosidade, procura de novas experiências, busca de prazer e integração grupal. Por outro lado poder-se-á dever também ao simples prazer do desafiar das normas sociais estabelecidas, e ainda pelo desejo de experimentar vivências arriscadas e emocionantes (Caravana, 2007; Rosa et al., 2000). Já Sanchez e colaboradores alegam que frequentemente estes jovens fazem um uso indevido das drogas como forma de “resolverem” os seus problemas, estamos a falar em muitos casos de um historial de “privações emocionais e perturbações familiares” (Sanchez et al., 1982, p. 127), onde o consumo de drogas (lícitas e ilícitas) é de uso recorrente, na perspetiva destes autores a falta de afeto conduz muito frequentemente o jovem à toxicodependência, tal afirmação é comprovada pelo seguinte excerto:

Neste ponto das nossas considerações, podemos afirmar, sem hesitação e com a aprovação de todos aqueles que tratam seriamente do assunto, que a desagregação familiar é a fonte, por excelência, e sem dúvida a mais comum da psicopatologia que impulsiona o adolescente e os jovens para a toxicomania. Nela, eles procuram o esquecimento, uma compensação, uma saída desesperada. (Sanchez et al., 1982, p. 131).

Após esta breve exposição fica claro que são vários os autores que afirmam haver uma correlação entre a toxicodependência e as variáveis familiares, são muitos os estudos que referem existir um elevado número de situações de crises e ruturas familiares em

indivíduos toxicodependentes, “afirma-se mesmo que são os fatores familiares os que desempenham o papel primordial na génese e desenvolvimento da toxicodependência” (Fleming, 1996, p. 53). Olievenstein (s.d.) também alude a esta questão, mencionando que em famílias com membros toxicodependentes as carências afetivas são comuns. Fleming afirma que “muitas destas famílias são desarmoniosas (. . .) criam um vácuo e um isolamento emocional, não havendo suporte afetivo entre os seus membros (. . .). A coesão é fraca, sendo os membros pouco valorizados e pouco reconhecidos” (Fleming, 1996, p. 58). O que se constata nestes casos na maioria das vezes são falhas comunicacionais e afetivas na família entre os seus membros que acabam por conduzir certos indivíduos, particularmente os jovens, ao mundo dos consumos como forma de escape.

Xiberras (1997) refere que a toxicodependência no meio juvenil apresenta-se como uma prática de resistência ou de revolta que cada vez mais se vai alastrando no meio juvenil ocidental. Para finalizar, à pergunta ‘o que estará na base dos consumos?’. Seguindo as ideias apresentadas por Rosa e colaboradores e outros autores aqui apresentados, sem dúvida que as razões “hedonistas e escapistas” (Fleming, 1996) ocupam o primeiro lugar, onde o fator ‘prazer’ se sobressai. Na realidade, a toxicodependência está a tornar-se uma preocupante ameaça para o meio juvenil (Colle, 2001), é urgente que se disseminem políticas de prevenção e quiçá sanção para esta população por forma a travar esta tendência.

Convém referir que vários autores afirmam haver dois tipos de consumidores, um primeiro grupo que engloba indivíduos que consomem droga ocasionalmente e/ou de forma recreativa, e um segundo grupo onde os indivíduos consomem de forma dependente e problemática (Fernandes, 1998). Também Fréjaville e colaboradores (s.d.) fazem esta distinção, sendo que falam de toxicómanos “experimentadores” passageiros e toxicómanos crónicos ou dependentes. Vargas (2011) também faz esta diferenciação, sendo que divide estes dois grupos entre usuários e toxicómanos ou dependentes. O usuário, como lhes chama Vargas, consome a droga ocasionalmente ou até mesmo com alguma frequência. A diferença em relação ao consumidor dependente é que a droga “nunca se transforma na razão máxima da sua vida”, já o toxicómano é dependente da substância física e psicologicamente sendo que o consumo de droga passa a ser o único objetivo do dependente, os laços familiares, afetivos ou profissionais deixam de ter qualquer importância (Vargas, 2011, p. 5).

No caso dos novos consumidores, particularmente dos jovens nós acreditamos que a maioria começa a consumir de forma recreativa e ocasional, são exemplo os jovens

universitários quando saem à noite, o consumo de drogas surge neste caso maioritariamente como meio para atingir estados de euforia que lhes permitam atingir a diversão pretendida, sendo que mais tarde, em muitos casos, começa a haver uma dependência em relação a estas drogas, passando-se de um consumo recreativo e ocasional a um consumo problemático. Nestes casos o consumo começa em grupo e de forma recreativa e gradualmente o consumidor vai deixando de consumir em grupos para passar a consumir de forma problemática e sozinho. Michel alude a esta questão quando refere que “o consumidor ocasional (. . .) pode degenerar em inveterado (. . .) a transição ocorre quando a interação entre os efeitos do tóxico e o tipo de personalidade causam uma perda de controlo sobre o uso do mesmo” (Michel, 2000, p. 133). É cada vez maior o número de consumidores solitários. Numa outra perspetiva, Michel (2000) e Peixoto (2010) apresenta três categorias sucessivas e diferentes do uso de drogas, aquelas que se ficam pela experimentação de drogas, ou que as usam de forma ocasional, é o caso dos jovens universitários que acabei de apresentar; aqueles que habitualmente usam drogas, os designados consumidores regulares, consideramos ser o caso dos indivíduos que bebem álcool de forma não-problemática, ou os usuários de drogas prescritas; por último, aqueles que abusam de drogas de forma problemática, são o caso particular aqueles que consomem abusivamente quer de drogas lícitas, quer de ilícitas, estes consumos problemáticos criam situações graves que afetam a vivência do consumidor e daqueles que o rodeiam.

O fenómeno da droga é um fenómeno social total (M. Silva, 2011) e multifatorial (Dias, 2002) e por isso na sua análise devem ter-se em conta fatores como as condições de vida das pessoas (fatores individuais e familiares) e as formas de organização da sociedade (fatores sociais).

Após esta exposição aqui feita, deixarei um conselho no ar, para aqueles que por as mais diversas e variadas razões se sentirem tentados a experimentar este tipo de substância: “a droga pode ser comparada a um caminho de duas vias, em que se conhece o caminho de ida, mas não o de volta” (Moreira, 2001, p. 13).

1.1.2. Alcoolismo

Os diversos elementos arqueológicos e bibliográficos levam-nos a pensar que a utilização de bebidas alcoólicas pelo homem e a descoberta dos seus consequentes efeitos no organismo são anteriores à era Cristã. O fenómeno do alcoolismo crónico foi durante séculos ignorado. De entre as variadas perturbações que o álcool pode causar só a embriaguez era referida (Mello, Barrias, & Breda, 2001).

O conceito de alcoolismo como doença, e não apenas como vício – como foi aliás inicialmente encarado quando começaram a aparecer as primeiras manifestações de alcoolismo – tem consideráveis desenvolvimentos apenas na segunda metade do século XIX (Mello et al., 2001). É em 1958 que o alcoolismo se define como doença, estando associada diretamente ao consumo excessivo de álcool (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

O alcoolismo é então uma doença crónica, progressiva, mas contudo tratável. Esta enfermidade caracteriza-se pelo consumo contínuo e excessivo de álcool, pela via oral, que espelha diversos problemas de vivência em diversas áreas, sejam social, familiar, legal, emocional, financeira e física (Michel, 2000). O alcoolismo caracteriza-se então por um consumo excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas, o que acaba por levar a um estado de dependência em relação ao álcool, que se acabará por revelar responsável por diversas doenças físicas, psíquicas e sociais do indivíduo (Mello et al., 2001). Portugal é um dos países onde se assiste a um dos maiores consumos de bebidas alcoólicas e da predominância de PLA (Mello et al., 2001).

A OMS considera o alcoolismo uma doença e o alcoólico um doente, por esta perspectiva o “alcoolismo (. . .) constitui (. . .) a totalidade dos problemas motivados pelo álcool, no indivíduo, estendendo-se em vários planos e causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social, com as suas repercussões económicas, legais e morais”, os alcoólicos são “bebedores excessivos, cuja dependência em relação ao álcool se acompanha de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico” (Mello et al., 2001). As perturbações mentais manifestam-se pelas alterações do comportamento e pela desestabilização do sistema nervoso; a agressão à saúde física manifesta-se pelos efeitos que o álcool exerce sobre os tecidos, órgãos e aparelhos levando a alterações graves no funcionamento do corpo humano. Da relação com os outros salienta-se o alcoolismo como “doença social” (Fainzang, 2007; Filho & André, 2002), impedindo que os bebedores em excesso se relacionem e realizem junto daqueles que amam, minando as relações entre o alcoólico a sua família e os seus amigos (Filho & André, 2002). Filho e André (2002) acrescem a estes problemas um outro, a agressão a vida espiritual, responsável por distúrbios de carácter e comportamento onde se incluem a desonestidade, mentira e deterioração dos valores éticos.

O alcoolismo é então caracterizado pela “ingestão repetitiva de bebida alcoólica, num grau que agride o bebedor na sua saúde, e também nos aspetos social e económico, acompanhada por uma consistente incapacidade de controlar o uso no que se refere à quantidade e ocasião” (Filho & André, 2002, p. 18).

Estas duas definições espelham já os problemas que inevitavelmente emergem na vida de um alcoólico, consequências que advêm do consumo de bebidas alcoólicas em excesso, problemas individuais, mas que contudo, atingem também a família e a sociedade em geral.

As primeiras manifestações da dependência expressam-se através de perturbações de comportamento e da conduta e perturbações afetivas. Na família o consumo de álcool em excesso acaba por levar à desintegração e deterioração da vida familiar e matrimonial e à prevalência de perturbações relacionais, para além das diversas dificuldades e carências materiais que usualmente se fazem acompanhar pelo conseqüente desemprego (Lorente & Heras, 1994; Mello et al., 2001). Se o alcoólico está inserido numa família todos os membros se vão afetar mutuamente e por essa razão “o álcool destrói a família. A vida quotidiana com um alcoólico é penosa e até pode tornar-se dramática” (Harrichaux & Humbert, 1978, p. 78). Em relação aos problemas ligados à sociedade em geral, Mello e colaboradores (2001) ressaltam os delitos, crimes sexuais e homicídios provocados pela alteração do comportamento que o álcool incita. “A ingestão imoderada pode alterar o comportamento humano e transformar o homem num potencial agressor, para si, para a família e para a sociedade” (Mello et al., 2001, p. 78) o homem quando embriagado facilmente e habitualmente se torna “irritável, impulsivo, violento e sem inibições” (Ilharco, 1960, p.18). Alude-se aqui que a maioria dos atos violentos exercidos sobre mulheres, crianças e idosos ocorrem durante os períodos de intoxicação mais graves (Ilharco, 1960; Lorente & Heras, 1994; Macfarlane et al., 1996) “o estado alcoólico é com frequência associado a um estado agressivo, violento” (Fainzang, 2007, p. 53).

Fréjaville e colaboradores (s.d.) e Ilharco (1960) referem que o alcoolismo é um dos principais causadores de acidentes no trabalho e acidentes na estrada e da “dissolução da forma irredutível da sociedade ocidental, a família nuclear” (Fréjaville et al., s.d., p. 55), fala-se portanto aqui, neste último aspeto, dos efeitos nefastos do álcool para a família, levando efetivamente à sua desintegração, os autores referem também que o alcoolismo é ainda a causa de alguns suicídios e homicídios. Em suma, o alcoolismo frequentemente provoca problemas na “vida pessoal, familiar, social e financeira do indivíduo, na sua saúde física ou emocional, ou no seu trabalho”(Michel, 2000, p. 122).

A par da toxicodependência, atualmente, também o alcoolismo se manifesta, na maioria das vezes, em pessoas entre os 20 e 30 anos, sendo que a generalidade dos consumos começam entre os 15 e os 18 anos (Carvalho, 1983; Filho & André, 2002; Michel, 2000). Observa-se uma cada vez maior aderência a esta droga no meio juvenil, ela é aliás a segunda droga mais utilizada pelos jovens, e de entre as variadas drogas

(legais e ilegais) ela ocupa ainda o segundo lugar em termos de mortalidade e de doença (Macfarlane et al., 1996). De entre as principais razões que estão na base do consumo excessivo de álcool destaca-se o consumo de álcool como agente de esquecimento, como meio de descontração, outros consumidores, por outro lado, servem-se do álcool como meio de desinibição (Michel, 2000). Na realidade o álcool, de entre o variado repertório de drogas, é a substância mais antiga no que toca ao seu uso para provocar alterações na perceção humana (Neves & Segatto, 2009).

Conjetura-se que a par de fatores tais como cognitivos, comportamentais, temperamentais, psicológicos, socioculturais e ambientais também a genética e os fatores biológicos intervêm na dependência alcoólica, efetivamente observa-se que são os fatores familiares que mais intervenham na dependência alcoólica. O consumo excessivo de álcool frequentemente encontra ligação no seio de um mesmo meio familiar, passando de pais para filhos, “é comum a aglomeração de indivíduos afetados [pelo álcool] numa mesma família” (Filho & André, 2002, p. 18). Quer isto dizer que filhos de pais alcoólicos têm maior probabilidade de se tornarem alcoólicos comparativamente aos filhos de não alcoólicos. Quer pela hereditariedade, quer pela influência do exemplo estes indivíduos têm maior tendência a tornarem-se bebedores excessivos, “para além do prejuízo, da ruína, que a si próprio inflige, o alcoólico provoca a ruína, a decadência, a inferioridade dos descendentes” (Ilharco, 1960, p. 25).

Carvalho (1983) atenta para a importância que os familiares assumem no consumo de álcool, o autor alega que fatores tais como o uso de álcool pelos familiares, existência de ansiedade no seio familiar a par de outros se revelam propícios para que o indivíduo seja exposto a uma maior probabilidade do consumo abusivo de álcool, nesta perspetiva “a iniciação e o desenvolvimento de padrões de uso de álcool (. . .) seriam, assim, um reflexo das normas e comportamentos da geração adulta” (Carvalho, 1983, p. 22). O autor constatou a veracidade das suas afirmações no seu estudo que realizou na população estudantil da zona do Porto, verificou precisamente a existência de uma influência dos pais no consumo de álcool dos filhos, nesta perspetiva o uso de álcool pelos pais determinaria o consumo de álcool dos filhos, particularmente na adolescência.

Alerto aqui, contudo, para a datação do estudo indicado, ano de 1983, passaram-se por isso desde então sensivelmente três décadas, o que me leva a questionar se efetivamente a família continuará a determinar o consumo dos seus filhos. Atualmente a maioria dos consumos de álcool ocorrem fora de casa, junto dos seus pares, falamos aqui, tal como no caso do uso das primeiras drogas, das saídas à noite, propícias aos primeiros experimentos do álcool e primeiros momentos de embriaguez que produz, acerca deste

aspeto Peixoto (2010) menciona que de uma forma cada vez mais crescente o grupo de amigos e as festas são os locais por excelência para dar início ao consumo de álcool.

Acerca ainda do assunto tratado nos dois parágrafos anteriores, Peixoto (2010), num estudo mais recente datado do ano de 2010, realizado durante os anos de 2004 a 2009, alerta para a mesma questão, aludindo para a existência de certos fatores causais no seio familiar que estreitam a relação da criança/jovem com o consumo de bebidas alcoólicas.

O álcool, pelo estado de embriaguez que produz, provoca no indivíduo diversas anomalias psicológicas e físicas, variados graus de alegria com agitação onde o consumidor se torna exageradamente falador com dificuldades em pronunciar as palavras, descoordenação de movimentos e do andar, irritabilidade, vertigens, agressividade, em alguns casos mais graves, sono pesado ou por outro perturbação do sono, podendo chegar meso ao estado de coma, e estes são os efeitos diretos. Numa fase mais tardia manifestam-se os efeitos indiretos, destacam-se aqui o esgotamento e a confusão mental, não esquecendo ainda que o consumo excessivo e prolongado de álcool favorece certas doenças como a tuberculose, determinados cancros, gastrites agudas ou crónicas, particularmente sobre o fígado, como a cirrose (Fréjaville et al., s.d.; Ilharco, 1960 Lorente & Heras, 1994; Peixoto, 2010). Schuckit (1998) menciona que os alcoólicos morrem cerca de 15 anos antes do que a idade média da população em geral, sendo que na maioria dos casos as causas de morte são ataque cardíaco, cancro, acidentes e suicídio. Em Portugal o consumo excessivo de álcool é a quarta causa de morte em consequência das doenças apresentadas (Peixoto, 2010).

Olievenstein (s.d.) apresenta três características que se manifestam num sujeito dependente de drogas, são elas, um desejo inabalável de consumir a substância e a conseqüente necessidade de a obter por qualquer meio, uma propensão para aumentar as doses e, conseqüentemente, fruto das duas características anteriores, uma dependência física e psicológica em relação à substância e aos efeitos que ela produz. O álcool também ele pode ser uma droga, quando o indivíduo por diversas razões já não se consegue resistir-lhe é porque já está sob a dependência do produto (Fréjaville et al., s.d.).

Mello e colaboradores (2001) referem que são os fatores individuais e do meio envolvente que condicionam o consumo excessivo de álcool, acabando em condição de dependência ao fim de algum tempo, geralmente prolongado. De salientar que estes dois fatores são variáveis de pessoa para pessoa, sendo que outras condições podem influenciar como a altura do indivíduo, a idade, o peso e à toma da bebida a recente ingestão ou não de alimentos. A estes dois fatores Macfarlane e colaboradores (1996) acrescentam a

farmacologia da droga construindo assim uma trilogia de três características que levam um consumidor social a consumidor compulsivo.

Usualmente o consumo de álcool faz-se quase que inconscientemente, porque beber é socialmente aceitável, ao contrário do consumo de droga que é recriminado por lei, e por isso as “bebedeiras” de álcool vão-se fazendo mês após mês, semana após semana, cada vez mais frequentemente, até que começam a aparecer as primeiras perturbações graves que afetam o indivíduo e a sua relação com o seu meio social envolvente (Fréjaville et al., s.d.). Quando são alertados pelos outros que os rodeiam e que com eles convivem diariamente para a questão do consumo de álcool em excesso nunca acham que a dependência é efetivamente uma doença que precisa de tratamento nem tão pouco um problema, aos seus olhos na maioria das vezes o problema é aliás daqueles que lhes apontam o dedo, como se de um exagero se tratasse.

Dupont (2005) afirma que o álcool apresenta sinais contraditórios, apesar de ser a única droga de consumo legal é a que mais danos causa. O álcool é a droga mais consumida no mundo pelo facto de beneficiar de uma maior tolerância social, a maioria das pessoas, mas cedo ou mais tarde acabam por ter contacto com o álcool, e por isso o álcool “é relativamente seguro, em comparação com a maioria das drogas ilegais, mas o seu consumo generalizado e a sua relativa aceitação social produzem elevados custos clínicos e sociais” (Dupont, 2005, p. 179), Olievenstein (s.d.) também vai de encontro aos enunciados aqui apresentados ao afirmar que o álcool “mata e enlouquece” mais indivíduos do que qualquer outra droga ilícita. Em suma, e usando as palavras de Dupont, o álcool “(...) é simultaneamente o mais seguro e mais nefasto intoxicante” (Dupont, 2005, p. 179).

José Pais e Manuel Cabral no se estudo realizado junto da população juvenil portuguesa no ano de 2000 constatarem precisamente o facto apresentado no paragrafo anterior, há uma maior aceitação do álcool. Os resultados dos inquéritos efetuados mostraram uma aceitação do álcool bem acima dos 50% em ambos os sexos. Já no que diz respeito ao consumo de drogas a sua aceitação está longe de ser consensual até porque o seu consumo é muito menos generalizado em relação ao do álcool (Ferreira, 2003).

Efetivamente, em Portugal, e tal como já referi anteriormente, as drogas ilícitas são consideradas substâncias ilegais e portanto o seu consumo constitui uma contraordenação, por outro lado, o álcool é uma substância legal e portanto o seu consumo é livre, a partir dos 18 anos. Apesar de tudo, e tal como já referiram Dupont (2005) e Olievenstein (s.d.) a maior permissividade que é dada ao álcool não indica necessariamente que este é menos nefasto, pelo contrário, em Portugal, a elevada

permissividade dada ao consumo excessivo desta substância só faz crescer os números, Peixoto (2010) mencionada que a nível nacional existem cerca de um milhão de pessoas dependentes de álcool e cem mil dependentes de drogas. Perante esta constatação, levantam-se várias questões, deverá o álcool continuar a beneficiar desta tolerância social; deverá continuar a ser considerada uma droga lícita tendo nós à nossa frente estes números; deverá o seu consumo, tal como a sua venda continuar livre? Perante a enormidade de dados apresentados a nosso ver parece-nos urgente que estas questões sejam discutidas e ponderadas.

Geralmente, contrariamente ao consumo de drogas, no consumo de álcool há uma dificuldade em perceber quando é que efetivamente o indivíduo está já a consumir de forma problemática. Porque mais uma vez, beber álcool é socialmente aceitável, segundo Michel (2000) cerca de 90% da população adulta bebe de forma controlada e aceitável, por isso o autor enuncia um conjunto de sintomas, que a manifestarem-se no indivíduo com alguma regularidade, quererá indicar que o indivíduo tem um problema de alcoolismo, alguns desses sintomas são:

- Problemas familiares e sociais provocados pelo consumo excessivo de bebidas alcoólicas;
- Problemas financeiros ou no trabalho, relacionados com o consumo excessivo de bebidas alcoólicas;
- Começar o dia com o consumo de bebidas alcoólicas;
- Atitudes violentas para com outras pessoas depois do consumo de bebidas alcoólicas;
- A necessidade de consumir uma quantidade cada vez maior de álcool por fim a atingir os efeitos desejados.

“Se alguns destes episódios se torna recorrente é provável que se tenha um problema de alcoolismo.” (Michel, 2000).

Tal como no caso da toxicodependência, a família assume crucial importância no processo de reinserção dos alcoólicos, sempre que possível solicita-se a presença de familiares, porque efetivamente “o familiar ocupa papel de relevo, tanto por pessoa envolvida na doença do paciente, nas suas perdas e sofrimentos, como por ser um dos “recursos” mais importantes com que poderemos contar para a reabilitação do enfermo” (Michel, 2000, p. 329).

Michel (2000) refere que o número de consumidores de álcool aumentou exponencialmente entre os anos 70 e 90, sendo que em muitos países duplicou. Sucede que

com o aumento destes consumos aumentou também o número de PLA. A OMS revelou em 1993 dados que apresentavam uma dependência de álcool que abrangia entre 10 a 12% da população mundial, referindo ainda que 15 a 20% usavam álcool de forma excessiva (Neves & Segatto, 2009). Michel (2000), num panorama mais atual, refere que de 1 a 10% da população é dependente de forma problemática de álcool. Desta incapacidade de controlar a ingestão de bebidas alcoólicas surgem outros problemas e doenças em muitos casos criam lesões irreversíveis, dependendo do tipo de consumo e da intensidade do uso, que progressivamente vão incapacitando o indivíduo de prosseguir com a sua vida normal (Sanchez et al., 1982).

Para finalizar, é de referir que o consumo de álcool está muitas e variadas vezes associado ao consumo de outras drogas ilícitas, Dupont (2005) chama-lhe abuso múltiplo de drogas. Efetivamente quando se observa o consumo de drogas geralmente há também um consumo de álcool. Nos raros casos em que apenas há consumo de drogas sucedem muitas vezes recaídas já não pelas drogas, mas pelo álcool.

1.2. Sociologia do Desvio: Para uma Melhor Compreensão do Fenómeno da Toxicodependência

O desenvolvimento de uma Sociologia do desvio a partir dos anos 20 deu início a uma série de investigações orientadas para os comportamentos desviantes o que veio permitir uma melhor compreensão do fenómeno do consumo de drogas. A toxicodependência foi desde logo, a partir daqui, abordada como uma subcultura desviante onde são preconizadas normas e valores diferentes dos da cultura dominante, são assim “formas existenciais e subsistemas de normas em tensão com os sistemas dominantes” (Fernandes, 1998, p. 40).

À luz desta sociologia o desvio é uma “forma de comportamento que transgride as normas aceites e definidas por um grupo, ou por uma instituição, numa dada sociedade” e que geralmente isola o indivíduo da sociedade (Xiberras, 1993, p. 115) falamos então de desvio e como tal de desviantes quando nos referimos a comportamentos praticados por indivíduos ou grupos que violam as normas de uma sociedade (Demartis, 2002), neste caso particular referimo-nos a bebedores excessivos de álcool e consumidores de substâncias ilícitas.

Peter Mann dizia e bem que “a Sociologia diz respeito às condições e consequências da interação e inter-relações sociais” (Mann, 1973, p. 9), o nosso propósito neste capítulo orienta-se precisamente para este objetivo, pretendemos compreender os estereótipos e estigmas negativos que emergem da sociedade e que influenciam o comportamento e o

percurso dos ditos desviantes. Revela-se importante neste campo, no nosso ponto de vista, a teoria de Becker e Goffman que explanam, e bem, os efeitos dos ‘rótulos’ e estigmas, que acabam inevitavelmente por submergir o dependente no mundo desviante.

Alude-se, neste campo, à teoria de Becker, uma das mais influentes na Sociologia do desvio. Becker começou por referir que todos os grupos sociais fazem regras e em certos momentos tentam impô-las. Estas regras sociais traduzem-se em situações e tipos de comportamentos apropriados, “especificando algumas ações como “certas” e proibindo outras como “erradas.”” (Becker, 1973, p. 1). Quando essas regras não são cumpridas por os indivíduos eles são encarados a partir daí como *outsiders*. O autor refere ainda que a pessoa rotulada pode não aceitar as regras e não considerar aqueles que a estão a julgar como autorizados a isso, tal situação desenvolve um segundo significado na interação, aqueles que infringiram a regra podem considerar que aqueles que os julgam são, eles, os *outsiders*. Caso particular disso são os dependentes de drogas, são capazes de desenvolver “ideologias completas para explicar porque estão certos e porque os que os desaprovam e punem estão errados” (Becker, 1973, p. 3).

Uma das ideias centrais da teoria de Becker advém do facto de ele considerar que o desvio é criado pela sociedade na medida em que são os “grupos sociais [que] criam desvio ao fazer as regras cuja infração constitui desvio, e ao aplicar essas regras a pessoas particulares e rotulá-las como *outsiders*” pelo facto de elas não aceitarem e seguirem essas regras (Becker, 1973, p. 9). “Desse ponto de vista, o desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa comete, mas uma consequência da aplicação por outros de regras e sanções a um “infrator””, dado isto os comportamentos serão considerados desviantes quando os indivíduos o rotularem como tal, o desvio é assim uma consequência das reações dos outros ao ato, basta que apenas o grupo social considere um indivíduo com infrator de uma regra (Becker, 1973, p. 9). Usando as palavras de Fréjaville e colaboradores, por esta perspectiva “o papel dos «não desviantes» aparece-nos sendo tao importante como o dos desviantes (...)” (Fréjaville et al., s.d., p. 234).

Em suma, se um ato é ou não desviante depende de como os outros indivíduos reagem a ele, contudo, Becker refere ainda que a detenção do título de desviante depende também de quem comete o desvio, assim de como quem se sente prejudicado por ele, “há entre rotulador e rotulado uma dinâmica das condutas, que se fundamenta em todo um jogo dialético das representações recíprocas” (Fréjaville et al., s.d., p. 234), Becker elucida bem esta situação ao referir que

o desvio não é uma qualidade simples, presentes em alguns tipos de comportamento e ausente em outros. É antes o produto de processos que envolve reações de outras pessoas ao comportamento. O mesmo comportamento pode ser uma infração das regras num momento e não em outro; pode ser uma infração quando cometido por uma pessoa, mas não quando cometido por outra; algumas regras são infringidas com impunidade, outras não. (Becker, 1973, p. 14).

Em Becker para que um processo desviante se concretize e para que o indivíduo passe a ser considerado como desviante é crucial o processo de “etiquetagem pública”. A partir desta etiquetagem o indivíduo começa a aproximar-se cada vez mais da subcultura que o acolhe, a partilhar das suas práticas até que adquire a identidade desviante (Tinoco, 1999).

Outro autor que sobressai neste campo, e que também ele partilha ideias próximas de Becker, é Goffman. O autor começa por referir que a sociedade estabelece meios de categorizar as pessoas, assim, quando nos defrontamos com um indivíduo estranho, podem por vezes surgir evidências de que o mesmo possui certos atributos ou mesmo um em particular que o torna diferente dos outros. Na perspetiva de Goffman este “juízo” vai fazer com que deixemos de considerar o indivíduo como normal e passemos a encara-lo como “uma pessoa estragada e diminuída” (Goffman, 1988, p. 12). Na teoria de Goffman, este juízo atribuído, ele designa-o de estigma, isto porque produz um efeito de descrédito para com o estigmatizado. O autor define então estigma como “um atributo profundamente depreciativo (. . .) um estigma é, então, na realidade, um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo” (Goffman, 1988, p. 13), através desta relação elaboram-se falsas construções mentais, imagens e ideias erradas (Lakatos & Marconi, 1991) ligadas a estas populações, particularmente aos toxicodependentes. Goffman acaba por referir que “as normas de identidade engendram tantos desvios como conformidade” e daí que na análise do desvio não é para o diferente que se deve olhar, mas sim para o comum (Goffman, 1988, p. 140).

Goffman apresenta três tipos de estigma. O primeiro refere-se a deformações corporais, o segundo às culpas de carácter individual, e é neste estigma que se inserem os toxicodependentes, e o terceiro refere-se a estigmas raciais, de nação e de religião. O estigma com base nas culpas individuais são “percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade” (Goffman, 1988, p. 45). Goffman sustenta que em todos estes tipos de estigma encontram-se as mesmas características sociológicas,

um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social quotidiana possui um traço que pode-se impor à atenção e afastar aqueles que

ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus. Ele possui um estigma, uma característica diferente da que havíamos previsto (Goffman, 1988, p. 14)

daí deriva que geralmente os indivíduos alvo de um mesmo tipo de estigma tendem a reunir-se num grupo social específico, são as denominadas subculturas desviantes. Goffman (1988) chama a estas subculturas desviantes de comunidades desviantes, sendo que aos membros que as constituem devem chamar-se desviantes sociais, o autor dá alguns exemplos destas subculturas, como é o caso das prostitutas, toxicodependentes, criminosos, delinquentes, entre outros.

A partir do momento em que o indivíduo começa a emergir nesta subcultura e executa uma prática que é alvo de estigma, ou torna essa prática “invisível” aos olhos dos outros, ou seja, esconde-a, pratica-a em segredo por forma a não ficar desacreditado, ou então ela será visível e a partir desse momento o indivíduo será desacreditado. Passa-se por isso a ser o ‘toxicodependente’ e/ou ‘bêbado’. Na verdade o que isto faz não é mais do que tornar o indivíduo ainda mais desviante, uma vez que o indivíduo passará apenas a apoiar-se na comunidade desviante. É nesta subcultura que o indivíduo se vai construir como sujeito transgressivo (Tinoco, 1999). Segundo Tinoco “uma subcultura emerge sempre que exista um número suficiente de indivíduos com dificuldades de adaptação semelhantes e sempre que a interação social permita um contacto mínimo entre esses indivíduos”, os sujeitos agrupam-se por forma a resolver problemas que têm em comum, problemas esses que trazem consigo o estigma social (Tinoco, 1999, p. 12). Tinoco refere ainda que a partir do momento que o sujeito ganha um *status* numa subcultura desviante perde-o no sistema social, a sociedade começa a afastar-se desse indivíduo, passa a olhá-lo com desconfiança e suspeita. Leandro reforça esta ideia ao referir que efetivamente os indivíduos excluídos tendem a agrupar-se e desenvolverem práticas de solidariedade internas a esse grupo “para se protegerem de representações negativas desenvolvidas pela sociedade a seu respeito” (Leandro, 2011, p. 240). A solidariedade existente no seio desses grupos funciona como uma “âncora contra as agruras da exclusão social” de que são alvo por parte da sociedade (Leandro, 2011, pp. 36-37).

Comumente acontece que indivíduos alvo de um estigma específico podem exibir preconceitos para com outros indivíduos em relação a um outro aspeto, por isso, indivíduos estigmatizados também se podem revelar preconceituosos, alimentando outros estigmas que não o seu (Goffman, 1988). E acontece também certas vezes que os desviantes não só se sentem iguais aos “normais” mas melhores que os ditos “normais”, caso particular disso são os toxicodependentes que vivem num mundo anestesiado e

fantasiado, que dizem ser muito mais deslumbrante que o nosso. A este respeito Leandro refere que o facto de um indivíduo ser excluído não o impede de “construir em si elevados graus de coesão, até como estratégia de sobrevivência e procura de afirmação social” (Leandro, 2011, p. 36). Estas populações ficam apaixonadas pelas sensações agradáveis produzidos pelo consumo de álcool e outras drogas, julgam erradamente que podem consumir essas substâncias sem que estas tragam quaisquer consequências para si ou para aqueles que os rodeiam, e julgam que podem cessar os consumos quando assim o desejarem, mas a toxicodependência é “dissimulada, frustradora e dominadora” (Dupont, 2005, p. 39). Na verdade, na maioria das vezes, só cessam com estes consumos quando lhes acontece alguma situação que coloque em risco a sua vida ou daqueles que os rodeiam, Dupont (2005) chama a esta situação “bater no fundo”.

Na perspetiva de Becker, um processo desviante deve então ser encarado como fruto das normas que definem o comportamento que é lícito e o comportamento que é ilícito. Ora, tomando como exemplo o toxicodependente, considerando os seus consumos como comportamentos ilícitos aos olhos da sociedade, o toxicodependente será etiquetado como desviante e dessa forma será visto e tratado como tal, contribuindo ainda mais para o aumento do fosso entre si e a sociedade. Prosseguindo com os contributos de Goffman, a partir do momento que o toxicodependente é desacreditado e posto de lado pela sociedade será discriminado levando a que se refugi apenas no grupo desviante (M. Silva, 2011).

Na verdade o que se vê é que “Becker propõe uma perspetiva inversa do desvio, que não é mais uma qualidade do ato cometido, ou do seu ator, mas uma consequência provocada pela reação dos outros: um atributo, ou um estigma, segundo Goffman.” (Xiberras, 1993, p. 119). O desvio passa, desta forma, a constituir-se através da interação entre dois grupos: “aqueles que transgridem e aqueles que regem o ato da transgressão” (Xiberras, 1993, p. 119).

Tanto Becker, quanto Goffman referem a necessidade de ter em atenção o papel que as normas têm na formação dos comportamentos desviantes, Becker vai mais longe e faz referência ao papel da sociedade na definição das carreiras desviantes. Cada qual à sua maneira acabou por dizer que efetivamente os rótulos de desviantes emergem da sociedade e como tal na análise destas problemáticas deve desviar-se o olhar para a sociedade e não para o estigmatizado, sugerindo que o foco da investigação deixe de ser os desviantes e os comportamentos que praticam e passe a ser o meio pelo qual grupos sociais colocam “rótulos” de desviantes. O que se quer dizer com isto é que “é a própria sociedade que gera o estigma, que seleciona e que criminaliza” (Vargas, 2011, p. 7).

Lakatos e Marconi (1991) reafirma esta ideia ao afirmar que o comportamento desviante não se reporta apenas a uma infração de uma norma por acaso, mas antes a um comportamento que infringe determinada norma para a qual o indivíduo está orientado, quer isto dizer que o estigma emerge da sociedade e das normas onde o indivíduo se insere quando o comportamento deste não está de acordo com o esperado. Jean Stoezel (1976) citado por Dias (2002) também refere que o desvio se define através do afastamento do indivíduo do seu grupo e da violação das normas, valores, opiniões ou comportamento do mesmo grupo.

Rocher na sua obra intitulada “Sociologia geral (vol. 1)” faz uma classificação das sanções que podem ser aplicadas após a violação de normas e valores. O autor faz referência a quatro tipos de sanções, sanções físicas, sanções económicas, sanções sobrenaturais, e por último, sanções propriamente sociais. Relativamente a este último tipo de sanções o autor refere que elas são numerosas e podem assumir várias formas, podem passar por a expulsão de um grupo, a rejeição ou afastamento, o silêncio ou olhar reprovador, “de uma maneira mais ou menos combinada, «faz-se o vazio» em torno de alguém que teve uma conduta considerada repreensível, e as vezes trata-se a sua família da mesma maneira” (Rocher, 1989, p. 92). São deste tipo de sanções que os toxicodependentes são alvo, os consumidores passam a ser alvo de discriminação, e também “a família passa emocionalmente a viver viciada em dramas ou crises ligados ao consumo” (Neves & Segatto, 2009, p. 1).

Estas sanções pretendem obter uma conformidade às normas estabelecidas na sociedade, normas estas que são necessárias para um bom funcionamento dessa sociedade, por forma a evitar casos desviantes como o dos toxicodependentes.

Na verdade todas as sociedades estabelecem normas sociais que se fazem acompanhar de “sanções que promovem a conformidade e castigam a não conformidade” (Giddens, 2000, p. 216). A conformidade é premiada com sanções positivas através de variadas recompensas, por outro lado a não conformidade é reprimida pela punição pelo inadequado comportamento praticado. As sanções podem ainda ser formais, quando há um grupo estabelecido de pessoas que tem o poder de fazer cumprir determinada norma, ou informais, menos organizadas e geralmente mais espontâneas (Giddens, 2000), e o caso das sanções propriamente sociais. O conjunto das sanções, negativas e positivas, difundidas no seio da comunidade constituem motivação para que o indivíduo regule o seu próprio comportamento. As sanções permitem ao indivíduo “discernir os modos particulares de comportamento, que são aprovados e desaprovados pelos demais,

levando-o, por antecipação ou em retrospecto, a analisar o seu próprio comportamento, de acordo com os padrões grupais” (Lakatos & Marconi, 1991, p. 228).

A sociedade tende assim a criar normas e valores que fazem com que cada membro dessa sociedade seja objeto de constrangimento. Este controlo, à partida, é exercido pela sociedade através de diversos agentes formais, como o tribunal e a polícia, porque efetivamente a droga é uma substância ilegal e como tal proibida por lei. Mas ao mesmo tempo, e particularmente neste caso, o controlo passa a ser social e informal, é generalizado, pode ser exercido pelos outros membros da sociedade, são o caso das sanções propriamente sociais que se expressam através de diversas atitudes que manifestam descontentamento para com a pessoa desviante, corte de relações, olhares desaprovadores, rejeição, entre outros. Nesta situação, cada membro da sociedade exerce um controlo sobre si e sobre os outros, sendo que ao mesmo tempo é agente e objeto de constrangimento, dependendo das atitudes que toma (Rocher, 1989a). O processo de socialização, que mais a frente abordarei, mostra-se pois indispensável na deteção e correção destes caminhos, os agentes de socialização servem-se das sanções para reforçar a interiorização das normas, e na verdade, o processo de socialização poderá ser mais eficaz se se servir do apoio das sanções. As sanções apresentam aqui também elas um relevante papel enquanto corretor de desvios.

Os diferentes agentes de socialização, através de um intenso processo de socialização, asseguram a reprodução dos valores, modelos, normas e signos que acabam por tornar-se “parte integrante da estrutura da personalidade psíquica” do sujeito (Kellerhals, Troutot, & Lazega, 1989; Rocher, 1989b).

A socialização faz aliás com que os modelos, os papéis e as sanções venham a fazer parte integrante da personalidade psíquica do indivíduo, de modo que a correspondência da conduta às normas é não só aceite mas ainda desejada, querida, procurada pelos próprios atores (Rocher, 1989b, p. 102).

Quando nasce a criança nasce enquanto ser culturalmente em branco, mediante os contatos que vai tendo com o meio e os diferentes elementos que o constituem vai tornando-se um ser cultural. Gradualmente a criança vai assimilando valores, regras e normas da sociedade onde se insere, adotando as atitudes e comportamentos que vai observando em seu redor e que lhe vão sendo inculcadas, nos primeiros anos de vida, essencialmente pela família, e que portanto são os que se espera que adote. Esta absorção resulta da interiorização que a criança e jovem faz das normas, regras e valores, através do denominado processo de socialização. Giddens alude bem a esta questão ao mencionar que “a socialização é o processo pelo qual as crianças indefesas se tornam gradualmente

seres autoconscientes, com saberes e capacidades, treinadas nas formas de cultura em que nasceram” (Giddens, 2000, p. 44).

A questão que se coloca perante isto é, como há então espaço para a ocorrência de comportamentos desviantes? Acontecem porque não há uma obrigatoriedade em cumprir as regras e os valores do grupo onde o indivíduo se insere, e daí progressivamente vai havendo um afastamento em relação a estas regras e valores até que o comportamento desviante ocorre e é etiquetado como tal. O que acontece nestes casos é que uma vez integrados na estrutura do indivíduo através do processo de socialização estes modelos, normas, valores e signos tornam-se como que apenas uma obrigação moral, algo natural e/ou normal que é suposto o indivíduo seguir mas que não são uma obrigação legal, falamos aqui particularmente como é natural do caso do álcool, droga lícita e portanto de consumo legal. Acontece posteriormente quando tais “regras” não são respeitadas inevitavelmente os indivíduos serão alvo de um controlo social e possivelmente acabarão por sofrer algum tipo de sanção. No caso do álcool tal situação acontece quando um indivíduo bebe de forma compulsiva terminando em estado de embriaguez que para si produz uma sensação de bem-estar, mas que no caso de quem o rodeia produz um mal-estar para com o alcoólico, e é aqui que aparecem os olhares reprovadores, o afastamento, o já referido controlo social começa então a manifestar-se. Simmel (1977) alerta que quanto mais geral for uma norma e quanto mais extenso for o seu círculo de validade menos distinta e significativa será para o indivíduo e aí mais difícil será para o sujeito segui-la, contudo a sua violação trará na maioria das vezes consequências particularmente importantes que se destacarão.

Rebelo (2007) baseado em Emmanuelli e Frémontier (2002) chega mesmo a abordar a toxicod dependência pela via do conceito da exclusão social. Preconizam três fases até que se chegue ao estado apresentado. Numa primeira fase o indivíduo apresenta uma fragilidade social, perde o emprego e parte da interação social que tem com o meio social, segue-se uma segunda fase onde o indivíduo começa a depender de assistências e serviços sociais, na terceira e última fase observa-se um desinteresse e uma rutura total do indivíduo para com a sociedade, o chamado processo de exclusão social. Este processo de exclusão social apresenta-se multidimensional onde a pessoa vai perdendo gradualmente o seu estatuto de cidadão.

Para que este processo de rutura para com a sociedade não se concretize revela-se essencial o papel da família em particular e da sociedade em geral, a este respeito Leandro refere que a “exclusão social está diretamente relacionada ao enfraquecimento quiçá à rutura dos laços sociais, o que se traduz pela falta de integração social. Trata-se de um

produto e de um processo decorrente da falta de inserção ou integração social”, esta exclusão social resulta então numa “incapacidade de coesão social global” (Leandro, 2011, p. 237). É importante aqui referir que é impossível crescermos e desenvolvermos sem que nos sintamos afeiçãoados, aceites ou acarinhados pelo nosso próprio meio, a falta de afeto durante o período de desenvolvimento pode originar uma incapacidade no sujeito de estabelecer futuras relações afetivas harmoniosas com outros (Rodríguez-Lopez, 1997), no caso da recém-saída de um processo de tratamento a falta de apoio e aceitação poderá levar o indivíduo a uma futura recaída, e a verdade é que em muitos casos, se não na maioria, a realidade social não facilita a reinserção social destes indivíduos, este desinteresse da comunidade manifesta-se através de diferentes formas, desemprego, competitividade, elevados níveis de formação, entre outros (Freitas, 2013).

A conduta perturbada, como é o caso da toxicodependência, deve ser vista como “um percurso construído, face a um conjunto complexo de variáveis individuais, familiares e sociais, e não como uma enfermidade localizada na mente do indivíduo.” (Dias, 2001, p. 37). Tinoco (1999) menciona que a identidade desviante de um percurso de um toxicodependente desdobra-se na análise de dois níveis: a reação dos membros da comunidade em relação aos comportamentos do toxicodependente, e este será o nível social; e à construção que o sujeito idealiza de si próprio tendo em conta a reação dos membros da comunidade, este será o nível individual.

1.3. A Reinserção Social do Toxicodependente – (Re)Aprender a Viver Sem Drogas

Portugal, a par de outros países como a Irlanda e a Polónia, é um dos países que mais investe no tratamento das dependências (Peixoto, 2010). Observou-se em Portugal, nas últimas décadas, um desenvolvimento e investimento em projetos e estruturas de tratamento e reinserção social de toxicodependentes, têm surgido imensos instrumentos e mecanismos políticos, económicos, jurídicos e sociais com o objetivo de combater os preconceitos negativos que vêm sendo feitos ao longo dos últimos anos em relação a estas populações (Jorge Rebelo, 2007).

O conceito de reinserção social remete para um “processo de vinculação efetivo e ativo à realidade cultural, económica e social, que um sujeito realiza depois de um período de crise com a mesma” (Núcleo de Reinserção, 2007, p. 10).

A reinserção enquanto processo de tratamento envolve a “sociedade e o indivíduo dependente de substâncias psicoativas e visa criar condições que permitam ao sujeito optar livremente pelo exercício pleno da cidadania” (Núcleo de Reinserção, 2007, p. 4),

pressupõe uma “intervenção de carácter multi, pluri e interdisciplinar” (Núcleo de Reinserção, 2007, p. 6).

O processo de reinserção inicia-se a partir do momento que o toxicodependente admite a sua doença, toma a decisão de reabilitar-se e dá início a um tratamento. O tratamento da toxicodependência implica pois que o toxicodependente passe por duas fases relevantes. A primeira remete para a interrupção do consumo da(s) substância(s) com as quais o toxicodependente mantinha uma relação de dependência. A segunda relaciona-se com a (re)aprendizagem de viver sem drogas (Freitas, 2013), a partir daqui, aos poucos, as diversas coisas que a substância foi retirando ao indivíduo vão sendo restituídas.

Durante este tratamento pretende-se que o indivíduo através de diversos instrumentos supere a sua dependência de modo a poder (re)integrar-se no seu meio social. Aqui é crucial a motivação interna e externa para interesses de carácter recreativo, pessoal e/ou social por forma a evitar as recaídas e o retorno aos consumos.

A RS aparece como uma ponte de ligação que pretende estabelecer uma comunicação entre o sujeito e o resto da sociedade. Este processo de reinserção é longo e difícil, e cada caso apresenta características próprias sendo que daí as respostas devem ser individualizadas, e é por essa mesma razão que o Projecto Homem (2001) preconiza a ideia de que o sujeito deve estar no centro da terapia, “tratar e não inserir, ou não reinserir, é uma atitude que condena ao fracasso o tratamento desenvolvido. É pois fundamental promover a reinserção, que tem de ser pensada logo desde o início do tratamento” (Patrício, 2002, p. 168). A este ver a RS é uma mais-valia para o sucesso do processo de tratamento, deve ser encarada como uma “forma de prevenção da recaída, [e] é uma etapa fundamental na aquisição e requisição de aptidões pessoais, sociais e profissionais”, o grande desafio da RS é pois a reconstrução, organização e estabilidade do indivíduo (Freitas, 2013, p. 9).

Parece-me pertinente referir aqui algumas das variáveis mais importantes sobre as quais incide a RS, e dos quais o PH não difere, são eles:

- O estabelecimento e manutenção de um processo de socialização ou ressocialização do sujeito;
- Gerência e orientação do curso de vida do sujeito para a construção de um projeto de vida satisfatório;
- Proceder a uma reestruturação pessoal do sujeito colocando-o no centro do seu próprio desenvolvimento pessoal e social (Núcleo de Reinserção, 2007).

Em todo este processo é tido em conta o ambiente familiar e a comunidade onde o sujeito se encontra inserido, sendo também a própria família alvo de intervenção.

Acerca destes pontos parece-me pertinente referir algo que variadas vezes foi referenciado pela Doutora Flávia, Diretora da Fase de RS. Comumente se fala do processo de ressocialização de que os toxicodependentes são alvo quando tomam a decisão de se sujeitar a um tratamento, contudo esta refere o facto de em muitos dos casos não se falar de uma ressocialização, mas sim de uma socialização, alguns dos indivíduos que passam pelo PH nunca tiveram uma integração plena na sociedade, isto porque cedo enveredaram pelo caminho dos consumos, falamos de jovens adolescentes que nunca conheceram outra realidade que não a de ‘ser toxicodependente’, durante a vida de consumos as relações sociais vão desvanecendo, com o passar do tempo há cada vez menos tempo e espaço para os relacionamentos humanos, o toxicodependente isola-se no seu mundo e os contatos que vai tendo com outras pessoas ocorrem quando necessita de outra dose. Para estes o mundo sem drogas será um novo mundo onde reina o desconhecido, estes indivíduos que cedo enveredaram por um caminho diferente nunca desenvolveram as suas capacidades de socialização e estão empobrecidos socialmente, assim na RS o indivíduo irá sofrer um primeiro processo de socialização onde vai interiorizar normas e valores da sociedade onde se encontra inserido. Rebelo elucida para esta situação ao referir que os indivíduos quando se livram da dependência podem “ter necessidade de passar por um processo de aprendizagem, de (re)adquirição de competências perdidas ou nunca tidas, comparado muitas vezes a um processo de socialização de um jovem adolescente” (Rebelo, 2007, p. 31).

Rosa e colaboradores (2000) advogam que para que um indivíduo consiga efetivamente um tratamento eficaz é necessário proceder a um tratamento global que incida sobre três dimensões, física, que remete para a desintoxicação das substâncias e outras doenças associadas aos consumos, psíquica, que incide sobre o tratamento da dependência psicologia e a qual os autores consideram ser a mais complexa, e social que recai sobre a própria reinserção onde se espera que o indivíduo seja alvo de uma (re)socialização e reconquiste uma autonomia social e familiar.

Segundo o Observatório Europeu de Droga e Toxicodependência, a Reinserção é constituída por 4 dimensões, que são: a Educação, Trabalho, Formação e Outras onde se incluem Atividades de Tempo livre e Aconselhamentos. Neste última dimensão, mais tarde, foram incluídas dimensões como a Participação/Cidadania/Autonomia e as Relações Familiares.

Acerca deste assunto será então propositado referir as principais dimensões sobre as quais a fase da RS trabalha e especificar quais os objetivos gerais de cada um, são elas:

- A família e relações, onde se pretende que o indivíduo seja capaz de estabelecer relações baseadas na comunicação sem recurso a drogas, desenvolver, consolidar e fortificar relacionamentos satisfatórios com familiares e amigos, em suma, com o meio social envolvente;
- Educação, onde se pretende que o indivíduo conclua ou melhore os seus conhecimentos e adquira a cultura e educação necessária para uma integração plena enquanto cidadão;
- Trabalho e Formação Profissional, onde se pretende estimular uma atitude positiva face ao trabalho, estimular a capacidade de manter um trabalho e a capacidade de gestão do seu próprio dinheiro, crescer profissionalmente, acima de tudo pretende-se uma plena integração no mundo do trabalho.
- Por último, mas não menos importante, temos o lazer e o tempo livre, onde se pretende que o indivíduo recupere e gire o seu tempo livre de forma planificada, satisfatória e saudável, que desenvolva iniciativas no sentido de ocupar os seus tempos livres (Núcleo de Reinserção, 2007).

Em suma, num processo de reinserção social de um toxicodependente e alcoólico pretende-se, para além de uma cura física e psicológica, “uma autonomia económica e social, uma vida afetiva e familiar no mínimo “satisfatória” e uma participação real na vida social, usufruindo dos seus direitos de cidadania e cumprindo também com os seus deveres de cidadão”, livre de drogas (Rebelo, 2007, p. 19).

“A intervenção em Reinserção deve centrar-se no indivíduo, capacitando-o para o desenvolvimento de um projeto, que harmonize as várias dimensões” acima apresentadas, daí que este processo exige um trabalho por parte do indivíduo sobre si próprio, o sujeito é colocado no centro e é responsável pela sua reinserção (Núcleo de Reinserção, 2007, p. 24). O terapeuta deve levar este aspeto em consideração, deve procurar perguntas, respostas e soluções individualizadas que respondam às necessidades do indivíduo tendo em consideração a situação e as necessidades particulares do mesmo.

Um processo de reinserção apresenta-se tanto mais eficaz, quando todas as dimensões do sujeito, sejam psicológica, afetiva, biológica, cultural e social, estiverem consolidadas de forma coerente para que o sujeito consiga estabelecer um quadro de vida e atingir uma satisfação pessoal. “É fundamental que o toxicodependente encontre prazer na vida, para que, de facto, a recuperação tenha sentido” (Projecto Homem, 2001, p. 152). Deste modo, é de extrema importância que o indivíduo seja capaz de se ligar a um meio

social onde possa desenvolver as suas capacidades pessoais enquanto cidadão com direitos e deveres. De acordo com Isabel Freitas (2005), citada em Núcleo de Reinscrição (2007), a reinscrição depende de diversos e complexos fatores, sejam individuais, familiares, comunitários, sociais, o ajuste entre estes diversos fatores vai permitir o sucesso ou insucesso da reinscrição do indivíduo.

Segundo Andréas (2003), citado em Núcleo de Reinscrição (2007), há certos princípios que se devem ter em consideração na reinscrição social de um indivíduo que potencializam o sucesso da sua reinscrição. Em toda a intervenção deve sempre colocar-se o indivíduo no centro da ação, respeitando sempre está claro a sua dignidade, os seus direitos e liberdades, o terapeuta deve escutar o indivíduo e tentar estabelecer uma relação de confiança com o mesmo, e este, considera Andréas é o princípio fundamental em torno do qual se deve elaborar toda a intervenção junto do indivíduo. Outro princípio a ter em consideração é a permanente necessidade de se avaliar as necessidades multidimensionais do indivíduo a fim de promover a sua integração tendo em conta os seus direitos, objetivos e escolhas. Não menos importante neste quadro é o princípio que refere a importância de se estabelecer um laço relacional e uma aliança terapêutica, isto porque a qualidade das relações estabelecidas entre os diferentes intervenientes é um dos aspetos mais importantes, em todo este processo é importante que o terapeuta conquiste a confiança do indivíduo (Projecto Homem, 2001). Acima de tudo o terapeuta deve assegurar um acompanhamento regular do indivíduo de modo a que os princípios referidos se cumpram.

A maioria dos problemas que se prendem com a ressocialização do toxicodependente diz respeito à sua capacidade de relacionar-se consigo mesmo, com os outros indivíduos e com as normas sociais. A vida de consumos a que o toxicodependente esteve exposto, em muitos casos durante anos e anos, provocou-lhe uma deterioração física, psicológica e desajustes sociais, o que se traduziu numa desintegração social. Mediante isto, na reinscrição do indivíduo, pretende-se que este obtenha uma autonomia económica e social no seu meio social e ainda que recupere uma vida afetiva e familiar estável e satisfatória com participação na vida social, em suma pretende-se que o indivíduo retome as vivências com a sua família e com a sociedade em geral que tinha antes dos consumos (Vicente et al., 2004).

Um plano de reinscrição deve potenciar ou ajudar a construir uma rede social ampla, provedora do suporte social, recíproca e flexível que permita aos sujeitos manterem-se com maior grau de autonomia e de qualidade de vida possível na comunidade e prevenir e autorregular as crises e as recaídas. (Azevedo, Barbosa, & Brandão, 2004, p. 19).

A RS deve ser considerada como um investimento pessoal e individualizado, em que cada “indivíduo deverá reedificar a sua identidade, com base em intervenções nas questões habitacionais, educacionais, de trabalho e formação, de participação e cidadania, na família e relações interpessoais, no lazer e tempos livres” (Joana Rebelo, 2008, p. 21).

Assim, não há dúvida que todos os processos de tratamentos têm como objetivo geral e primordial a (re)inserção do indivíduo na sociedade, para tal se concretizar o indivíduo terá de ter atingido uma estabilidade económica (um trabalho que permita a sua sustentabilidade), uma estabilidade social (uma integração geral na sociedade), e uma integração simbólica (que remete para a interiorização e partilha de normas e valores com outros). O êxito de um tratamento está dependente da inserção/reinserção social, familiar e profissional do consumidor. Vemos desta forma que para uma plena integração não basta apenas um emprego, é necessário que o indivíduo seja integrado num meio social e que partilhe normas e valores com uma comunidade que lhe permita acesso às oportunidades da sociedade. O objetivo final da Reinserção é sem dúvida a autonomia, pretende-se capacitar o indivíduo de uma autonomia e capacidades próprias nas diversas vertentes atrás apresentadas sem recorrer ao consumo de drogas (Núcleo de Reinserção, 2007).

Emmanuelli refere, a esse propósito, que “a procura de satisfação e regeneração psíquica e social não se concretiza de imediato, mas no decurso de um longo período dito de reinserção” (Emmanuelli, 2000, cit. por Jorge Rebelo, 2007), isto porque a reinserção comporta dentro de si várias dimensões, das quais se sobressaem a relacional e social. Por serem as mais problemáticas e trabalhosas, estas duas variáveis são as mais trabalhadas na RS do PH.

Cada indivíduo, quando se sujeita a um tratamento, traz consigo toda uma história de vida pautada por consumos e em muitos casos por anteriores tratamentos e sucessivas recaídas, e por isso, o indivíduo que mais uma vez se sujeita a um tratamento sente que a sua vida é um fracasso e fiasco, tem um desinteresse por tudo e por todos, a vida dos consumos era muito mais interessante e prazerosa. É aqui fulcral o papel da RS enquanto instituição que intervém, orienta e ajuda o indivíduo a (re)descobrir interesses com o objetivo de criar em cada indivíduo a “semente do desejo de viver, do desejo de pertencer e de ser, pois afinal, a droga é o oposto deste movimento”, tudo pode ser reaprendido ou aprendido, trata-se de recuperar uma antiga entidade, ou no segundo caso de construir uma nova, aprender ou reaprender a sentir prazer sem recorrer ao uso de drogas o que não é uma tarefa fácil, nestes momentos iniciais nada faz sentir nada, tudo parece vazio, sem cor (Vilarinho, 2004, p. 35). Nestas circunstâncias um pequeno pormenor pode mudar

esta sensação de vazio e contribuir para começar uma vida com prazer e sem drogas, talvez se deva começar por aquilo que se gosta ou gostava de fazer, esta é a variável dos tempos livres, cabe então à reinserção o papel de ir ajustando pouco a pouco este caminho.

Para o PH, a reinserção de cada indivíduo é organizada com base no próprio indivíduo e com o necessário respeito pelo seu tempo, este processo apresenta-se evolutivo sujeito a apreciações, revisões e formulações, sendo o indivíduo o centro, e focando-se toda a terapia sobre ele e sobre as suas vontades, dito isto basta que ele não colabore para comprometer todo o tratamento, daí a necessidade de respeitar o tempo de cada um, e daí que os processos variem muito de indivíduo para o indivíduo (Vicente et al., 2004). Estamos a falar de indivíduos que trazem consigo problemas pessoais, sociais, familiares e relacionais de anos, e por essa razão a reinserção social desta população comporta no seu processo diversas variáveis, onde se sobressai a variável relacional, onde se incluem a família, os amigos, os pares, a variável laboral, através da qual o indivíduo vai passar a exercer o seu papel enquanto cidadão sendo reconhecido como tal pela sociedade e a variável lúdica que remete para atividades de carácter recreativo, desportivo, artístico, entre outros (Vicente et al., 2004). O processo de tratamento de um dependente consiste assim na quebra da ligação que tem com a substância orientando-o para a construção de outras ligações (Macfarlane et al., 1996).

Para finalizar, será importante referir que sem que um consumidor proceda a uma desabituação física e se sujeite a um tratamento será quase impossível deixar os consumos e enveredar por uma efetiva reinserção social. Sujeitar-se a uma desabituação física é dar o primeiro passo para a reinserção social. É importante aqui referir, que para que o tratamento tenha sucesso a vontade de se sujeitar a um tratamento deve partir do próprio indivíduo, é a chamada motivação interna ou intrínseca, é ele que deve tomar a iniciativa e manifestar a vontade de se sujeitar a um tratamento, contudo são muitas e variadas as vezes em que os indivíduos se sujeitam a um tratamento por pressão de familiares ou amigos, é a chamada motivação externa ou extrínseca, contudo outros fatores exercem influencia sobre o sucesso do tratamento como o próprio processo terapêutico, o acompanhamento feito pelos terapeutas, o envolvimento das entidades de tratamento, das entidades empregadoras, e o próprio envolvimento da família e dos amigos (Projecto Homem, 2001; Vicente et al., 2004). Nas principais motivações que levam os indivíduos a um pedido de tratamento sobressaem questões como problemas de saúde, dificuldades com o meio familiar e social e problemas judiciais, sendo que esta última é na maioria das vezes imposta pela lei.

Em suma, a integração destes indivíduos em sociedade depende da vontade e abertura de integração por parte da sociedade e da vontade clara e decidida por parte destes indivíduos de se (re)integrarem (Leandro, 2011).

O problema do tratamento destas enfermidades relaciona-se com o estigma ligado às palavras ‘alcoolismo’ e ‘toxicod dependência’, muitas vezes traduzidas por “bêbado” e “drogado”. Os estigmas morais e sociais que acompanham estas palavras fazem com que a confrontação com os consumidores destas substâncias seja especialmente difícil. Tal situação intensifica-se muitas vezes por o comportamento que a restante sociedade assume perante o indivíduo desviante, geralmente, estigmatiza-o, afastando-o ainda mais de um possível processo de recuperação, “felizmente, o estigma moral, já está a desaparecer”, consoante se vai observando uma proliferação de um maior número de casos, as pessoas vão aprendendo a encarar estas enfermidades efetivamente como doença (Michel, 2000, p. 21). Em relação a este assunto, Michel argumenta, e bem, que “precisamos aprender que o alcoolismo é uma doença, não uma acusação” (Michel, 2000, p. 41).

A recuperação de um toxicod dependente ou alcoólico é um processo que se irá prolongar por toda a vida destes, a qualquer momento poderão ter uma recaída, aliás pela experiência que tive junto do PH, pouco são os que se ficam pelo primeiro tratamento, a maioria deles retorna a instituição após recaídas. Dupont reforça esta ideia ao referir que a dependência é “uma doença familiar complexa, incurável para a vida inteira” (Dupont, 2005, p. 29).

Através desta breve exposição podemos afirmar que o investimento na área de tratamento e reinserção de toxicod dependentes apresenta-se indispensável e sem este tratamento a recuperação do mesmo está seriamente condicionada, a este ver apresenta-se imprescindível que o Estado, assim como outras entidades apoiem este tipo de programas, é as chamadas redes sociais, expressão associada a conjunto de relações sociais onde se esboçam oportunidades propícias e facilitadoras de apoios sociais e de estratégias de suporte social (Vicente et al., 2004), por este prisma a reinserção social dos indivíduo é feita através de um trabalho em rede, e é assim que sempre deveria ser.

1.4. Rede Social Familiar – A Importância da Família na Integração Social do Indivíduo

No processo de reinserção assumem grande importância as designadas redes sociais de apoio, segundo Vicente e colaboradores (2004) as redes sociais remetem para uma rede informal, a qual emerge de um contexto de forma natural, sendo constituída por uma

rede primária onde se encontra a família, amigos, vizinhos, colegas, e por uma rede secundária a qual pertencem o trabalho, a escola, entre outros. Por essa razão no processo de reinserção destacam-se a importância do apoio da família e dos amigos, assim como o desenvolvimento de competências no mundo do trabalho, estes intervenientes assumem tal importância até ao ponto de determinarem o sucesso ou insucesso da reinserção social do indivíduo, em suma, o sucesso ou insucesso do processo de tratamento está dependente das interações e relações como o meio social envolvente (Jorge Rebelo, 2007).

O problema na RS reside precisamente no facto da maioria dos indivíduos não ter as condições ideais no que concerne a esta rede, sendo que o trabalho da reinserção nestes casos torna-se mais complicado e trabalhoso. O consumo de substâncias legais e/ou ilegais, como já referi, não afeta apenas o indivíduo que consome mas também as pessoas que convivem diretamente com ele, nos quais se salienta a família, é sobre esta rede de apoio que recaíra o presente capítulo.

De entre as redes de apoio apresentadas sem dúvida que a família ocupa um lugar de destaque. Diga-se que ela é a mais antiga e mais importante instituição humana, “é nela que realizamos o processo de socialização” (Rosa et al., 2000, p. 54) que revelar-se-á importantíssimo para nos afastar de possíveis caminhos desviantes, “e onde interagimos, satisfazendo as necessidades mais elementares” (Rosa et al., 2000, p. 54).

Segundo a Declaração Universal dos Direitos do Homem a família é a primeira unidade social onde o indivíduo se insere e a primeira instituição que contribui para o seu desenvolvimento, para a sua socialização e para a formação da sua personalidade, é assim “um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantem o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados” (Sampaio & Gameiro, 1985, pp. 11-12). A família ocupa por isso um lugar privilegiado na construção da realidade, é de facto dentro da família que os acontecimentos da vida individual dos sujeitos recebem um significado social (Saraceno, 1997), “a socialização é o processo que permite ao indivíduo adquirir o conhecimento e as capacidades, bem como a predisposição interna para as realizar, a fim de desempenhar os papéis sociais que a sociedade espera dele” (Amaro, 2006, p. 86).

A integração do indivíduo em sociedade está então diretamente relacionada com o processo de socialização, e este processo de socialização “tem por objetivo transmitir à criança ideias, valores e conceitos fundamentais da sociedade, essencialmente por intermédio dos papéis parentais”, desenvolve-se nas relações que se estabelecem na família, particularmente na socialização primária (Dias, 2001, p. 65). Parece-me

importante e bastante esclarecedor expor aqui a definição do processo de socialização apresentado por Rocher:

Definimos a socialização como o processo pelo qual ao longo da vida a pessoa humana aprende e interioriza os elementos socioculturais do seu meio, os integra na estrutura da sua personalidade sob a influência de experiências de agentes sociais significativos e se adapta assim ao ambiente social em que se deve viver” (Rocher, 1989b, p. 12).

Goode define a socialização como “o processo através do qual a criança adquire os valores e conhecimentos do seu grupo e aprende os papéis sociais adequados à posição que ocupa” (Goode, 1970, p. 25).

Socializar uma criança passa então por conseguir integrá-la da melhor forma possível nos diferentes meios aos quais pertence, através de um “processo de aquisição de conhecimentos, modelos, valores, símbolos, numa palavra, de «maneiras de agir, de pensar e sentir» próprias aos grupos, à sociedade, à civilização em que o indivíduo vive” (Rocher, 1989b, p. 12), ensinando-lhe simultaneamente a autonomia de que necessita para se tornar um adulto responsável pelas suas opções (Segalen, 1999). Um processo de socialização bem operado pode revelar-se uma excelente base de conformidade, por outro lado um processo de socialização imperfeito pode revelar-se uma causa para o desvio (Lakatos & Marconi, 1991).

É no seio da família que o indivíduo sustenta os seus primeiros relacionamentos interpessoais, segundo Pratta e Santos nesta relação vão operar-se trocas emocionais que fornecerão um suporte afetivo importante para quando os indivíduos atingirem a idade adulta. “Estas trocas emocionais estabelecidas ao longo da vida são essenciais para o desenvolvimento dos indivíduos e para a aquisição de condições físicas e mentais centrais para cada etapa do desenvolvimento psicológico.” (Pratta & Santos, 2007, p. 250)

As normas e os valores que adquirimos durante a nossa infância apresentam-se tão importantes que são elas que permanecem com o indivíduo durante toda a sua vida, sendo que as decisões e atitudes que os indivíduos tomam são influenciadas por essas normas e valores de infância. A verdade é que toda a experiência de vida vivenciada pelo indivíduo quer em contexto familiar ou fora da família influenciam para a sua formação adulta.

Rocher refere que “a família é seguramente o melhor exemplo de um meio de pertença no qual se opera uma socialização profunda” (Rocher, 1989b, p. 56). Não obstante a importância das diversas instâncias educativas, como a escola ou os media, a socialização recebida na família é determinante em toda a vida do indivíduo, Leandro (2001) baseada em Parsons e Bales (1955) faz alusão às duas funções fundamentais que

a família desempenha, por um lado a socialização primária enquanto crianças, onde a família deve atuar no sentido de promover uma boa integração social da criança, “uma vez que a vida em sociedade será tanto mais harmoniosa quanto a realização do indivíduo na família seja elevada” (Leandro, 2001, p. 145), daí que a família deverá socializar a criança na base das normas e valores da sociedade onde esta se insere, desta forma a autora preconiza que os pais devem seguir uma educação não autoritária que permita o desenvolvimento da capacidade criadora da criança e da descoberta de futuros papéis que virão a desempenhar nessa sociedade. Por outro lado, a autora destaca a importância que a família assume na estabilização da personalidade dos seus membros já em adultos, através do apoio afetivo necessário (Leandro, 2001).

O processo de socialização revela-se pois indispensável, não obstante todas as formas de controlo social exercido pelas agências formais elas apenas conseguem minimamente forçar o indivíduo desviante a adequar o seu comportamento às normas da sociedade. Por outro lado, com a socialização desde tenra idade obtém-se uma conformidade com as normas o que faz com que queiramos deliberadamente obedecer a essas normas. Utilizando as palavras de Goode “é através da família que a sociedade pode retirar do indivíduo a sua contribuição necessária” (Goode, 1970, p. 13). A família tem, por isso, o papel principal na socialização dos seus membros, “visando a formação da personalidade do indivíduo, dado que esta não é inata, mas desenvolve-se, tão somente, com um crescimento harmonioso que só uma família coerente com este modelo pode favorecer” (Leandro, 2001, p. 145). Através do processo de socialização “as normas sociais são interiorizadas, assimiladas, incorporadas pela personalidade psíquica tornando-se parte integrante dela”, através deste processo os indivíduos vão conhecendo os modelos da sua sociedade que progressivamente vão assimilando e adotando como regras de vida pessoais, desenvolvendo disposições, tendências e necessidades que, correndo bem o processo de socialização operado pela família, procurarão tanto quanto possível a conformidade à norma. Embora exteriores aos indivíduos, os modelos são interiorizados, sendo parte integrante deles. (Rocher, 1989a, p. 97).

Como já referi anteriormente é efetivamente através do processo de socialização que o indivíduo se torna membro da sociedade, não obstante todos os outros agentes de socialização, a família ocupa “um papel fulcral no crescimento e desenvolvimento dos indivíduos e na sua inserção na sociedade” (Lima, 2013, p. 6).

Peter Berger e Thomas Luckmann fazem uma distinção dentro do processo de socialização. Segundo os autores o indivíduo é exposto primeiramente a uma socialização primária que é experimentada na infância e é através dela que o indivíduo se torna

membro da sociedade. A socialização primária não se trata apenas de uma aprendizagem cognitiva, trata-se de um processo carregado de emoção, “a criança identifica-se com os outros significativos através de uma multiplicidade de modos emocionais” (Berger & Luckmann, 1999, p. 139), assume os papéis e atitudes dos que a rodeiam interiorizando-os e tornando-os seus, quer isto dizer então que a criança “torna-se o que é pela maneira como os outros significativos se lhe dirigem.” (Berger & Luckmann, 1999, p. 140), é por isso usual que em meios familiares marcados por dependências haja uma passagem da dita dependência de geração em geração, isto acontece porque na realidade a criança neste primeira socialização não tem a oportunidade de escolha de outros significativos e portanto a interiorização do mundo que lhe propõem é automática, e logo “interioriza como o mundo, o único mundo existente e concebível” (Berger & Luckmann, 1999, p. 142).

Segundo os autores há posteriormente a continuação do processo de socialização com uma socialização secundária. Depois de socializado o indivíduo é induzido em novos setores da sua sociedade, esta socialização interioriza o indivíduo no institucional, onde ele adquire funções específicas da divisão do trabalho. A grande diferença da primeira para a segunda reside precisamente na obrigatoriedade de aceitar ou não aquilo que lhe é dito. Nesta socialização secundária o indivíduo pode não identificar-se com o que lhe é transmitido, podendo contudo prosseguir com eficiência uma identificação mútua. A socialização primária é em geral mais importante que a socialização secundária (Berger & Luckmann, 1999).

“O resultado normal – do ponto de vista sociológico – da socialização é pois a produção de uma conformidade suficiente das «maneiras de agir, de pensar e de sentir» em cada um dos membros de uma coletividade” necessárias à integração dos indivíduos. Em suma, o processo de socialização pretende adaptar o indivíduo ao meio onde este está inserido (Rocher, 1989b, p. 20).

É nos primeiros anos de vida que a criança se encontra mais permissiva a receber a informação do mundo exterior, sendo que é aqui também que está mais apta a apreender nova informação, e este é o período de socialização mais intenso a que será exposta, Dias refere que “no início das suas vidas os indivíduos são praticamente recetores passivos da informação”, é crucial aqui o papel da família que deve filtrar a informação transmitida à criança. (Dias, 2001, p. 65).

“O sistema familiar funciona, deste modo, como interface entre o individual e o social. Mediante a interiorização dos valores e das normas que a família lhe proporciona, o sujeito integra esses elementos na estrutura da sua personalidade

e da sua identidade pessoal e social, prolongando-se, através da família, a sociedade no indivíduo” (Dias, 2001, p. 28).

Dias (2001) baseia-se em Talcott Parsons (1969) para referir que a adaptação do indivíduo à sociedade passa por quatro subsistemas, biológico, psíquico, social e cultural. A cada um destes subsistemas corresponde um imperativo funcional, ao biológico a adaptação, ao psíquico o prosseguimento de fins, ao social a integração e ao cultural a estabilidade normativa. Com a conjugação destes quatro subsistemas no processo de socialização na família pretende-se produzir e reproduzir uma certa homogeneidade nos modos de pensar, sentir e agir por forma a evitar comportamentos ditos desviantes. No processo de socialização pretende-se transmitir ao sujeito ideias, valores e conceitos fundamentais da sociedade onde este se insere, fazendo com que este os aceite de forma natural. A família estabelece uma ponte entre o sujeito e a sociedade e filtra a informação que é pertinente para este, trespassando uma certa visão do mundo que espera que a criança adote. Goode vai precisamente ao encontro destas ideias ao enunciar o significado estratégico da família que passa por uma “função *mediadora* do ponto de vista da sociedade mais ampla, pois ela liga o *indivíduo* à estrutura social” (Goode, 1970, p. 13).

Se a família não se mostrar capaz de regular esta relação o indivíduo acabará por revelar desequilíbrios, entrando num processo de anomia social como o revela Durkheim (Durkheim, 1977). Em suma, com esta socialização pretende-se uma adaptação e integração precoce do indivíduo à sociedade (Dias, 2001).

Na perspetiva de Dias a família é um sistema social, primeiro porque as suas características convergem com as características da sociedade no seu todo, e segundo, porque efetivamente a família é um pequeno sistema que se engloba num sistema maior, a sociedade, por essa razão a “família influencia o seu meio envolvente e é por ele influenciado” sendo que essa relação não pode ser desligada, a família tem, na verdade, de ser capaz de regular esta relação (Dias, 2001, p. 59). Enquanto base da vida social, o papel da família passa então por mediar a relação entre o indivíduo e a sociedade, constituindo-se numa zona de confluência entre os problemas oriundos do exterior da família e entre os problemas que se geram no seu interior. A família encontra-se assim numa “área sensível e vulnerável, face à procura constante de equilíbrio entre o indivíduo e a sociedade” (Dias, 2001, p. 36).

A família “é a primeira instituição a proporcionar a informação que permitirá ao indivíduo a sua adaptação ao mundo social, o modo de conduzir esta relação permitir-lhe-á o maior ou menor sucesso da sua integração na sociedade”, daí que quanto maior for a estabilidade desta relação maior será a probabilidade da família prosseguir uma

socialização adequada ao crescimento e bem-estar do sujeito tendo em conta o meio social, permitindo um saudável desenvolvimento psíquico e afetivo, construção da personalidade e identidade (Dias, 2001, p. 29). Por essa razão a família tem de ser capaz de detetar desvios à norma e de corrigir esses caminhos, Dias (2001) evidencia esta questão quando refere que o sucesso do equilíbrio do sujeito depende da capacidade de autorregulação da família, e simultaneamente, da sua capacidade de se reordenar face a pressões internas e externas, a família tem assim uma função pedagógica importantíssima que consiste em descobrir e definir os problemas e conflitos psicológicos dos seus filhos (Dias, 2001; Rodriguez-Lopez, 1997).

Acerca do papel da família e da sua relevância, Goode (1970) não limita apenas a sua importância ao processo de socialização, o autor menciona outras funções tais como a manutenção física dos seus membros, a atribuição de *status* à criança e o controlo social.

“As famílias permanecem pois, como agentes de socialização fundamental” a partir da primeira infância e até, pelo menos, à adolescência (Demartis, 1999, p. 52), citando as palavras de Leandro “é à família que cabe o papel primordial na socialização” (Leandro, 2001, p. 151). Apesar de todas as mudanças e pressões a que a família tem sido alvo nas últimas décadas, ela continua – e a nosso ver deve continuar – a ser encarada como “o último reduto ou refúgio” onde o indivíduo encontra a segurança, o amor, o apoio, a compreensão, a proteção e a solidariedade (Lima, 2013, p. 27) que nenhuma outra instituição lhe pode proporcionar, isto porque a família é, ou deveria ser, “o primeiro e principal espaço de aprendizagem do humano, pela palavra e pelo exemplo, em que se respeita o ritmo e a capacidade de cada um, ou seja, a pessoa na sua singularidade como ser único e irrepetível” (Lima, 2013, p. 33).

Os diferentes estudos têm considerado a família como uma das principais redes de suporte social no tratamento da toxicod dependência. Entre a família e amigos a existência de uma proximidade, afeto e padrões de comunicação próprios entre os intervenientes constituem fatores de ajuda para a reinserção do indivíduo, esta rede apresenta-se como um elemento imprescindível para o desenvolvimento biopsicosociocultural e ambiental do indivíduo (Jorge Rebelo, 2007; Vicente et al., 2004).

Durante anos o tratamento da toxicod dependência passou apenas e só pelo tratamento do próprio toxicod dependente, pelo que a toxicod dependência era entendida como um problema claramente individual. Só mais tarde é que as famílias se começaram a envolver, e a reinserção operada junto desta população passou a incluir a família como um elemento fulcral no sucesso do tratamento (Colle, 2001). O que se pretende na reinserção é criar um conjunto de condições que permitam viabilizar o sucesso do

processo de tratamento até ali operado, sendo que em muitos casos a variável familiar necessita de intervenção de modo a facilitar o mais possível o processo de tratamento e a integração do indivíduo.

Iglesias e colaboradores elucidam bem a importância da família no processo de reinserção destas populações ao referir que a presença, participação e cooperação por parte da família, particularmente nas fases iniciais do tratamento, que se revelam na maioria das vezes as mais controversas, apresentam uma mais-valia para o processo de tratamento que o indivíduo tem de enfrentar, a família “proporciona um suporte construtivo e valioso, que é muitas vezes crucial para o paciente fazer um bom processo de recuperação” (Iglesias, López, & Bernard, 1995, p. 139). Na realidade pretende-se ajudar as famílias a lidar o melhor possível com os seus familiares que sofrem desta patologia.

A família revela-se o primeiro e mais importante espaço de realização pessoal e de desenvolvimento, sendo que, segundo Relvas e colaboradores (2006), é aqui que se opera a consolidação da personalidade do ser humano que permite ao indivíduo a afirmação enquanto pessoa. É no meio familiar que o ser humano adquire e desenvolve os valores, crenças, comportamentos, atitudes, que adquire através do processo de socialização, e por essa razão, Relvas e colaboradores admitem que a família deve ser “uma área prioritário de intervenção preventiva no sentido de fortalecer os fatores de proteção e diminuir os fatores de risco para o consumo de drogas” (Relvas et al., 2006, p. 25).

Fica clara a importância que a família assume na formação do indivíduo enquanto adulto saudável e no processo de reinserção social do indivíduo após findar com os consumos, mas o seu destaque não fica por aí. Mesmo após colocar um fim à dependência de drogas, os indivíduos “são olhados socialmente, e por muito tempo, como toxicodependentes” ou “bêbados”, face a isto revela-se imprescindível o apoio da família enquanto elo de proteção de eventuais inseguranças, inferioridades, exclusões ou marginalidades (Jorge Rebelo, 2007, p. 45). Para o indivíduo que põe fim à dependência revela-se importante o reconhecimento social, o que implica uma mudança de papéis, onde o sujeito pretende obter uma nova identidade perante a sociedade. O reconhecimento social é por esta perspetiva “uma componente essencial do próprio percurso que vai da exclusão à reinserção” social plena (Jorge Rebelo, 2007, p. 50).

Através dos argumentos aqui apresentados é visível o papel da família no desenvolvimento do indivíduo, até porque não podemos pensar em viver sem família, e depois porque ela determina no indivíduo as primeiras relações sociais que ele estabelece assim como as primeiras aprendizagens, sendo que estas exercem grande influência para

a construção da personalidade, a este ver parece pertinente que o terapeuta perceba o funcionamento da família do consumidor, as circunstâncias em que vive, situações de grupo ou individuais que tenham marcado a família positivamente e negativamente (Joana Rebelo, 2008).

Segundo o Projecto Homem (2001) a família é, ou pelo menos deveria ser, um conjunto de elementos ligados afetivamente e emocionalmente, é um terreno onde os afetos são essenciais, cumprindo-se isto a família apresenta-se como um aliado terapêutico, sendo fundamental em todo o processo de reabilitação. O PH sempre considerou imprescindível o trabalho junto das famílias, e diga-se que uma parte dos êxitos no tratamento da toxicod dependência foram aqueles em que as famílias estiveram presentes, constituindo uma aliança utente – terapeuta – família, e daí que o PH sempre tenha dedicado especial atenção às famílias do consumidor, isto porque a família aparece como um meio facilitador do tratamento (Projecto Homem, 2001).

“A qualidade de vinculação é um fator importante na vida do toxicod dependente, uma vez que o desapego afetivo do indivíduo (. . .) acaba por ser extensível a todos os objetos do meio, junto dos quais o indivíduo poderia encontrar uma relação satisfatória” (Joana Rebelo, 2008, p. 28) muitos autores consideram que pais disponíveis e afetuosos contribuem para a formação de um indivíduo ‘seguro’. Assiste-se por isso a uma revalorização do papel da família enquanto “responsável” pela integração social dos seus membros enquanto cidadãos (Leandro, 2001).

A vinculação aos pais ou as relações de confiança no seio da família surgem como fatores dissuasivos do consumo de drogas, demonstrando que a estabilidade e ambiente familiar, o diálogo entre pais e filhos, são alguns fatores de proteção eficazes relativamente ao consumo de drogas. (Joana Rebelo, 2008, pp. 28-29).

Estudos feitos demonstram que em famílias onde se observam abuso de álcool e drogas as famílias apresentam-se disfuncionais, e por isso os indivíduos apresentam-se mais propícios a mais tarde ou mais cedo seguirem os exemplos familiares (Joana Rebelo, 2008).

Consideram-se certos fatores familiares como fatores de proteção que podem intervir no processo de tratamento, como por exemplo relações afetivas próximas com os pais e família, ausência de abuso de drogas lícitas e ilícitas por membros familiares mais próximos, relações interpessoais não conflituosas, envolvimento afetivo. Um clima de amor e afeto entre os elementos familiares é muito importante de modo a o indivíduo atingir uma estabilidade emocional. “Um ambiente familiar harmonioso e afetoso são

preventivos de doenças, nomeadamente em relação aos comportamentos de dependência” (Projecto Homem, 2001, p. 95). Dias (2001) também elucida para esta questão ao referir que a criança ou adolescente necessita de sentir um envolvimento afetivo por parte da família, quer verbal, quer não-verbal. A existência de laços fortes e uma comunicação ativa entre os seus membros revelam-se fundamentais para a estabilidade emocional no meio familiar (Relvas et al., 2006).

Na verdade toda a interação humana e social deveria estar envolta numa dimensão afetiva, “a criança torna-se sensível às atitudes afetivas dos pais e vulnerável às situações que lhe provocam instabilidade”, a afetividade constitui por isso parte essencial na forma como apreendemos e compreendemos o mundo que nos rodeia (Dias, 2001, p. 71). “A privação da afetividade nos primeiros tempos de vida da criança provoca no seu desenvolvimento físico e intelectual deficiências”, segundo o autor é a qualidade afetiva que o indivíduo recebe que proporcionará um saudável desenvolvimento psico-afetivo (Dias, 2001, p. 75). Em suma o papel da família, no campo dos afetos, revela-se imprescindível para um saudável desenvolvimento do indivíduo, sem desvios.

O Projecto Homem (2001) preconizou para a família do toxicodependente uma zona de equilíbrio que permitiria um desenvolvimento pessoal com vista ao sucesso do tratamento, esta zona é composta pela presença assídua dos familiares no processo de tratamento, comunicação entre os membros da família, atenção para com os problemas, capacidade de comunicar afetos e de expressar apoio, capacidade de oferecer recompensas e autorizações. De referir que estes aspetos resultam quando usados de forma equilibrada, quando não são usados, ou quando são usados em demasia não trazem os frutos desejados, a ação por parte da família não deve ser neutra, mas também não deve ser invasiva, daí que se deva encontrar uma zona de equilíbrio, isto porque em muitos estudos feitos a educação preconizada por parte da família é considerada muitas vezes fonte potencializadora ou inibidora de consumos (Lorente & Heras, 1994; Projecto Homem, 2001; Joana Rebelo, 2008).

O que acontece muitas vezes é que quando a família se confronta com perturbações reage rigidamente mediante duas formas, retroalimentação negativa ou retroalimentação positiva. Quando negativa, a família aumenta o controlo, endurecendo a aplicação das regras, quando positiva, a família relaxa os seus limites entre o desvio e a norma padrão (Dias, 2001), tal situação acontece com a toxicodependência que é capaz de alterar toda a regulação do sistema familiar, criando uma retroalimentação negativa que em nada vai ajudar o toxicodependente. Importa por isso que nestes momentos não haja uma atitude

de reprovação ou pânico por parte da família para com o consumidor (Sanchez et al., 1982).

A família, desde tenra idade, deve revelar-se um meio acolhedor, capaz de garantir a segurança dos seus membros e de se ajustar a todas as exigências socioemocionais dos seus constituintes particularmente nos primeiros anos de vida desses. Com o desenvolvimento da criança para adolescente e naturalmente para adulto a família deve encaminhar o indivíduo num processo de crescimento onde naturalmente vai adquirido a sua independência e progressivamente se vai integrando no seu meio social, “sem excessivos traumatismos”, este processo deve acompanhar-se da existência de regras familiares que facilitarão o crescimento da criança e a sua transformação em adulto saudável (Barata, 1975, p. 67). Os familiares, essencialmente os pais devem mostrar-se orgulhosos dos filhos, encoraja-los, acompanha-los, manifestar afeto físico e aprovação, amor e aceitação, este será o comportamento correto que os pais devem ter em relação aos filhos de modo a evitar futuras associações aos consumos (Joana Rebelo, 2008).

“O trabalho com as famílias constituiu uma parte significativa da intervenção na reinserção social do indivíduo sendo a (re)ativação de competências o ponto chave deste trabalho” (Alexandre, 2004, p. 85). A comunicação no meio familiar é um mecanismo regulador das interações no qual o sujeito se vai construindo, mediante as finalidades que vai interiorizando assim como o meio em que está inserido. É no meio social e particularmente na família que envolve o indivíduo que ele encontra as razões para *ser* e *estar*. (Dias, 2001).

Para o indivíduo se tornar autónomo seria ideal que obtivesse as três autonomias a seguir apresentadas: autonomia afetiva onde se espera que o indivíduo pondere a possibilidade de construir o seu próprio agregado familiar; autonomia espacial ou territorial onde se espera que obtenha habitação própria; autonomia económica, de forma a poder sustentar as duas autonomias anteriores (Vicente et al., 2004).

Fica aqui enunciada uma ideia de extrema importância no campo da reinserção, muitas vezes referida pelos terapeutas, “não servirá de nada proporcionar o material «o ter» se a pessoa não tiver conseguido atingir «o ser», e este é um ponto que diz respeito sobretudo à família e às suas relações” (Jorge Rebelo, 2007, p. 36).

CAPÍTULO 2

Problemática e Hipóteses de Estudo

Durante anos o tratamento das dependências passou apenas pelo tratamento do próprio dependente, as variadas dependências eram encaradas como um problema claramente individual. Contudo, a importância do apoio familiar no decorrer dos processos de tratamento de ex-dependentes tem sido amplamente anunciado por vários autores (Colle, 2001 Projecto Homem, 2001). De acordo com alguns autores o envolvimento da família no processo de recuperação revelar-se-ia um grande aliado terapêutico, formando uma aliança utente – terapeuta – família, podendo mesmo ditar o sucesso ou insucesso do processo de tratamento (Projecto Homem, 2001). O papel da família passaria assim por meio facilitador do processo de (re)integração social.

Após anos de consumo os ex-dependentes não estão conectados ao seu meio e a família pode surgir como uma ponte de ligação entre eles e a restante sociedade, a família passa assim a ser encarada por alguns como um elemento fulcral no processo de tratamento (Colle, 2001). Especula-se que a presença, participação e colaboração no processo de tratamento dos familiares será uma mais-valia para todo o processo que o dependente vai enfrentar, proporcionando um suporte construtivo e valioso para o processo de recuperação (Iglesias et al., 1995).

É no contexto apresentado que surge o presente problema de investigação.

1. Pergunta de Partida

Segundo Quivy e Campenhoudt (2005) uma pergunta de partida deve essencialmente mostrar-se clara, exequível e pertinente até porque é ela que será o fio condutor de toda a investigação, o investigador deve por isso expressar o mais concretamente possível aquilo que pretende saber. Tendo em base estas premissas foi elaborada a seguinte pergunta de partida:

Qual o papel que a família ocupa no processo de reinserção social do toxicodependente e do alcoólico?

2. Definição dos Objetivos de Investigação

Após a construção da pergunta de partida surge a necessidade de delimitar os objetivos de pesquisa, pareceu-nos interessante organizar esta dissertação em torno de um objetivo geral, que segundo Richardson e colaboradores (1985) explica o que se pretende obter com a realização da pesquisa, e de objetivos específicos que definem aquilo que se irá estudar e que consequentemente permitem alcançar o objetivo geral. Os objetivos, a par da pergunta de partida também eles revelam crucial importância na orientação do processo da pesquisa, com a identificação dos objetivos, identificam-se também o tema,

a problemática da investigação e os principais conceitos que a sustentam (C. D. Moreira, 1994).

a. Objetivo Geral

- Aprender todo o percurso do toxicodependente e alcoólico desde a imersão no mundo da exclusão social proveniente dos consumos até à sua plena reinserção social sem descurar do papel que a família assume neste percurso.

b. Objetivos Específicos

- Perceber a carreira do autoexclusão do toxicodependente, circunscrever todas as variáveis que o campo da toxicoddependência comporta, desde os sentimentos presentes até aos atos que o indivíduo pratica, assim como as motivações que o levam aos consumos, sem descurar do conjunto de drogas e efeitos que se serve.
- Explanar os comportamentos que o consumo excessivo de álcool provoca no indivíduo, na família e no meio envolvente, compreender as motivações destes consumos.
- Compreender o processo de exclusão social de que os alcoólicos e os toxicodependentes em particular são alvo a partir do momento que recebem o “rótulo de “bêbados” e toxicodependentes” por parte da sociedade sem deixar de perceber a influência que esse rótulo produz no processo de reinserção social dos mesmos.
- Aprender todo o processo de reinserção social a que o alcoólico e toxicodependente se expõe, perceber o seu modo de funcionamento e analisar todas a vertentes sobre as quais a RS trabalha.
- Explanar a rede social de apoio familiar de que o alcoólico e toxicodependente se servem, perceber qual o seu papel e influência no seu processo de reinserção social e analisar ainda as dinâmicas de apoio presentes nesta rede social.

3. Formulação das Hipóteses de Trabalho

De acordo com vários autores uma investigação que se organize em torno de hipóteses de trabalho permitem conduzir o trabalho com maior ordem e rigor (Deshaies, 1992; Quivy & Campenhoudt, 2005), Quivy e Campenhoudt chegam mesmo a referir que “um trabalho não pode ser considerado uma verdadeira investigação se não se estrutura em torno de uma ou de várias hipóteses” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 119). Também Marconi e Lakatos (2003) alertam para a importância de se construírem hipóteses, as

autoras mencionam que a utilização de hipóteses claras por parte do investigador permite uma melhor interpretação e compreensão da pesquisa, porque na realidade uma hipótese expõe aquilo que se procura, funciona como que uma antecipação que será colocada à prova através de uma verificação empírica que permitirá, esperamos, validar as nossas hipóteses (Goode & Hatt, 1972). “A utilização de uma hipótese é necessária para que a pesquisa apresente resultados úteis, ou seja, atinja níveis de interpretação mais altos” (Marconi & Lakatos, 1996, p. 27).

Uma hipótese é então um enunciado geral formulado que visa à partida uma solução para determinado problema, sendo suscetível, como já referimos, de verificação empírica, importa por isso que as hipóteses sejam verificáveis. As hipóteses além de produzirem prováveis explicações para determinados acontecimentos, servem ainda de orientação para a recolha da informação pertinente (Deshaies, 1992; Marconi & Lakatos, 1996; Marconi & Lakatos, 2003).

Deshaies (1992) resume sumariamente o papel que as hipóteses desempenham numa investigação. O autor destaca quatro papéis fundamentais. Em primeiro lugar dá destaque à orientação que as hipóteses dão a pesquisa, quer a nível de recolha de factos, dados ou acontecimentos. De seguida dá ênfase ao papel das hipóteses enquanto tentativas de explicação para determinados comportamentos ou acontecimentos. Em terceiro lugar refere que a hipótese fornece um plano assim como indicações precisas quanto à forma de conduzir a investigação, tais como a escolha do melhor método e melhor técnica a adotar no decurso da investigação. Por último ainda refere a verificação empírica de que a hipóteses elaboradas são alvo.

Sendo assim, foram elaboradas três hipóteses, estas hipóteses elucidam para “uma suposta, provável e provisória resposta” ao problema que trato nesta dissertação (Marconi & Lakatos, 2003, p. 126). Tendo por base este princípio e a investigação operada foram elaboradas as seguintes hipóteses:

- A família envolve-se no processo de tratamento, apresenta-se como um aliado terapêutico, facilitando o processo de reinserção social.
- A família não se envolve no processo de reinserção social, contudo tal situação não produz repercussões no processo de reinserção social do indivíduo.
- A família não se envolve no processo de tratamento, o que consequentemente dificulta o processo de reinserção social do indivíduo.

A hipótese constrói “uma relação específica entre fenómenos, de tal maneira que esta relação possa ser empiricamente verificada” (Goode & Hatt, 1972, p. 98), neste caso

particular estamos a supor que existe uma relação entre a família e o sucesso da reinserção social dos indivíduos que se encontram em processo de tratamento após consumos. Trata-se nesta investigação de uma relação causal (Gil, 1999; Richardson, Peres, Correia, Peres, & Wanderley, 1985; Selltiz, Jahoda, Deutsch, & Cook, 1967) onde se supõe que existe uma relação de causa-efeito entre as variáveis apresentadas, neste caso, a família e o processo de reinserção social do indivíduo. As hipóteses de relação causal afirmam que um acontecimento específico – neste caso o envolvimento da família –, pode ser um dos fatores que determina um outro acontecimento específico – neste caso o sucesso do processo de reinserção social dos toxicodependentes e alcoólicos (Selltiz et al., 1967). Observa-se então a existência de uma variável independente que nesta investigação será a família, e de uma variável dependente, o processo de reinserção, supõe-se que a variável independente influenciará a variável dependente (Gil, 1999; Kerlinger, 1980).

Contudo, como alerta Gil de um modo geral “as hipóteses elaboradas nas ciências sociais não são rigorosamente causais” apenas alertam para a possibilidade da existência de uma relação entre as variáveis (Gil, 1999, p. 59), e por esta razão nunca poderemos ter a certeza absoluta de que a relação tenha sido conclusivamente demonstrada, o cumular de estudos que possam ir na mesma direção que a nossa permitem aumentar a confiança, mas tal não permitirá nunca que se constitua prova absoluta (Selltiz et al., 1967).

As nossas hipóteses, tal como se poderá observar apresentam-se contrárias, a primeira hipótese contrapõe-se às duas seguintes e a segunda e terceira hipótese contrapõem-se uma à outra. As nossas orientações vão no intento de comprovar a primeira hipótese, sendo que a segunda poderá encontrar-se em alguns casos estreitamente ligada à primeira. Contudo, tendo em vista os argumentos apresentados durante esta dissertação não descartamos a possibilidade de a terceira hipótese poder também ela entrar na explicitação desta problemática. Nós acreditamos que tal hipótese poderá eventualmente entrar nesta pesquisa particularmente no caso da população que sofre da problemática do álcool, estamos a falar de populações em muitos casos pautadas por lares desunidos e históricos de violência doméstica fruto do consumo desregrado do álcool, nestes casos particulares ter o apoio da família torna-se uma realidade difícil de alcançar.

A apresentação destas três hipóteses expõem todos os caminhos possíveis aos quais esta investigação nos poderá levar, neste caso, e tal como o elucida Schrader a investigação não irá mais além do que aquilo que as hipóteses anteriormente apresentadas afirmam (Schrader, 1974). As três hipóteses apresentadas são, assim, os três caminhos possíveis onde esta investigação pode culminar.

CAPÍTULO 3

Metodologia

Antes de passar para a explicitação dos métodos adotados nesta pesquisa parece-me pertinente que se refira que a escolha dos métodos e técnicas para esta investigação foi operada tendo em conta o problema a ser estudado, assim como as hipóteses construídas e não menos importante, as características da população. Na escolha dos “instrumentos metodológicos” não se trata de um mero capricho ou simples gosto, depende antes de vários fatores relacionadas com a pesquisa, tais como o objeto da pesquisa, a natureza do fenómeno, tempo e recursos disponíveis, entre outros (Marconi & Lakatos, 1996)

3.1. Recolha de Informação

O primeiro passo a ser dado para dar início à construção desta dissertação foi proceder à pesquisa documental e bibliográfica das diversas perspetivas teóricas acerca do assunto de modo a ter elementos suficientes que me permitissem conhecer o melhor possível o fenómeno a ser estudado. A pesquisa documental constitui “um passo preliminar essencial em cada projeto de pesquisa.” (C. D. Moreira, 1994, p. 28). Nesta perspetiva “o papel da teoria é tornar visível o invisível” (C. D. Moreira, 1994, p. 19), o investigador pesquisa todo um reportório de material acerca da problemática que pretende estudar, definindo padrões e atribuindo significados que estimularão ideias que se tornarão em hipóteses (C. D. Moreira, 1994; Mann, 1973). A finalidade da pesquisa bibliográfica é colocar o pesquisador em contato com tudo o que foi dito e escrito acerca do assunto que pretende estudar (Marconi & Lakatos, 1996). O uso de fontes documentais possibilita o conhecimento do passado, permite conhecer o melhor possível o fenómeno, permite a obtenção de dados sem recorrer a sujeitos e sugere problemas e hipóteses que se revelem pertinentes (Gil, 1999; Marconi & Lakatos, 1996).

Neste domínio é de extrema importância a escolha de um método de trabalho que se apresente o mais adequado possível aos objetivos de estudo assim como à população alvo. Para Marconi e Lakatos o

método é o conjunto de atividades sistemáticas e racionais que (. . .) permite alcançar o objetivo – conhecimentos válidos e verdadeiros –, traçando o caminho a ser seguido, detetando erros e auxiliando as decisões do cientista” (Marconi & Lakatos, 2003, p. 83).

Podem distinguir-se dois grandes métodos, qualitativos e quantitativos que “divergem, dependendo da orientação metodológica básica do pesquisador.” (Haguette, 1995, p. 63). No presente estudo optamos por as metodologias qualitativas por considerar

serem as mais adequadas aos objetivos de estudo assim como à população alvo, que se apresenta reduzida.

Bogdan e Biklen apresentam cinco características próprias da metodologia qualitativa que nos parece pertinente desde já apresentar, em primeiro lugar dão destaque ao facto de nestas investigações a fonte direta de dados ser o ambiente natural, e daí o investigador é o instrumento principal da investigação; de seguida acrescentam que a investigação qualitativa é essencialmente descritiva isto porque os dados recolhidos apresentam-se em forma de palavras, aliás durante a divulgação dos dados desta investigação servir-mos-emos das citações dos participantes no estudo; a terceira característica apresentada pelos autores remete para a particularidade dos investigadores qualitativos se interessarem mais pelo processo do que pelos resultados; a quarta característica da metodologia qualitativa apresentada pelos autores remete para a análise dos dados, que é indutiva, à medida que o estudo vai decorrendo e que se vão recolhendo os dados vão-se construindo significações; por último os significados que os atores atribuem às coisas e o modo como dão sentido as suas vidas apresenta crucial importância dentro da metodologia qualitativa, “ao apreender as perspetivas dos participantes, a investigação qualitativa faz luz sobre a dinâmica interna das situações, dinâmica esta que é frequentemente invisível para o observador exterior” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 51). Estas cinco características apresentam e resumem sumariamente a metodologia qualitativa. Os pesquisadores que se servem da metodologia qualitativa ressaltam “a natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o que é estudado”, neste meio interessa compreender o modo como as experiências sociais são criadas e adquirem significado (Denzin & Lincoln, 2006, p. 23).

Este “projeto científico é, pois, uma ‘tentativa’ de objetivação do mundo submetida a um certo controlo empírico e social” (Lessard-Hérbert, Goyette, & Boutin, 1994, p. 67)

Dentro desta metodologia qualitativa selecionamos o método da entrevista, por esta se apresentar primordial no processo de comunicação entre a interação humana, permitindo-nos assim aproximar mais da perspetiva dos atores. O método da entrevista caracteriza-se por um contacto direto entre o entrevistador e o entrevistado onde este tem a possibilidade de se exprimir oralmente o que possibilita o entrevistador de recolher um elevado número de dados diversificados obtidos de forma direta, em primeira mão (Denzin & Lincoln, 2006; Gil, 1999; Selltitz et al., 1967) e por este fator as entrevistas permitem ao investigador retirar “informações e elementos de reflexão muito ricos” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 192). A entrevista pode então ser definida como “um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem

por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado” (Haguette, 1995, p. 86). Trata-se de uma relação direta, com um duplo sentido (Ketele & Roegiers, 1999) onde há a circulação de informação entre o entrevistador (pelas perguntas) e entrevistado (pelas respostas). A entrevista é a técnica por excelência para a obtenção de “informação no presente ou, retrospectivamente no passado” (Ketele & Roegiers, 1999, p. 41).

Esta técnica, usada para fins científicos, tem como fim alcançar a compreensão objetiva de um problema, ainda que este seja subjetivo, através de um discurso, realizado entre duas pessoas, um entrevistador e um entrevistado, dirigida e registada pelo entrevistador, sendo que cabe ao entrevistador ainda favorecer a produção de um discurso linear por parte do entrevistado sobre um dado tema (Blanch, Ghiglione, Massonnat, & Trognon, 1989).

Para muitos autores a entrevista é a técnica de excelência no que toca a recolha de informação em investigação social (Gil, 1999; Marconi & Lakatos, 2003). Esta técnica permite a recolha de dados “reais”, “ricos” e “profundos” (Carmo & Ferreira, 1998).

Através da entrevista esperamos obter as percepções dos entrevistados acerca das suas vivências e experiências durante o seu percurso enquanto consumidores e ainda depois de procederem ao tratamento, ou seja, na sua (re)integração em sociedade. Pretendemos e esperamos obter respostas o mais honestas possíveis, mantendo o mais possível o conteúdo da entrevista próximo dos nossos objetivos e das hipóteses de trabalho.

As entrevistas podem assumir diversas configurações de forma a moldarem-se o melhor possível aos objetivos de pesquisa e ao meio ambiente (Carmo & Ferreira, 1998), nesta dissertação utilizaremos a entrevista semidirectiva ou semidirigida, onde dispomos de um guião no qual constam uma série de perguntas guias, às quais pretendemos obter uma resposta, contudo durante a entrevista outras perguntas que considere pertinente poderão ser colocadas, assim como assuntos desenvolvidos por parte dos entrevistados. Este método permite desta forma que sejam aprofundadas questões do nosso interesse, ao mesmo tempo que dá alguma liberdade ao entrevistado para desenvolver alguns assuntos (Ketele & Roegiers, 1999; Quivy & Campenhoudt, 2005; Richardson et al., 1985).

A entrevista, e particularmente a entrevista semidirigida é efetivamente o melhor meio de obter informação, particularmente quando se tratam de assuntos delicados, íntimos, emocionalmente carregados e complexos, quando se tratam de experiências muito particulares e quando se pretende a compreensão profunda de um fenómeno (Savoie-Zajc, 2003; Selltiz et al., 1967), isto porque o objetivo primordial da entrevista

semidirigida é “(...) tornar explícito o universo do outro” (Savoie-Zajc, 2003, p. 284), e nas populações que pretendemos inquirir deve ser dada particular atenção a este assunto. Por essa razão questões que se possam revelar ameaçadoras devem ser enunciadas de forma a permitir que o entrevistado responda sem constrangimentos, as questões devem ainda ser elaboradas de forma a favorecer o fácil desenvolvimento da entrevista (Gil, 1999).

Para a construção da entrevista e para uma melhor forma de organizar o nosso pensamento procedemos a elaboração de uma grelha analítica (anexo grelha analítica) onde constam as dimensões de análise que a entrevista deverá comportar. Posteriormente, seguindo essa grelha de análise procedemos a elaboração do guião da entrevista onde foram preparadas um conjunto de perguntas guias (anexo guião da entrevista) que orientaram esta investigação e das quais nos serviremos para a realização da entrevista. Estas perguntas guias permitem um nível mínimo de padronização das perguntas possibilitando que posteriormente sejam comparadas entre si (Gil, 1999), quanto mais padronizadas forem as entrevistas mais segurança se obterá na posterior categorização (Marconi & Lakatos, 1996). Ainda que o investigador se sirva de um guião, as entrevistas qualitativas oferecem uma grande amplitude de temas que permitem ao investigador levantar uma série de tópicos e simultaneamente oferecem ao entrevistado a oportunidade de moldar o seu conteúdo (Bogdan & Biklen, 1994).

O método da entrevista tem a grande vantagem de permitir um grau de profundidade dos elementos em análise, assim como uma grande flexibilidade, tendo ainda a vantagem, já referida, de recolher os testemunhos em primeira mão (C. D. Moreira, 1994; Quivy & Campenhoudt, 2005).

Através da entrevista “podemos obter informações tao minuciosas e complexas quanto desejarmos” (Boudon, 1990, p. 93), o sociólogo é livre de recolher toda e qualquer informação, enfim, tudo o que considerar pertinente para a análise do seu objeto de estudo, “pode, pois, escolher livremente a população de contextos que deseja estudar, e destacar destes as informações que lhe parecem úteis” (Boudon, 1990, p. 95).

Através das entrevistas efetuadas vão objetivar-se as intenções e as situações, investigar as ideias e inferir sentidos nas ações individuais e nas interações sociais (Coutinho, 2011) que são apresentadas no decurso das entrevistas pela perspetiva dos próprios toxicod dependentes e alcoólicos que já estão neste momento em processo de reintegração social.

A entrevista revela-se uma técnica bastante flexível e tem características que a distinguem das outras técnicas, uma das que se sobressai de imediato é o facto de a

entrevista poder ser realizada em toda a população, falamos aqui do caso particular dos analfabetos, neste caso os entrevistados não têm de ter o requisito de saber ler e escrever; pelo facto de se apresentar uma técnica flexível, a entrevista permite ainda que o entrevistador repita sempre que necessário as perguntas, e sempre que se levantem dúvidas há a possibilidade do entrevistador especificar a questão, a flexibilidade da entrevista tem também a ver com a duração da mesma, ela durará o tempo que for necessário, até que se recolham os dados pertinentes para a investigação; por outro lado, esta é uma técnica que permite uma recolha direta dos dados, e por essa razão dá a possibilidade ao investigador de analisar as atitudes e os comportamentos dos entrevistados no decorrer da entrevista, permite-me assim detetar certos atributos e traços de personalidade que não vêm no discurso mas que com o desenvolver da entrevista são possíveis de ser detetados pela visão, a técnica da entrevista oferece então maior oportunidade para observar e avaliar atitudes e condutas (Marconi & Lakatos, 1996; Marconi & Lakatos, 2003), “o entrevistador pode observar não apenas o que diz o entrevistado, mas também como o diz” (Selltiz et al., 1967, p. 272). Richardson elucida bem para esta questão ao referir que a entrevista “(...) tem o carácter, inquestionável, de proximidade entre as pessoas, que proporciona as melhores possibilidades de penetrar na mente, vida e definição dos indivíduos” (Richardson et al., 1985, p. 160).

Por todos estes argumentos aqui apresentados, e tendo em conta as características particulares das populações em estudo, esta é sem dúvida a técnica que melhor se adequa à população que pretendemos estudar. Há, contudo, uma série de questões que requerem a nossa atenção, estamos a falar de questões que se prendem com a dificuldade de expressão e comunicação, que no caso particular destas populações se torna mais preocupante pela constante desconfiança para com pessoas desconhecidas, o que leva ainda a outra questão pertinente, pela desconfiança pode ocorrer que os entrevistados ocultem informações relevantes para o que aqui se pretende estudar. Outra questão ainda a ser contornada remete para a incompreensão do significado das perguntas, e por essa razão tentarei que sejam o mais simples possível. Esta última questão assume particular importância no caso dos indivíduos que sofreram da patologia do alcoolismo, falamos de pessoas que devido ao consumo prolongado de anos, trazem consigo elevados défices cognitivos e insuficiência vocabular, juntamente com os tantos outros problemas. Daí revela-se fundamental que a entrevista tenha um nível de compreensão o mais simples possível. Estes são fatores que se prendem ao entrevistado.

No que se refere à presença do investigador, há ainda também algumas particularidades que devem ser tomadas em consideração aquando da realização da

entrevista. Uma primeira tem a ver com a possível influência que o entrevistador possa assumir sobre o entrevistado durante a entrevista, há, portanto, a necessidade de o entrevistador ser o mais cuidadoso possível na forma como coloca as questões, particularmente nestas populações a questão tonar-se ainda mais sensível. Outra situação que pode influenciar a entrevista remete para as diferenças culturais entre entrevistador e entrevistado, trata-se mais uma vez de que o entrevistador tente aproximar-se da compreensão do entrevistado. (Carmo & Ferreira, 1998). Tendo em conta estas questões tentaremos adequar a entrevista e a nossa postura durante a realização da mesma à população a quem ela se dirige.

A entrevista é efetivamente uma técnica amplamente utilizada nas ciências sociais, Gil (1999) destaca três razões que estão na base da sua frequente escolha, destaca-se desde logo a possibilidade de obtenção de dados acerca dos diversos aspetos da vida social, segue-se a eficiente obtenção de dados em profundidade, por ultimo, os dados obtidos pela entrevista são suscetíveis de classificação e quantificação, neste caso particular tal classificação e quantificação vai operar-se pela técnica da análise de conteúdo. Parece-me pertinente juntar a esta trilogia a flexibilidade da entrevista, também mencionada por Gil, “a entrevista é seguramente a mais flexível de todas as técnicas de coleta de dados de que dispõem as ciências sociais” (Gil, 1999, p. 119).

A entrevista será realizada pessoalmente no intento de uma melhor compreensão do assunto, sendo que nos permite ainda criar um ambiente favorável que encoraje o entrevistado a expressar as suas motivações e os seus sentimentos (Asti Vera, 1976). Esta escolha é tomada tendo por base as características da população, sendo que daí a seleção do menor número de pessoas a assistir a entrevista e dos locais mais discretos influenciam favoravelmente a realização da entrevista. Recorreremos ao apoio de uma gravação em formato áudio, com o devido consentimento dos entrevistados, com o objetivo de captar todo o testemunho do entrevistado e ainda poder utilizar os testemunhos na comprovação, ou não, das hipóteses de trabalho. As entrevistas foram realizadas numa sala isolada da instituição, individualmente, durante dois meses, de Abril a Maio de 2015. Os indivíduos a inquirir foram sendo providenciados pela Doutora Flávia Ferreira, Diretora da RS de acordo com a disponibilidade dos mesmos.

De referir, que em investigação social, “o método da entrevista está sempre associado a um método de análise de conteúdo”, da qual me servirei para testar as minhas hipóteses de trabalho e futuramente para a apresentação e discussão dos resultados obtidos através da mesma entrevista (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 195).

Nesta entrevista tentarei responder à pergunta de partida, “qual o papel que a família ocupa no processo de reinserção social do toxicodependente e do alcoólico?”, para tal a entrevista terá várias perguntas relacionadas com o percurso do consumidor, com o seu processo de tratamento e com a sua relação familiar antes e durante o processo de tratamento. Espero através das respostas obtidas comprovar uma ou mais das hipóteses de trabalho.

No que se refere à amostra, Moreira (1994) argumenta que as amostras intencionais são as que mais se adequam para a aplicação da técnica da entrevista, neste caso particular partilhamos a mesma opinião do autor, falamos então de amostragens não-probabilísticas, as “amostras não probabilísticas podem ser selecionadas tendo como base critérios de escolha intencional (...)”, sendo diversificadamente usadas para estudos em profundidade (Carmo & Ferreira, 1998, p. 197). A aplicação de uma amostragem probabilística nesta pesquisa é desnecessária e inadequada.

Para a escolha da melhor amostra a inquirir, de entre as variadas instituições que poderíamos optar, optamos pela instituição Projeto Homem e apenas só. Pensamos eventualmente inquirir indivíduos de diferentes instituições, mas, cada instituição tem uma forma de funcionamento muito própria e por vezes diferente entre elas, daí que algumas perguntas poderiam ser uma mais-valia numa instituição mas uma improdutividade em outras, o que consequentemente poderia trazer problemas aquando da análise das entrevistas. Esta pareceu-nos uma boa escolha, permitiu que inquiríssemos ambas as populações aqui em estudo, toxicodependentes e alcoólicos numa única instituição, permitiu ainda que inquiríssemos indivíduos que estão já reabilitados e que lentamente estão a ser novamente (re)inseridos em sociedade. Após o conhecimento do funcionamento da instituição partimos para a construção da entrevista.

A nossa amostra será constituída por indivíduos que se encontram na terceira fase do PH, ou seja na RS, será portanto uma amostra por conveniência, aliás amplamente utilizada em metodologias qualitativas (Carmo & Ferreira, 1998; Coutinho, 2011; Gil, 1999) uma vez que a recolha de dados vai operar-se junto de um grupo já constituído, sendo que não vai haver qualquer escolha específica entre os indivíduos que a constituem, até porque falamos de populações reduzidas. Todavia, apesar da escassez de tempo e pela indisponibilidade e impossibilidade imediata para a realização da entrevista por parte dos indivíduos que integram a RS, neste caso particular indivíduos que já não se encontram a residir na Instituição, foi-nos apenas possível inquirir dez indivíduos desta mesma instituição num universo interno de vinte indivíduos. Antes da realização das entrevistas

a entrevista foi previamente analisada pela Doutora Flávia, diretora da fase da RS, no sentido de conferir se a mesma se adequaria às populações a inquirir.

A escolha deste tipo de amostra pressupõe por isso, como o argumenta Coutinho (2011), uma dificuldade – sendo em muitos casos impossibilidade (Marconi e Lakatos (1996) – de generalização para além do grupo em estudo, contudo não deixa de ter a sua validade, dentro de um contexto específico (Marconi e Lakatos, 1996). Acerca deste aspeto Martins refere que a preocupação de um investigador quando parte para uma pesquisa de carácter qualitativo não deve ser a da pesquisa ser passível de generalização (Martins, 2004). Como o já referi anteriormente a metodologia qualitativa caracteriza-se pelo estudo de uma dada realidade social em amplitude e em profundidade tendo em vista a explicação válida dessa mesma realidade, o investigador deve portanto ter em mente que os dados que recolhe daquela realidade social em particular são sempre característicos dessa realidade social em concreto e portanto parciais. Também Alves (1991) alerta para esta questão, na análise qualitativa as realidades são estudadas em profundidade no seu todo existindo um conjunto de elementos próprios afetos a essa realidade, não se podendo por isso identificar relações lineares de causa e efeito ou generalizações de tipo estatístico. A realidade estudada é por esta perspetiva uma “realidade global”, os indivíduos “(...) não são reduzidos a variáveis mas são vistos como um todo (...)” (Carmo & Ferreira, 1998, p. 180). Relativo a esta questão Carmo e Ferreira (1998) revelam que o paradigma qualitativo não pretende a generalização, pretende antes o estudo em profundidade de casos isolados.

Relacionado ainda com a questão da amostra Moreira (1994) argumenta que quando se trata da compreensão de processos a representatividade da amostra revela-se um fator de menor importância, deve antes escolher-se uma “amostra focalizada” que permita o melhor possível a compreensão do fenómeno, daí a nossa escolha recair sobre a instituição PH, particularmente sobre a fase da RS já que se trata de estudar o processo de reinserção social de alcoólicos e toxicodependentes, avaliando a papel da família nesse processo. E esta é uma instituição que não deixa de dar ênfase ao papel da família, que segundo eles, como aliás já referi anteriormente, se poderá revelar um aliado terapêutico. Acerca ainda da questão da amostragem, Guerra vai mais longe chegando mesmo a mencionar que não faz grande sentido falar de amostragem no caso de investigações qualitativas, pois, como a autora menciona, não se procura uma representatividade estatística mas antes uma “representatividade social” (Guerra, 2006, p. 40). A escolha da população e a definição da dimensão da amostra são outro fator que nos levam a optar por uma metodologia qualitativa, usando as palavras de Boudon, “a população que

desejamos estudar é demasiado restrita para possibilitar o emprego dos métodos estatísticos” (Boudon, 1990, p. 121).

Para finalizar, parece-me pertinente abordar uma questão que preocupa todo o investigador quando parte para uma investigação empírica, no caso particular do paradigma qualitativo associa-se a questão da fiabilidade e validade do método. A fiabilidade diz respeito à questão de diferentes codificadores chegarem a resultados idênticos, a validade está associada ao que o investigador pretende medir (Coutinho, 2008): Richardson e colaboradores (1985) dividem a validade em interna que remete para a exatidão dos dados e a adequação das conclusões, e externa que remete para a possibilidade de generalizar os resultados obtidos a outros grupos.

O método qualitativo incide sobre uma posição relativista fruto das múltiplas realidades que podem assumir diversas formas e subjetivista por valorizar o papel do pesquisador na investigação como construtor de conhecimento. “O paradigma qualitativo pretende substituir as noções de explicação, previsão e controlo do paradigma quantitativo pelas de compreensão, significado e ação em que se procura penetrar o mundo pessoal dos sujeitos” (Coutinho, 2008, p. 7). Dado isto, a questão a colocar será ‘como é que verdadeiramente o investigador prova que se podem confiar e aplicar os resultados obtidos na sua pesquisa fruto de um método relativista, subjetivista e interpretativo?’ Coutinho (2008) baseando-se nas ideias de Lincoln e Guba (1991) apresentam quatro critérios que permitem testar a fiabilidade e validade do método qualitativo, são eles:

- A credibilidade, ou seja a capacidade dos participantes confirmarem os dados. Os autores argumentam que uma das formas de testar a credibilidade da pesquisa pode ser alcançada pela revisão dos participantes onde o investigador fornece os resultados da sua análise para que estes possam validar as interpretações do investigador; neste caso particular, por questões de tempo e pelas características das próprias populações a ser inquiridas não se revela apropriado, no nosso parecer, que se realize este procedimento.

- A transferibilidade, ou seja a capacidade dos resultados do estudo serem aplicados noutros contextos. Na realidade nós, tal como Coutinho (2008) cremos que o investigador não terá aqui responsabilidades. A transferibilidade dos resultados da investigação para outros contextos ficará a cargo de quem a prática; Savoie-Zajc (2003) alude a mesma questão referindo que a questão da transferibilidade pertence ao utilizar da investigação, contudo o investigador deverá fornecer a maior quantidade possível de informação no que respeita à amostra, à entrevista e à realização das entrevistas por forma a facilitar a transferibilidade dos resultados obtidos.

- A consistência, ou seja a capacidade de outros investigadores seguirem o mesmo método usado pelo investigador e terem os mesmos resultados, tal situação será praticamente impossível fruto da flexibilidade do método e da interação entre investigador e investigado que está em constante mutação. Esta situação como Coutinho (2008) argumenta é praticamente impossível pelo dados serem “irrepetíveis”.

- E, por último, a aplicabilidade ou confirmabilidade, ou seja a capacidade de outros investigadores confirmarem as construções do investigador. A confirmabilidade na pesquisa quantitativa ocupa o estatuto da objetividade. Lincoln e Guba (1991) citados por Coutinho afirmam que a confirmabilidade será tanto mais fácil de atingir quanto mais dados o investigador disponibilizar, como sejam transcrições da entrevista, guiões da entrevista, explicitação das hipóteses, lista das categorias, ou seja o máximo de informação possível que o investigador se serviu durante o processo de análise de dados, pretende-se com esta disponibilização da informação “traçar todo o processo da pesquisa de modo a que outro investigador (. . .) seja capaz de seguir o pensamento do investigador e entender a forma como trabalhou os dados e tirou as conclusões a partir deles” (Coutinho, 2008, p. 11).

Na análise qualitativa o investigador é o instrumento da recolha de dados e por essa razão a validade e fiabilidade dos dados que se recolhem dependem muito da sensibilidade, conhecimento e experiência do investigador (Carmo & Ferreira, 1998; Coutinho, 2008). No caso das amostras não probabilísticas Carmo e Ferreira (1998) aconselham a que se explique pormenorizadamente como se procedeu à seleção dos elementos a ser inquiridos para melhor atestar a fiabilidade e validade da investigação.

Por mais cuidados e critérios que se sigam a verdade é que os resultados de uma investigação qualitativa estão sempre envoltos numa visão subjetiva (Coutinho, 2008).

3.2. Tratamento e Análise da Informação

Depois de obtida toda a informação através das técnicas referidas no ponto anterior, procederei ao tratamento e análise da informação através da técnica da análise de conteúdo.

“O recurso à análise de conteúdo, para tirar partido de um material dito «qualitativo», é indispensável (...)” na prática do sociólogo. (Bardin, 2008, p. 89). Esta técnica permite “tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade, como, por exemplo, os relatórios de entrevistas” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 227).

A análise de conteúdo é considerada atualmente como uma das técnicas mais comuns na investigação empírica nas ciências humanas e sociais, é uma técnica de investigação que permite “a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”, e “que permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto” (Berelson, 1952 & Krippendorff, 1980, citados in Silva & Pinto, 1986, p. 103). Objetiva pelo facto da análise ser efetuada de acordo com determinadas regras, sistemática pela categorização que se opera permitindo que a totalidade do conteúdo seja ordenado, e quantitativa pelo cálculo, na maioria das vezes, da “frequência dos elementos considerados significativos”, neste caso particular não optaremos pela maioria, sendo que a nossa análise vai recair pela presença (e ausência) dos elementos (Carmo & Ferreira, 1998, p. 251).

Esta técnica permite trabalhar sobre as informações obtidas por entrevistas, mostra-se adequada para tratar a informação recolhida uma vez que os elementos qualitativos apresentam-se intensivos e descritivos, sendo então o número da informação reduzida, contudo complexa e detalhada. A técnica da entrevista revela-se bastante aberta e flexível e por essa razão os elementos obtidos são diversificados sendo que produzem uma enorme variedade de informação descritiva que necessita de ser reduzida e organizada. Estes dois procedimentos vão ser concretizados através da codificação que se opera numa fase à posterior. Quando já temos em nossa posse os dados das entrevistas, nesta codificação “o investigador busca padrões de pensamento ou comportamento, palavras, frase, ou seja regularidades nos dados que justifiquem uma categorização.” (Coutinho, 2011, p.192). Segundo Coutinho (2011) estes sistemas de codificação devem ter duas características básicas, em primeiro lugar, devem captar a informação pertinente relativa aos dados a codificar, e ainda, recolher toda a informação que permita descrever e perceber o melhor possível o fenómeno que se estuda.

Segundo Lawrence Bardin (2008) a análise de conteúdo organiza-se em torno de três etapas seguintes. A pré-análise, etapa que passa pela formulação das hipóteses e dos objetivos de trabalho, pela escolha dos participantes a serem inquiridos e pela “elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final” (Bardin, 2008, p. 131). A segunda etapa, a exploração do material, consiste fundamentalmente na decomposição e codificação dos testemunhos recolhidos através da técnica da entrevista. Segundo Bardin a codificação vai permitir que os testemunhos recolhidos sejam, recortados, agregados e enumerados através da determinação de unidades de registo que correspondem a um segmento de conteúdo que funcionará como unidade de base. Diga-se a respeito da unidade de registo, Bardin apresenta um conjunto de unidades de registo que passam pela

palavra, tema, objeto, personagem, acontecimento e documento. De entre as variadas unidades de registo apresentadas por Bardin, parece-nos que a mais adequada será o tema, segundo a autora o tema é usualmente utilizado “(...) para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças (...)” (Bardin, 2008, p. 131). Ainda segundo a autora este tipo de unidade de registo são as mais usadas quando se trata da análise de respostas a questões abertas como o caso das entrevistas. Acerca da codificação há ainda a referir a determinação de uma outra unidade, a unidade de contexto que codifica a unidade de registo através de um segmento dos testemunhos recolhidos com uma dimensão que permita compreender a significação da unidade de registo. Silva e Pinto (1986) revelam que a unidade de contexto, na análise de conteúdo, revela-se um elemento importante da validade e fidelidade do trabalho do investigador.

No que diz respeito às regras de quantificação, ou se quisermos enumeração como aliás lhes chama Bardin, a autora apresenta também aqui diferentes formas de enumerar os dados recolhidos, seja pela presença (ou ausência), frequência, intensidade, direção, e ordem de determinados elementos, entre outros. Neste caso particular optaremos pela primeira regra de enumeração, ou seja, a presença (ou ainda ausência) de determinados elementos nos testemunhos recolhidos. Aliás Bardin elucida bem para esta escolha ao referir que “o que caracteriza a análise qualitativa é o facto de a inferência (...) ser fundada na presença do índice” (Bardin, 2008, p.142).

Por último, mas não menos importante, há ainda a referir a categorização¹ (anexo categorização), após feita a apreensão e análise dos elementos é necessário classifica-los. Esta não é uma etapa obrigatória na análise de conteúdo, mas a categorização facilita a análise da informação e por essa razão optamos por realiza-la (Richardson et al., 1985). Uma categoria é um termo-chave que remete para a significação central do conceito que se quer deter e das unidades de registo que se encontram associadas a essa categoria (A. Silva & Pinto, 1986). Neste caso como a unidade de registo será temática – tendo por base o tema –, falamos de uma análise de conteúdo categorial onde se vai proceder “à

¹ Quando procedemos à categorização optamos por agregar algumas perguntas numa mesma categoria, é o caso da pergunta relativa à problemática que leva o inquirido a recorrer à instituição e a conseqüente droga de abuso; as áreas da vida afetadas pelos consumos e os conseqüentes problemas decorrentes desses consumos; a perceção do consumidor acerca do seu próprio consumo e os acontecimentos que levaram a esse entendimento; como se descreve depois do processo de tratamento e as diferenças que destaca entre o antes e depois do tratamento; e por último que motivações teve para o tratamento e possíveis influências. A agregação destas perguntas numa mesma categoria relacionam-se com as respostas dos inquiridos, uma vez que quando questionamos para as primeiras perguntas apresentadas os indivíduos orientam as suas respostas já para a conseqüente pergunta. Não faz por essa razão sentido criar categorias diferentes para essas perguntas quando os inquiridos respondem a ambas numa mesma pergunta.

identificação das variáveis cuja dinâmica é potencialmente explicativa de um fenómeno que queremos explicar” (Guerra, 2006, p. 80).

Finalmente, a etapa onde se procede ao tratamento, à inferência e à interpretação dos resultados obtidos. Esta é uma etapa intimamente ligada à anterior, toda a fase de tratamentos dos resultados obtidos relaciona-se com o processo de codificação e enumeração. Esta é a fase por excelência da análise de conteúdo, é aqui que “os resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos (. . .) e válidos” (Bardin, 2008, p.127). Neste caso particular trata-se de uma análise qualitativa e portanto mais intuitiva e por essa razão “a finalidade da análise de conteúdo será pois efetuar inferências com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas.” (A. Silva & Pinto, 1986, p. 104).

Em suma, quando se opta pela técnica da análise de conteúdo há três perguntas às quais o investigador deve tentar dar uma resposta. Com que frequência ocorrem certos acontecimentos, as características e atributos que são associadas a esses acontecimentos, e a associação ou dissociação entre esses acontecimentos, sem dúvida que esta terceira questão suscita particular interesse para nós, tendo em conta as hipóteses elaboradas. Na realidade a análise de conteúdo visa simplificar o mais possível os textos recolhidos das entrevistas com vista a potenciar a apreensão e explicação do conteúdo (A. Silva & Pinto, 1986).

Na análise de conteúdo (anexo análise de conteúdo – tabela 1 a 7) vai-se proceder a uma desmontagem do discurso e à produção de um novo discurso onde as respostas passarão a ter um determinado valor simbólico orientado para os objetivos e hipóteses desta investigação (A. Silva & Pinto, 1986). Este processo baseia-se na análise do texto das entrevistas efetuadas, tentando orientar essa análise para a descoberta de temas que permitam uma comparação entre os diferentes testemunhos, “o investigador busca estruturadas e regularidades nos dados e faz inferências com base nessas regularidades” (Coutinho, 2011, p. 193).

A análise na investigação qualitativa é essencialmente descritiva, esta “descrição deve ser rigorosa e resultar diretamente dos dados recolhidos” (Carmo & Ferreira, 1998, p. 180). Segundo Carmo e Ferreira se a descrição será a primeira etapa da análise de conteúdo e a interpretação a última, a inferência será “(...) o procedimento intermédio que permite a passagem, explícita e controlada, de uma à outra” (Carmo & Ferreira, 1998, p. 252). Através da inferência farei uma interpretação da informação recolhida pela técnica da entrevista, à medida que se vão recolhendo os testemunhos vão-se tentando identificar temas e relações (Alves, 1991).

“O objetivo último de qualquer análise de conteúdo é conseguir produzir inferências válidas e reprodutíveis a partir dos textos analisados” (Landry, 2003, p. 351). Ao proceder à análise de conteúdo da entrevista tentarei inferir a presença ou ausência de certas características ou atributos, assim como a associação ou dissociação entre essas características (Marconi & Lakatos, 1996), trata-se por isto de um método indutivo, através do desenvolvimento de categorias e conceitos tenta-se chegar à “(...) compreensão dos fenômenos a partir de padrões provenientes da recolha de dados” (Carmo & Ferreira, 1998, p. 179). Através da análise de informação recolhida tentarei comprovar uma ou mais das hipóteses de trabalho.

CAPÍTULO 4

Apresentação e Análise dos Dados Recolhidos nas Entrevistas

Este capítulo tem o objetivo de organizar e sintetizar os dados recolhidos junto dos entrevistados no intento de comprovar uma ou mais hipóteses de trabalho.

Conforme previamente referenciado já anteriormente nesta dissertação este estudo contou com a participação de dez indivíduos residentes (que estão ainda inseridos no programa de fases) da valência da RS do PH, cinco ex-consumidores de álcool, que vão do entrevistado um ao entrevistado cinco, e cinco ex-consumidores de drogas, que se identificam entre o entrevistado seis e o entrevistado dez. Num primeiro momento deste exame analisaremos as características sociodemográficas e a trajetória institucional conjuntamente. Posteriormente analisaremos estas duas populações separadamente no intento de descobrir se haverá diferenças ou semelhança entre elas.

4.1. Dados Sociodemográficos

Para uma melhor análise da caracterização sociodemográfica imediata dos entrevistados apresentamos as seguintes tabelas que se orientam para a primeira dimensão de análise da entrevista, dados sociodemográficos:

Tabela 4.1 - Dados Sociodemográficos dos Entrevistados com PLA

Entrevistado	E1	E2	E3	E4	E5
Género	M	F	M	M	M
Idade	46	53	41	41	40
Estado civil	Divorciado	Solteira	Solteiro	Solteiro	Solteiro
Habilitações literárias	6º Ano	4º Ano	12º Ano	2º Ano	1º Ano
Relação atual com o ensino	Sem frequência	Sem frequência	Sem frequência	Sem frequência	Sem frequência
Situação profissional	Desempregado	Desempregado	Desempregado	Desempregado	Desempregado
Área de residência atual	PH – RS	PH – RS	PH – RS	PH – RS	PH – RS
Área de residência anterior ao tratamento	Póvoa de Varzim	S. Pedro da Cova	Santo Tirso	Póvoa de Varzim	Santo Tirso
Habitação fora do PH	Sem residência	Sem residência	Com a mãe	Com o irmão	Com o irmão

Tabela 4.2 - Dados Sociodemográficos dos Entrevistados com PLD

Entrevistado	E6	E7	E8	E9	E10
Género	M	M	M	M	M
Idade	51	38	33	38	47
Estado civil	Divorciado	Solteiro	Solteiro	Solteiro	Solteiro
Habilitações literárias	6º Ano	Sem estudos	12º Ano	2º Ano	4º Ano
Relação atual com o ensino	Sem frequência	Com frequência (2º Ano)	Com frequência (Técnico de Contabilidade)	Sem frequência	Sem frequência
Situação profissional	Desempregado	Desempregado	Desempregado	Desempregado	Desempregado
Área de residência atual	PH – RS	PH – RS	Local de residência (Vila Verde)	PH – RS	PH – RS
Área de residência anterior ao tratamento	Lamego	Santo Tirso	Vila Verde	Braga	Santo Tirso
Habitação fora do PH	Com os pais	Sem residência	Com a mãe	Sem residência	Sem residência

- Assim, mediante a análise das tabelas previamente apresentadas é possível expressar os seguintes enunciados:
- No que concerne ao género, dos dez entrevistados apenas um entrevistado é do sexo feminino, sendo esta oriunda da problemática do álcool, os restantes nove inquiridos pertencem ao sexo masculino;
- Quanto a idade o total dos inquiridos encontra-se num intervalo de idades que vai dos 33 anos (inquirido mais novo) até aos 53 anos (inquirido mais velho);
- Quanto ao estado civil oito dos inquiridos são solteiros e dois divorciados. Dos divorciados um pertence à problemática do álcool e outro a da droga.
- No que se refere às habilitações literárias há já uma maior dispersão das respostas, um dos inqueridos refere não ter qualquer tipo de estudos, está aliás neste momento a estudar (2ºano), outro refere ter apenas o 1º ano, outro dois ficaram pelo 2º ano, dois pelo 4º ano, outros dois pelo 6º ano e por fim outros dois inquiridos mencionam o 12º ano como habilitações concluídas;
- Sobre a sua relação com o ensino, apenas dois mantêm uma relação, o E7 que está agora a iniciar a sua formação escolar, e o E8 que está a tirar um curso de técnico de contabilidade. Os restantes oito inquiridos não tinham no momento da entrevista qualquer relação com o ensino;

- Quanto à situação profissional as respostas são unânimes, o desemprego é uma realidade que afeta todos os entrevistados. O E6 menciona que ocasionalmente é chamado para um trabalho a tempo parcial quando necessário, o E7 indicia que já esteve a trabalhar mas apenas durante um mês.
- Quanto à residência atual todos os inquiridos a exceção de um, o E8 que vive com a mãe, residem na instituição.
- No que concerne à residência anterior ao tratamento um dos inquiridos é de S. Pedro da Cova, outro de Lamego, dois de Póvoa de Varzim, quatro de Santo Tirso, um de Vila Verde e outro de Braga.
- Quanto à habitação, cinco inquiridos afirmam não terem outra residência fora da instituição, dois mencionam terem a casa da mãe, outros dois do irmão e um último dos pais.

4.2. Trajetória Institucional

Aludindo agora à trajetória institucional de cada inquirido parece-nos relevante referir que a RS está esquematizada por fases, sendo a fase A, B e C sucessivamente. Cada fase tem uma duração média estipulada, a fase A tem uma duração prevista de 2 meses, a fase B de 6 a 8 meses e a fase C de 2 meses. A tabela seguinte mostra a disposição de cada entrevistado em relação às fases aquando da realização da entrevista:

Tabela 4.3 - Posição dos Entrevistados nas Fases

Entrevistado/ fase	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Fase A		X	X	X	X					X
Fase B	X					X	X	X		
Fase C									X	

Durante a realização das entrevistas cinco dos entrevistados encontravam-se na fase A (E2, E3, E4, E5 e E10), quatro na fase B (E1, E6, E7 e E8) e um na fase C (E9). A maioria dos inquiridos é então pertencente a fase A pelo facto de haver uma maior disponibilidade por parte destes para a realização das entrevistas. A inquirição de indivíduos situados na fase B torna-se já mais difícil pela incorporação e integração que já deve haver destes na sociedade, particularmente na vertente laboral. Aqueles que se encontram na fase C são indivíduos que supostamente se encontram já plenamente integrados em sociedade, com habitação e recursos económicos próprios daí que arranjar disponibilidade e compatibilidade de horários torna-se ainda mais complicado.

A tabela seguinte revela a duração das diferentes fases por onde os entrevistados passaram. Tal como já anteriormente mencionei as diferentes fases têm diferentes tempos estipulados.

Tabela 4.4 - Duração das Diferentes Fases

Entrevistado/ fase	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Fase A	1M	1M	2S	2S	2M	1M	4M	1M	1M	2M
Fase B	2M	--	--	--	--	4M	5M	12M	10M	--
Fase C	--	--	--	--	--	--	--	--	2M	--

Da fase A foram então entrevistadas cinco indivíduos, dois encontravam-se à dois meses na instituição, o E5 e o E10, um outro à um mês, a E2, e dois outros à duas semanas, o E3 e o E4.

Aludindo agora a fase B, foram entrevistadas quatro pessoas: o E1 que esteve um mês na fase A e estava a quando da realização da entrevistada à dois meses na fase B; o E6 que esteve um mês na fase A e estava à quatro meses na fase B; o E7 que esteve quatro meses na fase A e estava na fase B a cinco meses; e o E8 que esteve um mês na fase A e estava a um ano na fase B.

Da fase C apenas houve a possibilidade de entrevistar um indivíduo, o E9 que esteve um mês na fase A, 10 meses na fase B e estava a quando da realização da entrevistada a dois meses na fase C.

Droga de Utilização

No campo da droga de utilização, é sabido que cinco entrevistados dependiam de drogas lícitas, falamos obviamente de álcool e outros cinco entrevistados dependiam de drogas ilícitas.

As duas tabelas seguintes (tabela 5 e tabela 6) aludem aos testemunhos dos entrevistados quando questionados acerca da problemática que os levou a recorrer à instituição:

Tabela 4.5 - Droga de Utilização dos Entrevistados com PLA

E1	<i>Do álcool (...). Comecei na cerveja e acabei na cerveja.</i>
E2	<i>Era do álcool (...). Foi a cerveja, (...) depois comecei no vinho.</i>
E3	<i>Pelo álcool. Era cerveja.</i>
E4	<i>Pelo álcool (...). Era vinho branco, finos, café com cheirito a bagaço.</i>
E5	<i>A mim pelo álcool (...).Era só cerveja, vinho só quando comia... de resto era cerveja.</i>

Os inquiridos que dependiam de álcool falam essencialmente na dependência em relação à cerveja, isto quer dizer afinal que há uma preferência pela cerveja, podendo no entanto haver o consumo de outras bebidas como aliás alguns acabam por evidenciar ao longo da entrevista.

O E1 menciona única e exclusivamente o consumo de cerveja, mas no decorrer da entrevista acaba por mencionar que bebeu durante algum tempo bagaço mas que acabou por “deixar”; quanto à E2 também denota o consumo de cerveja, que acaba por deixar em detrimento do consumo do vinho, evidencia ainda já no decorrer da entrevista que por circunstâncias da vida consumiu variadas bebidas que passaram por Vinho do Porto, Whisky, Champanhe, entre outros, sendo no entanto a sua bebida de eleição, numa primeira fase a cerveja e posteriormente o vinho; o E3 menciona única e exclusivamente o consumo de cerveja, já o E4 indica a ingestão de vinho, finos (cerveja) e bagaço. Por último o E5 fala do abuso de cerveja, sendo o vinho apenas consumido durante as refeições. Contudo, durante a entrevista o entrevistado acaba por referir que consumiu durante algum tempo outras bebidas “brancas” (vodka, safári, absinto, gim, entre outras) fruto de um trabalho que exerceu numa discoteca, sendo no entanto as bebidas de eleição, e mantendo-se constante o seu consumo, vinho e cerveja.

Tabela 4.6 - Droga de Utilização dos Entrevistados com PLD

E6	<i>Tive uma certa dificuldade com as drogas, em que fui toxicod dependente. Eu esporadicamente já tinha consumido haxixe (...) depois aconteceu [consumir heroína].</i>
E7	<i>Pela droga. Consumia heroína e cocaína.</i>
E8	<i>Droga. Todas as que aparecessem.</i>
E9	<i>É a droga. Heroína e cocaína. Comecei pelo haxixe como quase toda a gente... depois passei para a heroína, depois meti-me na cocaína], estraguei mais a minha vida em dois anos na coca do que quinze na heroína. A cocaína é um veneno (...) são todas venenos mas a heroína requer mais... financeiramente... vai tudo....</i>
E10	<i>Tudo o que era droga. Desde drunfaria... isso a uns anos atrás... agora drogas sintéticas, estas drogas novas nunca experimentei.</i>

No campo das drogas ilícitas passa-se praticamente a mesma situação, os inquiridos referem um conjunto de drogas que é comum a quase todos, estamos a falar do haxixe, a droga de início dos consumos e da heroína e cocaína. No caso do E6 ele refere o consumo esporádico de haxixe e posteriormente de heroína. O E7 fala do consumo de heroína e cocaína sendo que noutra momento da entrevista o entrevistado refere que o seu consumo começou como a maioria dos entrevistados pelo haxixe. O E8 menciona que consumia

“todas as que aparecessem”, contudo posteriormente acaba por retorquir que as suas drogas de eleição e que durante mais tempo consumiu foram o haxixe, cocaína e heroína. O E9 também não foge deste caminho, começa os consumos no haxixe, depois passa a consumir heroína e posteriormente acaba na cocaína. O E10 responde que consumia “tudo o que era droga”, e dá o exemplo da drunfaria, posteriormente menciona o consumo de haxixe e de drogas duras (no grupo onde se incluem a heroína e a cocaína).

4.3. Consumo Problemático de Álcool e de Droga

Começo dos Consumos

Tabela 4.7 - Início do Consumo de Álcool.

Em meio familiar	E1	<i>Tinha os meus 17 anos (...) depois comecei a trabalhar, juntei-me com o meu irmão, o meu irmão também bebia, também gostava de beber e tive essa situação de pegar a beber...</i>
	E5	<i>“Praí” 12 anos mais ou menos... foi vinho... foi em casa... Porque nós lá fazíamos vinho na altura das vindimas... a primeira vez que bebi, bebi sozinho...depois provei a cerveja, provei tudo...</i>
Entre amigos	E2	<i>Foi aos 18 anos. Foi cerveja... foi com uma brincadeira com amigos... desde aí bebia sempre que ia para o café, com os amigos, bebia sempre cerveja...</i>
	E3	<i>A primeira vez que provei [álcool] devia ter 18 anos. Foi com os colegas na discoteca... nas saídas.</i>
	E4	<i>11 Anos... foi fora de casa, com amigos... ia ao com os amigos, ia ao futebol com os amigos... depois acabava o futebol e metíamos nos copos.</i>

Quando questionados acerca do início do consumo de álcool as respostas dividem-se entre dois grupos, os pares e o meio familiar. O meio familiar é mencionado pelo E1 quando refere que começou a beber álcool com o irmão; o E5 também menciona o meio familiar como propício ao consumo de álcool ao mencionar as vindimas, sendo que refere que o primeiro consumo foi realizado sozinho. Os restantes entrevistados desta problemática mencionam o início de consumo entre os seus pares. A E2 refere o início do consumo como uma brincadeira entre amigos que posteriormente se torna num hábito sempre que vai ao café; o E3 indica a discoteca como o local onde procedeu ao seu primeiro consumo, consumo esse feito com amigos; o E4 menciona também que os consumos começam nas saídas com amigos.

Um dos entrevistados começa o consumo com apenas 11 anos (E4), um outro com 12 anos (E5), um outro com 17 anos (E1) e dois com 18 anos (E2 e E3).

A partir daqui o que se observa em praticamente todos os entrevistados da problemática do álcool, à exceção do E5, é um consumo específico de uma droga de eleição com um progressivo aumento das doses como se pode ver nos excertos a seguir:

Tabela 4.8 - Percurso Após o Primeiro Consumo de Álcool.

	<i>Depois foi começando a aumentar [o consumo de cerveja] ... (...) Eu não contava, mas devia ser mais de uma grade por dia, eu começava de manha cedo, (...) não tomava pequeno-almoço como aqui (...) saía para o trabalho o meu pequeno-almoço era uma cervejinha, se calhar já estava alcoolizado.... Era logo de manha cedo, até a noite. E depois atualmente tornei-me assim [alcoólico], fui lá para fora [do país], tornei-me assim... (E1)</i>
	<i>Depois comecei a abusar. Depois cortei a cerveja e comecei no vinho... quando eu tinha 23 anos, comecei a beber vinho. (...) Experimentei com o meu falecido pai, comecei a beber e desde aí não parei mais. (E2)</i>
	<i>Quando o meu pai faleceu, tinha 26 anos, comecei a beber... faltou-me o meu pai e eu comecei só a beber.... Antes [disto] era só ao fim de semana... era normalmente.... Depois aos 26 anos é que comecei... era todos os dias [cerveja]. (E3)</i>
	<i>Comecei a beber e nunca mais parava.... (...) Era sempre vinho, finos e comecei a aumentar [nos consumos] ... (E4)</i>
	<i>Depois (...) já bebia cerveja e bebia isto e bebia aquilo e pronto... começou a aumentar.... Depois trabalhei numa discoteca e tal... e depois era aquelas bebidas brancas... provei quase todo... essas bebidas brancas provei-as quase todas... (E5)</i>

Tabela 4.9 - Início do Consumo de Droga.

	<i>Tinha 22 anos. Eu (...) esporadicamente já tinha consumido haxixe, mas o haxixe... tinha amigos, colegas, fumavam e eu até fumava junto com eles, mas até não consumia assim muito, não me agradava, não me satisfazia. Depois aconteceu [consumir heroína], num meio tao pequeno que é Lamego, mas mesmo assim começou a aparecer, foi a curiosidade.</i>
	<i>Tinha 13 anos... foi o haxixe. Foi com amigos, estava lá um grupinho de amigos a fumar, como se fuma um cigarro, aquilo parecia um cigarro, depois passaram-me, eu tirei umas passas...</i>
Entre amigos	<i>14 Anos. Eu tinha uma banda musical, conhecia pessoas, e essas pessoas fumavam charros e eu experimentei nessa altura. Era bom fumar charros para entrar num contexto de brincadeira, ou tocar música, ou quando íamos a concertos ou festas e foi aí.... Era uma pessoa que estava infeliz com a vida e pensei que essas coisas [drogas] me iam ajudar, mas só pioraram.</i>
	<i>Na heroína.... Foi cedo infelizmente.... Foi “prai” aos 16 anos... entre amigos... e não só.... Que eu também era um bocado envergonhado e para me aproximar das miúdas e tal, começava a fumar umas ganzas para ficar mais extrovertido (...) foi mais por aí... as vezes ia ter com colegas... eu era envergonhado, era tímido e quando uma pessoa consumia ficava logo [em êxtase]. Pra me aproximar também doutros grupos, variar nos amigos... era tímido, e começava a fumar droga para me desinibir um bocado, foi também um bocado por aí...</i>
	<i>Droga foi com 14 anos e foi também com amigos. Quando experimentei ganza [haxixe], tinha 14 anos e foi com um amigo que trabalhava comigo. Era todos os dias, droga leve.</i>

No consumo de drogas as respostas são unânimes referentes ao meio em que se dá o início dos consumos, entre os pares. O E6 faz referência à curiosidade como fator motivador para o consumo da heroína, depois de ver colegas seus fumarem haxixe chega a fumar também algumas vezes, droga que até, menciona ele, não lhe satisfazia, mais tarde falou-lhe das “maravilhas” da heroína e no intento de experimentar essa droga procede ao seu consumo e não mais pára. O E7 também refere que após colegas seus fumarem dão-lhe a experimentar e é aí que prova a sua primeira droga, o haxixe. O E8 menciona a infelicidade com a vida que o acaba por levar a experimentar os charros por influência de pessoas conhecidas que fumavam, e essa experiência até lhe agradou, principalmente quando ia para concertos com a sua banda. O E9 a par dos restantes procede ao consumo de drogas junto de amigos, fala do consumo de droga como causa de desinibição para a aproximação de outros amigos, a timidez é então o agente que o acaba por levar a experimentar a droga. O E10 experimenta consumir droga, o haxixe, com um amigo que trabalhava com ele, a partir daí passa a consumir todos os dias.

Relativo às idades de início de consumo, um dos entrevistados começa o consumo de drogas com apenas 13 anos (E7), dois com 14 anos (E8 e E10), outro com 16 anos (E9) e um outro com 22 anos (E6), sendo que esta última idade remete para o início de consumo de heroína, contudo posteriormente o entrevistado já tinha esporadicamente consumido haxixe.

Contrário ao percurso adotado pela maioria dos dependentes de álcool, os dependes de drogas procedem a um consumo variado com um progressivo aumento das doses por forma a satisfazer os resultados pretendidos como se pode ler nos excertos a seguir:

Tabela 4.10 - Percurso Após o Primeiro Consumo de Droga.

Não tinha noção o que era isso na altura, ouvia dizer que era uma droga, mas não sabia, não tinha conhecimento nenhum das consequências que poderia trazer. Fiz-lho na altura e gostei (...) O próprio vício leva... [a aumentar as doses] quando há poder económico e financeiro, tens uma necessidade de querer mais, mas posso dizer que nunca fui ganancioso a tentar ter o máximo (...) eu trabalhava na mesma, tinha o meu trabalho durante o dia e era aquele consumo muito contido, não dava muito nas vistas, era um meio pequeno. (E6)

Eu virei consumidor de haxixe, depois passado uns meses virei a traficante, comecei a comprar grandes quantidades e andava a vender para fazer a vida. Depois fui subindo, andei bem durante uma temporada, andei a vender haxixe, mas depois outra vez os amigos chegaram a minha beira e convidaram-me a experimentar outro tipo de drogas (...) eu acabei por ir com ele e consumi a heroína e gostei e foi a minha desgraça (...) até a dois anos atrás.

Vim pra rua, 23 anos a comer na rua, querer comer e não ter, andar a comer dos contentores do lixo, ir para a cadeia, estar sete anos preso. Tenho marcas neste braço, braço e pernas, três tentativas de suicídio. Sai em 2010, entrei em (...) 2002. (E7)

Desde aí comecei a consumir haxixe todos os dias até aos 17 anos que experimentei a cocaína e desde aí não comecei a frequentar muito o processo de fumar haxixe, depois mais tarde experimentei cocaína e comecei a fumar heroína, e pronto, andei sempre... fumava esporadicamente, mas depois houve uma fase da minha vida em que cheguei a ficar um bocado mal da cabeça, não tinha trabalho, só queria lazer, música, pensei que podia ser artista, mas não ganhava dinheiro... comecei a ficar mal da cabeça, fui internado em Barcelos e depois foi aí que comecei a ficar pior e depois daí comecei a consumir quase todos os dias. E comecei a necessitar das drogas pesadas, “prai” com 25 anos. (E8)

Sei lá... não parei... praticamente não parei... desde que comecei a consumir, foi sempre a consumir. Depois passou a rotina... depois comecei a comprar... depois juntei-me a um grupo que era consumidor diário, fumavam todos os dias.

Fumávamos em grupo... de vez enquanto quando não encontrava amigos fumava eu sozinho mas procurava sempre os amigos.

A morte da minha mãe também me afetou bastante, era ligado muito a minha mãe... isso tocou-me bastante (...). Acho que a partir daí as coisas começaram a piorar, comecei a consumir mais, todo o dinheiro ganho no trabalho era chapa ganha chapa gasta praticamente... antes da minha mãe falecer ainda tinha uma vida mais ou menos controlada. (E9)

Depois bebia em excessivo, fumava ganza [haxixe] e bebia... enquanto fumava só ganza não drogas duras... aumentava mais [as doses]. (E10)

Em alguns casos o percurso daqueles que dependiam de droga chega mesmo a ser dramático como é o caso do E7 que fruto do consumo de droga acaba por se ver na rua, onde viveu 23 anos “a comer dos contentores do lixo”, mais tarde acaba por ser preso por tráfico de droga, furto e tentativa de homicídio onde é condenado ao cumprimento de uma pena efetiva de 7 anos onde tenta o suicídio por três vezes.

O percurso do E8 também revela alguns contornos dramáticos. Falamos de um caso de duplo diagnóstico, aliado ao consumo de drogas está associada doença psiquiátrica (problemas psicóticos), a recusa de toma de medicação como acontece muitas vezes com o entrevistado leva a recuos no tratamento e em alguns casos à suspensão do mesmo, como aliás acabei por ter conhecimento algumas semanas após a realização da entrevista. De mencionar que a par do E7, também o E8 foi condenado a 3 anos de cadeia por furto de carteira onde acaba por sair em liberdade condicional a meio da pena.

No caso dos dependentes de drogas é usual o consumo de droga fazer-se acompanhar do consumo de álcool, ou então o consumo de droga é suprimido e dá lugar ao abuso de álcool, esse facto é particularmente enfatizado pelo E7 e E10:

- E3 – *Costumava [beber]... bastante..., bastante. Quando estive na outra associação que falei, associação paz e sorrir, heroína e cocaína eu não tocava, mas bem dizer em cerveja era uma grade e meia por dia, estoirava tudo em cerveja.*
- E10 – *Depois bebia em excessivo, fumava ganza [haxixe] e bebia...*

Áreas da Vida Afetadas pelos Consumos

O consumo abusivo de álcool espelha essencialmente problemas no meio familiar como os próprios entrevistados nos confidenciam:

Tabela 4.11 - Áreas da Vida Afetadas pelo Consumo de Álcool.

Foi mesmo quase para matar... agarremos às golas.... E não foi a primeira vez... as vezes dávamos uma chapada (...) às vezes dava uma chapada e ela ficava-se só que depois no último ato [de violência] quando ela se fez [para bater também] e eu pisei-lhe os braços, agarrei-lhe ao pescoço (...) quase que a matava. E depois acabou por ali... até hoje... depois houve o divórcio. (E1)

Com o meu marido tive, ... companheiro.... O meu companheiro bebia só as refeições, ao fim de semana é que bebia mais. O meu companheiro não ajudava nada só queria dinheiro... e depois pôs-me a trabalhar em barzitos que não eram adequados para mim. Foi quando me meti mais no álcool. Cheguei a trabalhar em boates e bares e até na prostituição... Foi ele que me meteu a trabalhar nos bares.

Ele [filho] foi-me tirado pela segurança social aos quatro anos por causa dos problemas com o álcool e devido a “porrada” que levava em casa... do meu marido. Eu estive 25 anos a levar “porrada”, ou a cabeça aberta ou os olhos pisados ou a cara a escorrer sangue... Levei muita “porrada” desse homem e esse homem é que me estragou (...) os clientes pagavam-me cinco, seis garrafas e eu bebia, era champanhe, ou vinho do porto, ou whisky (...). (E2)

Problemas familiares tive (...) deixei a namorada porque sabia que o meu estado não era bom pra mim nem para a filha da minha namorada. Foi por iniciativa própria que eu a deixei... (E3)

Não trouxe problemas, era normal [na família] ...

Eu tinha irmãos, eles também bebiam... o meu irmão também bebe a pinga dele... (...). Os meus irmãos também bebiam de mais... bebiam mais que eu... (E4)

Já sofri muito... sofri e fiz sofrer... os meus irmãos também... (E5)

O E1 evidencia a violência exercida sobre a esposa como um problema decorrente do consumo excessivo de álcool. O caso da E2 está também intimamente próximo do E1, sendo que neste caso a E2 é a vítima, foi vítima de violência doméstica exercida pelo companheiro durante 25 anos de união, onde a forçou ainda a trabalhar em bares e na prostituição, em consequência do cenário apresentado acabou por lhe ser retirado um filho pela segurança social, já a filha mais velha foi criada pela avó. O E3 menciona o fim da relação com a namorada, atitude que partiu do próprio entrevistado por ter consciência que a sua dependência não era favorável para a filha da sua companheira, entretanto após a entrada em tratamento o entrevistado e a referida namorada reataram a relação, a namorada quer que ele volte para a Alemanha uma vez que ela está lá e foi la que se conheceram.

O caso do E4 é curioso, como se pode observar no testemunho o próprio afirma que o consumo abusivo de álcool não lhe trouxe problemas na família, “era normal” como o mesmo menciona, esta normalidade deriva do facto de o entrevistado não ser o único com

problemas com o álcool, existem ainda outros dois irmãos que estão em tratamento ao alcoolismo em outras comunidades. Para o entrevistado ainda que tenham havido problemas não assume como tal uma vez que foi criado neste ambiente de consumo excessivo de álcool. Contudo noutra momento da entrevista acaba por mencionar que após findar o consumo de álcool está muito melhor pois não tem discussões com a cunhada e com o irmão, acontecimento que se verificava quando consumia álcool. O E5 menciona os conflitos familiares derivados do consumo excessivo de álcool, sofreu e fez sofrer os irmãos como o próprio indica.

Também no consumo de droga a vertente familiar é a área apontada pelos entrevistados como a mais ferida pelos consumos como se pode comprovar pelos seguintes testemunhos:

Tabela 4.12 - Áreas da Vida Afetadas pelo Consumo de Droga.

[o divórcio] foi derivado da situação, claro, foram quase 9 anos... e as consequências eram visíveis. Não estava a conseguir ver que não estava a conseguir ultrapassar o meu problema e mais tarde ou mais cedo teria de acontecer e aconteceu, e foi derivado ao consumo que acabei por me separar. (E6)

Em tudo, tanto em família, vizinhos, amigos, viam que eu andava na droga... “bué” de mau aspeto. (E7)

No meio familiar também cheguei a ficar muitas vezes fora de casa, o meu pai faleceu a minha mãe precisava de ajuda... o meu pai faleceu quando eu tinha 14 anos, a minha mãe precisava de ajuda, eu não ia a escola, andava sempre a pedir dinheiro a minha mãe, muitas vezes cheguei mesmo eu a roubar dinheiro a minha mãe da carteira dela, a roubar coisas para vender e isso criou problemas, mesmo com o resto da minha família, eram bastante unidos (...) eu fui o único que me meti nas drogas, eles são meus amigos e apoiam-me... (E8)

Foi, claro que foi... porque eu comecei-me a afastar dos meus irmãos por exemplo (...) comecei-me a enterrar na droga a fundo, depois já tinha vergonha de ir tem com eles. As minhas cunhadas até diziam para ir a casa deles... e eu dizia depois apareço, mas não aparecia anda... com vergonha, com medo de levar a cabeça... já sabia que ia levar na cabeça e com razão... (...) nunca tive um irmão que anda-se na droga nem em nada negativo, e eu era o único e sentia vergonha é evidente... comecei-me a afastar. (E9)

Tive problemas, quando me agarrei a droga dura já tinha 22 anos mais ou menos, foi quando acabei a tropa.

Trouxe quando eles [pais] descobriram que estava mesmo agarrado a droga, porque o meu pai já não eram novos, e não estavam muitos informados sobre o que era a droga, os meus irmãos sabiam que eu fumava droga e que andava “prai” a droga. (E10)

O E6 menciona a vida conjugal como uma área afetada pelos consumos de onde germinou um divórcio, o E7 menciona a família, amigos, vizinhos, mas consideramos que o meio familiar foi o mais afetado até porque foi imposto um ultimato ao entrevistado por parte da família, ou arranjava trabalho e deixava os consumos ou iria ser expulso de casa, o entrevistado não parou com os consumos e foi então parar a rua. O E8 aborda também o relacionamento familiar ao falar das noites passadas fora de casa e dos roubos

que praticava em casa (objetos e dinheiro) acabando isso por criar um mau ambiente familiar. O E9 também sente que a vertente familiar foi afetada, lentamente começou a afastar-se dos seus irmãos com a vergonha que sentia por consumir drogas. O E10 também remata que o consumo de drogas trouxe-lhe problemas no meio familiar quando os pais descobriram que consumia sendo que não menciona que problemas foram esses.

Relação entre a família e os consumos (de droga)

Quando se questiona os ex-dependentes de droga sobre a relação entre a sua família e os consumos as respostas são homogêneas, os seus familiares sabiam dos seus consumos, aliás, como todos indicam, foram sabendo por pequenas coisas, detalhes e comportamentos.

Tabela 4.13 - Relação da Família com os Consumos de Droga

Eles já sabiam antes de ir até para a Alemanha. A minha família pessoal, pais, irmãos... (...) Por várias situações em casa, que me acabavam por encontrar coisas ou isto ou aquilo e pronto foi realmente o momento mais crítico que acabou por levar a eu dar o salto para a Alemanha (...). Foi com o descobrir o que é que eu andava a fazer, o problema que eu tinha (...) mas sempre ficaram a saber e depois na Alemanha estive casado e houve momentos que aconteceram... vim cá de férias com ela e com o meu filho, também acabaram por se aperceber de situações. (E6)

Os meus familiares não, tinham uma desconfiança que eu andava a consumir, mas diretamente não [mais tarde souberam]. (E7)

Começaram a saber, no princípio não, mas depois começaram a saber, pronto depois tanto estrondo que comecei a dar.... Comecei a dar nas vistas. (E8)

Os meus pais sabiam, mais pro meio... foram-se apercebendo... é evidente... quem gosta de nós rapidamente se apercebe que muitas coisas não estão direitas... depois os meus pais marcavam uma hora e eu aparecia a outra... (...) e eles vão-se apercebendo. (E9)

Apercebiam-se de certas coisas, mas eu não dava grande bandeira... sempre trabalhei e fazia dinheiro, não precisava que me dessem dinheiro, sempre trabalhei, era aquela, não dava grande bandeira (...) na altura já não eram novos, não tinham grandes conhecimentos de drogas e na altura não se apercebiam muito bem o que era a droga. (E10)

Atitude familiar perante os consumos de droga

Tendo então a família conhecimento dos consumos, a pergunta que se impõe é que atitude tomava a família perante esses consumos, as respostas revelam-se agora mais heterógenas, os comportamentos eram variados passavam pelo desprezo (E1), pela falta de conhecimento sobre o que efetivamente eram as drogas e os efeitos e consequências que produziam na vida do indivíduo (E6), pela repreensão ligeira (E8, E9) onde os familiares tentavam orientar os entrevistados para um caminho diferente daquele que seguiam, pela inibição (E7) da qual é resultante a expulsão de casa e a consequente residência na rua, e pela proteção (E10) onde a própria mãe passou a dar dinheiro ao filho para ele consumir.

Tabela 4.14 - Atitude Familiar Face aos Consumos de Droga.

Desprezo	<i>Apesar de saberem nunca me diziam nada. Penso que eles também não sabiam como é que haviam de fazer, como é que haviam de lidar com este problema, porque eu tenho uma família muito grande, somos 11 comigo e os meus pais não sabiam como lidar. (...) Mesmo depois da [minha] separação nunca tiveram a coragem de dizer alguma coisa, e eu também evitava. (E6)</i>
Inibição	<i>Abordaram-me, paras já com os consumos, arranjas trabalho, se não arranjas um trabalho até x dias vais para a rua. Não parei e fui para a rua. (E7)</i>
Repreensão ligeira	<i>Tentaram-me dar conselhos... diretamente... tu não sabes o que andas a fazer, tu ainda vais puxar muito pelas orelhas, isso não é vida para ti, tu podias tirar um curso, podias ter um trabalho (...) davam-me os exemplos deles. (E8)</i> <i>Não faziam nada... diziam para ter juízo, para me afastar... diziam para me afastar desses amigos, pra não me juntar a amigos negativos, para me juntar a pessoas boas, faziam-me ver as coisas. (E9)</i>
Proteção	<i>Depois houveram ali problemas porque eu queria dinheiro para tirar a ressaca e a minha mãe dava-me dinheiro para eu tirar a ressaca e aí é que ela se apercebeu mesmo o que eu era. Dava-me dinheiro para tirar a ressaca, para não andar a fazer merda e não entrar na área do roubo, não deixar o trabalho... pegava as 6h da manha e as vezes com a ressaca não ia trabalhar e para eu não deixar de ir trabalhar ela dava-me dinheiro para eu tirar a ressaca. (E10)</i>

Recomendações (exteriores) face ao consumo de álcool

No caso dos entrevistados ligados à problemática do álcool quando questionados sobre a existência ou não de recomendações ou comentários em relação ao hábito de beber todos argumentam que as advertências eram orientadas para o consumo abusivo como os seguintes testemunhos comprovam:

Tabela 4.15 - Recomendações (Exteriores) Face ao Consumo de Álcool.

<i>Algumas vezes, poucas vezes. Quando eu trabalhava para o patrão as pessoas sabiam que eu bebia. E elas perguntavam, estas a beber, já bebeste?, que eu cheirava logo a álcool de manhã e na construção é um perigo não se pode beber nada. Falavam como quem diz que eu já tinha bebido e que não podia beber. (E1)</i>
<i>As pessoas diziam (...) estamos a olhar pra teu bem, deixa de beber rapariga (...) elas [vizinhas] diziam-me oh dona (...) você é tão nova, você ainda pode arranjar um homem e ser feliz... (E2)</i>
<i>A minha ex-namorada sempre, mas eu ignorava sempre aquilo que ela me dizia. Eu pra mim já era igual (...).</i> <i>A minha namorada sabia dizia as coisas na cara, dizia para eu tomar conta de mim e saber o que eu queria, o que era bom para mim, a vida com o álcool não dá para mais nada [além da bebida]. (E3)</i>
<i>O meu irmão... os meus amigos... [diziam] pra parar de beber e tal que isso faz-te mal... (E4)</i>
<i>As vezes diziam... vais beber outro?... Eram amigos meus...diziam vais beber outro? Ainda agora bebeste... vais beber outro?... (E5)</i>

Atitude do consumidor de álcool perante as recomendações

Quanto às atitudes do consumidor perante as advertências do consumo abusivo de álcool ilustram-se resumidamente em duas, por um lado a revolta (E1, E2 e E5) e por outro a aceitação seguida de desprezo (E3 e E4) como a seguinte tabela nos mostra:

Tabela 4.16 - Atitude dos Consumidores de Álcool Perante as Recomendações.

	<i>[Na família] Embora me dissessem para eu deixar mas eu... (...) se dissessem eu ainda consumia mais... Eu não ligava nada a isso... (E1)</i>
Revolta	<i>Eu era assim, vocês têm alguma coisa a ver com isso, a vida é minha eu faço o que me apetece e se um dia eu acordo mal disposta pego numa vassoura e dou uma “verduada” a uma. [Em relação ao comentário que faziam em relação ao hábito de beber] eu dizia metam-se na vossa vida que da minha sei eu. (E2)</i>
	<i>Oh, eu dizia o problema é meu, eu é que sei... o dinheiro é meu eu faço o que quiser, não tens anda a ver com isso... metei-vos na vossa vida, olhai pra vos e deixai os outros... (E5)</i>
Aceitação seguida de desprezo	<i>Eu dizia sim sim sim, mas depois virava as costas (...) era a base de ela dizer e eu ouvir mas não me interessava... (E3)</i>
	<i>Eu dizia que ia beber menos... mas depois bebia igual... (E4)</i>

4.4. Entrada em Tratamento

Origem da determinação para a entrada

Acerca da origem para a determinação da entrada em tratamento as respostas são variadas, na problemática do álcool o E1 menciona matéria de saúde como base para a determinação da entrada em tratamento:

E1 – *Houve mais no caso pessoal, foi mais do problema do fígado. Tentar melhorar o problema que tenho, pelo menos para não piorar.*

O E2, E3 e E5 orientam as suas respostas para uma procura de oportunidades de vida diferentes das até então experienciadas:

E2 – *Eu estava em casa de um casal que estavam a tomar conta de mim e depois o companheiro dela tinha problemas de cabeça, era eu que governava a casa com o meu dinheiro.... Eu apercebi-me que ele me queria... enfim.... Já sabe pra o que é [relações sexuais] E então eu fui (...) ter com a doutora e eu disse a doutora (...) eu quero fazer uma desintoxicação e quero ir para uma comunidade.*

E3 – *Eu vi a minha fraqueza, eu já não era pessoa como era antigamente (...). Punha-me a pé e a primeira coisa que vinha a cabeça era o que é que vou beber. Cheguei a um ponto que [pensei] a minha vida não é só para beber... ainda sou novo e tenho um futuro na minha frente.*

E5 – *Pensei esta vida, estar assim a beber e tudo...(…) isto não me leva a lado nenhum...(…) e depois fui lá às doutoras e tudo e elas disseram-me você tem que ser internado...e eu disse arranquem... quando quiser arrancar pode arrancar... eu quero é ir, ser tratado... e fui... foi o que aconteceu... estou contente.*

O E4 acaba por mencionar a intervenção (pressão) do irmão como fulcral para a sua entrada em tratamento:

E4 – *Ele [irmão] falou comigo... e eu disse está bem... vamos lá ver... [disse que] ia fazer-me bem... Eu disse a ele tá bem vamos.*

Na problemática da droga, algumas respostas confluem com os testemunhos dos entrevistados da problemática do álcool, é o caso do E10 que a par do E1 também menciona as questões de saúde:

E10 – *Tinha que parar, tinha que parar porque estava a ter muitos problemas (...).Ela [doutora] assustou-me um bocado... quando ela me disse ou parava ou arrebatava eu não pensei duas vezes...morria claro... tinha o fígado sempre alterado, dilatado. E tinha problemas respiratórios também... havia ali grandes problemas de saúde que tinha de parar.*

Também a procura de novas oportunidades de vida é referenciada pelos E7 e E9:

E7 – *Estava cheio da má vida, queria mudar de vida, está na hora e mais que na hora, não ia escolher sempre a mesma vida da toxicod dependência, da desgraça, não para mim chega. Foi o que eu pensei, pra mim chega e eu tenho de mudar e entrei no projeto homem (...) já estou aqui a um ano e meio [PH].*

Foi quando me deu o click.... Ou te tratas agora ou vais ser um desgraçado para o resto da tua vida.

E9 – *Depois faleceu o meu pai (...) a partir daí deu-me o click, ou te pões fino ou vais ser um zero toda a vida.*

O E6 menciona a imensa solidão em que emergiu após abandonar tudo e todos, cansado desse sentimento decide então partir para um tratamento:

E6 – *A decisão para a comunidade terapêutica foi um acumular da forma como eu andava a viver cá em Portugal. A minha família é de Lamego mas eu sempre tentei não estar lá ou ir para lá, sempre tentei estar a viver fora porque eu andava a consumir e claro que isso não era favorável (...) foi ao longo desse tempo... é o que se chama solidão, foi um acumular... sempre sozinho...comecei-me a aperceber que estava a perder tudo e todos, estava cada vez a sentir-me mais e mais só e que não podia continuar assim como estava a viver.*

O E8 refere o momento em que é preso por furto como o momento fulcral para a decisão da necessidade de uma mudança na sua vida:

E8 – *Eu fui preso por roubar uma carteira, fui preso e depois aí comecei a ganhar consciência que era melhor [deixar a droga] (...) estive preso e depois saí em liberdade condicional e vim para o PH(...) no fundo para mim até foi muito bom [ser preso].*

Motivações para o tratamento

No campo das motivações que estiveram na base para o tratamento, optamos por agrupá-las em internas e externas. A seguinte tabela mostra as respostas dos ex-dependentes de álcool:

Tabela 4.17 - Motivações Para o Tratamento dos Inquiridos com PLA.

<i>Estou aqui por vontade própria, não é para mostrar a ninguém. (E1)</i>
<i>Eu vim por vontade própria. Devido aos momentos que eu passava eu disse (...) pra mim já basta, chega, tenho que me tratar, tenho que ser uma nova mãe, uma nova mulher, enfrentar a sociedade de cabeça erguida e dizer assim fui alcoólica, mas agora sou uma ex-alcoólica. (E2)</i>
<i>Eu vim pro vontade própria. (...) Não sabia que havia aqui uma coisa destas [instituições que tratam problemas de álcool] em Portugal, na Alemanha sabia que havia. E depois disseram-me que havia aqui uma coisa dessas e eu tive um ano a pensar e depois fui lá baixo a Santo Tirso perguntar [se podia entrar para o tratamento] ela [doutora] disse que sim. E ela disse que podia ser só no hospital ou fazer um tratamento de meio ano ou mais de meio e eu disse isso hospital pra mim não vai dar que eu sei, saio de lá e não aprendi nada e assim quis fazer meio ano com mais meio ano... Fiz um ano lá em cima, e agora estou aqui a duas semanas. (E3)</i>
<i>O meu irmão pediu-me... e internou-me la em cima (...) Mas ele não me obrigou... fui eu que quis vir. (E4)</i>
<i>Eu recebia o rendimento mínimo, depois aconteceu-me lá um problema em casa deixei de receber (...) [a doutora disse-me] se você quer receber outra vez o seu rendimento mínimo tem que ser tratado... e eu disse tenho que ser tratado ao quê...? Ao álcool. Ao álcool?... eu não sou alcoólico... não sou nada... bebo só os meus copos às refeições e aos fins de semana bebo mais um bocadinho... só bebo mais um bocadinho (...) e eu tive de vir para aqui para resolver a minha vida, agora estou a espera [€]... (E5)</i>

Após uma análise dos testemunhos observamos que o E1, E2 e E3 mencionam inequivocamente uma motivação interna para a entrada em tratamento que parte deles próprios.

O caso do E4, apesar do mesmo referir que veio para tratamento por vontade própria a verdade é que a ideia parte do irmão que pede ao entrevistado que se sujeite a um tratamento dado dois outros irmãos já estarem também em tratamento, consideramos por isso que se trata de uma motivação extrínseca (externa), a ideia de um possível tratamento parte de outros que não do próprio entrevistado.

O E5 apesar de referir que partiu voluntariamente para o tratamento acaba por expor que houveram questões económicas envolvidas na decisão. Daí, consideramos que esta

se trata de uma motivação extrínseca, apesar de a decisão partir de si, houve por trás da decisão uma pressão por parte das médicas assim como a questão do rendimento mínimo que influenciaram e em parte colocaram pressão para um eventual tratamento.

Tabela 4.18 - Motivações Para o Tratamento dos Inquiridos com PLD.

Não fui pressionado por ninguém (...) como dizia a bocado isso tem que vir de nos próprios, tem de vir cá de dentro e foi isso que me aconteceu a mim, não foi por pressão de ninguém, foi por iniciativa própria, tinha quer mudar a minha vida, só assim é que se consegue fazer alguma coisa, porque as pessoas podem tentar o que quiserem e se a pessoa não tiver vontade e querer... (E6)

Estou aqui por vontade própria. Se não tivesse por minha vontade não estava cá, andava na vida que andava e não tinha parado. (E7)

Estava mais sozinho, quando uma pessoa se sente mais só (...) mas também foi aí que me deu mais força, estava sozinho tive mesmo que batalha por mim, acho que me deu mais motivação até.

Aí era eu que estava a jogo, era a minha vida que estava em jogo. Mas estava motivado, entrei motivado tinha mesmo que deixar isto e estou motivado, agora é sempre a andar para frente, para trás anda o caranguejo. (E9)

Eu estou aqui por mim mas também houve ali... quando ela [doutora] me assustou (...) mas vim para aqui por mim. (E10)

Foi a dona x [terapeuta] da cadeia, a terapeuta do PH. A minha mãe também, na altura foi um choque para mim [quando ela sugeriu o tratamento] mas depois pensei sobre isso... eu estava a meio da pena e estava para sair em liberdade condicional e ela disse-me se sais a meio da pena vais para o PH, não te deixo ir para casa, nem te arranjam comprovativo de trabalho nem nada, só seres para o PH, e eu fiquei meio mal, não gostei, mas depois começou a fazer sentido, e no fundo estou bem assim sem drogas. (E8)

No grupo dos inquiridos ligados à problemática da droga o E6, E7, E9 e E10 fazem referência a motivações internas, já o E8 acaba por ir para um tratamento por pressões externas, após entrar para a cadeia o entrevistado começa a ter consultas com psicólogas do PH onde é aconselhado a seguir para um tratamento, a mãe acaba também por fazer pressão junto do entrevistado para que prossiga para o tratamento. Após recusas sucessivas acaba por interiorizar que se calhar será o melhor.

Quando questionados acerca do apoio emocional recebido no decorrer do tratamento, o E1 menciona o apoio de um amigo:

E1 – *Tenho aqui [projeto homem] uma pessoa, chama-se Rui, é da minha terra também, ele entrou antes de mim... é meu vizinho.*

Os restantes entrevistados referem o apoio prestado pela família, a E2 alude aos filhos, o E3 menciona a mãe e o E4 e E5 indicam um irmão.

E2 – *Os meus filhos. Os meus filhos apoiaram-me e apoiam-me.*

E3 – *A minha mãe ajudou-me, ela esteve sempre [presente] e está sempre quando eu vou ao fim de semana a casa.*

E4 – *Quem me ajudou mais foi o meu irmão... amigos nada.*

E5 – *Quem me ajudou muito foi o irmão... ajudou-me muito e está-me a ajudar (...) ao fim de semana pra eu ir de fim de semana e tudo.*

Já na problemática da droga há igualmente um entrevistado, o E9 que menciona o apoio recebido por parte dos amigos após tomarem conhecimento da sua entrada em tratamento:

E9 – *Toda a gente... os meus amigos... apesar da maior parte dos amigos eram negativos, mas agora com este tempo em comunidade recuperei amigos que eu tinha positivos que já não falava com eles à algum tempo, tudo por culpa minha, eu é que me afastava das pessoas.*

O E7 e o E10 mencionam o apoio recebido por parte de amigos e terapeutas:

E7 – *Tenho algumas pessoas. Amigos e até terapeutas, terapeutas aqui da reinserção.*

E10 – *Há aí terapeutas (...). Conhecidos, tenho muita gente conhecida.*

O E8 menciona o apoio da mãe:

E8 – *Eu acho que a x [terapeuta]. E a minha mãe também.*

A terapeuta x foi um grande apoio para o entrevistado enquanto este se encontrava ainda na cadeia.

O E6 não destaca o apoio de ninguém:

E6 – *Eu muito pessoalmente acho que não. Tem sido uma batalha, batalha não, um trabalho muito mais pessoal. Temos sempre alguém que simpatizamos e que falamos, mas amizade é outra coisa... acho que foi mais uma conquista pessoa das minhas dificuldades (...). Então acho que nunca tive ninguém ao longo do meu processo que possa dizer que é ou que foi uma pessoa importante para mim.*

4.5. Envolvimento da Família no Tratamento

Quando questionados acerca do apoio recebido por parte da família o E1 responde que não teve o apoio de ninguém, após o episódio da violência para com a mulher “viram-lhe” as costas, incluindo a própria família. A E2 menciona ter tido o apoio dos filhos, o E3 menciona o apoio da mãe, o E4 o apoio dos pais e particularmente do irmão, o E5 o apoio dos irmãos.

Tabela 4.19 - Apoio da Família no Decorrer do Tratamento aos Inquiridos com PLA.

Nenhum, que eu estava sozinho...depois da violência [doméstica] (...) virou-se tudo contra mim, quando parti para a violência domestica. (E1)

A minha filha mais nova disse-me trata de ti que tu ainda és muito bonita e és a minha mãe querida e eu quero-te ver uma nova mulher e quero poder apresentar-te aos meus amigos e dizer esta é a minha mãe, era alcoólica, mas agora não é, é uma senhora da sociedade. (E2)

Apoio só tive uma vez que foi o meu irmão cristiano que teve la uma vez mas só foi aí, desde aí nunca mais estive com ele, nunca mais ouvi nada dele... só a minha mãe... (E3)

Sim. O meu pai, a minha mãe... O meu irmão. (E4)

Sim, eles [irmãos] por acaso importaram-se até... as vezes quando ia de fim de semana eles estavam sempre preocupados... ia depois ver como estava a correr isto e tal... até a minha irmã ajudava muito também... (E5)

Na problemática da droga o E6 afirma ter tido o apoio dos pais e irmãos, o E7 menciona o afastamento em relação a família, dizendo mesmo que não houve apoio apesar de saberem que estava na instituição. Durante os longos anos de consumo o entrevistado viveu na rua e acabou por ir parar a prisão, é visível que esse percurso afastou-o da sua família. O E8 menciona o apoio da mãe, irmão, padrasto e primos, o E9 não deixa de mencionar o apoio dos irmãos, havendo contudo pouco contato entre eles, o E10 menciona também o apoio dos irmãos.

Tabela 4.20 - Apoio da Família no Decorrer do Tratamento aos Inquiridos com PLD.

Claro. (E6)

Não, não houve. Souberam que eu estou aqui no PH, fui até passar o natal e gostaram de me ver [mas não passou disso]. Passei com a minha irmã, com o meu cunhado e com os meus sobrinhos. (E7)

Sim, a minha mãe, os meus primos, o meu irmão e o meu padrasto. (E8)

Dei a saber aos meus irmãos evidentemente, [o feedback deles] foi bom... Apoiaram, mas tive poucas vezes com eles, ao fim de semana, as vezes estava com eles. (E9)

Sim. Os meus irmãos. (E10)

Visitas recebidas durante o processo de tratamento

Respeitante às visitas recebidas durante o processo de tratamento, dos entrevistados oriundos da problemática do álcool três receberam visitas, é o caso do E1 que recebeu uma visita do patrão, apenas por questões laborais, da família não recebeu visitas, a E2 também recebe uma visita da sua filha, e o E4 que recebeu a visita do irmão. Por outro lado os E3 e E5 mencionam não ter recebido nenhuma visita.

No caso dos entrevistados provenientes da problemática da droga, também aqui três entrevistados referem ter recebido visitas, é o caso do E6 que após muita pressão por parte das terapeutas acaba por convidar a família a ir visitá-lo, o E8 que recebeu as visitas da mãe, do padrasto, de alguns tios e de alguns primos e do E10 que recebeu a visita dos irmãos e de uma cunhada. Por outro lado o E7 e o E9 mencionam não ter recebido a visita de familiares ou outros. No caso particular do E9 ele menciona que esporadicamente os

irmãos convidavam-no a dar um passeio mas nada mais que isso, menciona que não acompanharam o seu processo. Os testemunhos a seguir vão de encontro ao explanado:

Tabela 4.21 - Visitas Recebidas Durante o Processo de Tratamento.

Recebeu visitas	<i>Não, só um, o meu ex-patrão (...) eu por acaso não tenho familiares, só tenho o meu filho... tenho 11 irmãos, mas [não recebi visitas] ... (E1)</i>
	<i>Só recebi a visita da minha filha mais velha que está em santa maria da feira. (E2)</i>
	<i>Foi lá só uma vez o meu irmão... é ele que olha por mim... mas não pode ir sempre... tem que pagar as portagens, gasóleo, despesas do carro. (E4)</i>
	<i>Eu quando fui para lá, eu de início achei que era uma coisa que eu tinha de me afastar (...) só mais tarde, até um bocado de pressão por parte da minha terapeuta para eu começar a convidar a família a ir lá porque havia colóquios familiares... e foi só “prai” a partir do sexto, sétimo mês é que realmente tomei a iniciativa de o fazer, porque no início sentia que realmente ainda não era o momento. (...). Queria concentrar-me só em mim, e já era muito. (E6)</i>
	<i>Recebi visitas da minha mãe, do meu padrasto, de alguns tios, de alguns primos. (E8)</i>
Não recebeu visitas	<i>Foram lá os meus irmãos e uma cunhada minha. (E10)</i>
	<i>Não, nenhuma, nunca. (E3)</i>
	<i>Não, nunca recebi, nunca lá foram. (E5)</i>
	<i>Não [houveram]. (E7)</i>
	<i>Não, marcava fim de semana pra nos vermos e ao fim de semana iam-me buscar para ir dar uma volta, (...) para ir a casa deles... passava lá o dia, mas acompanhar o meu processo não. (E9)</i>

Visitas aos familiares durante o fim de semana

Quando questionados inversamente sobre as visitas que fazem aos fins de semana aos familiares, no seu todo, quase todos os inquiridos respondem visitar a família.

No grupo dos ex-alcoólicos o E1 quando tinha possibilidades económicas visitava todos os fins de semana o filho, agora deixou de poder ir visitá-lo, contudo o entrevistado demonstra vontade de visitar o filho, só não o faz por não ter possibilidades (económicas). A E2 costuma ir de fim de semana para a casa da filha onde vivem ainda uma neta e o cunhado. O E3 usualmente vai passar o fim de semana a casa da mãe onde aproveita ainda para visitar amigos. O E5 também menciona que vai todos os fins de semana visitar a família, passa o fim de semana com o irmão. Neste grupo apenas o E4 menciona não visitar os familiares ao fim de semana, este entrevistado está ao cargo de um irmão que está a acompanhar o processo de tratamento de outros dois irmãos o que não lhe dá grande espaço para a sua vida e família daí a impossibilidade do entrevistado ir de visita ao fim de semana.

No grupo dos entrevistados oriundos da problemática da droga o E6 menciona não visitar todos os fins de semana a família porque segundo ele não sente essa necessidade,

apesar de o entrevistado ressaltar a importância da família denotou-se no decorrer da entrevista que por alguma razão não pronunciada há um afastamento e um colocar-se de parte quando se falava da família, quer durante o tratamento em comunidade quer agora na RS. Estará talvez ainda relacionado com o sentimento de desconforto pelo seu passado?...

O E8 e o E10 afirmam que vão todos os fins de semana a casa da mãe e irmão respetivamente, o E9 também confirma que visita os dois irmãos que tem, sendo a visita de apenas um dia, não pernoita com esses irmãos. Neste grupo apenas o E7 refere não visitar a família segundo ele porque o local lhe lembra más recordações, contudo já próximo do final da entrevista o entrevistado acaba por confidenciar que não nota preocupação por parte da família, *a bem dizer as vezes acho que podia estar vivo, estar morto que a minha família [não se importava] (E7)*, também por isso não faz muita questão de passar os fins de semana com eles. Os testemunhos são apresentados na tabela seguinte:

Tabela 4.22 - Visitas aos Familiares Durante o Fim de Semana.

	<p><i>Quando tinha dinheiro junto da segurança social (...) ia lá [visitar o filho] de três em três semanas... não ficava lá, ia lá no autocarro das 9h chegava lá as 10:30, comia com ele ao meio dia, as 4:45 arrancava o autocarro para cima para estar aqui as 6.30. [Agora] é praticamente como hoje, ele vem ter comigo e vai embora. (E1)</i></p>
	<p><i>Costumo ir [a casa] e fico lá... com a minha filha e com o meu filho e genro, companheiro que ela não casou. (E2)</i></p>
	<p><i>Eu aos fins de semana só estou com a minha mãe, não vou visitar família nenhuma [irmãos] porque como eles também não quiseram saber nada de mim eu vou deixar andar... eu vou visitar os meus colegas que eu sei que são meus colegas. (E3)</i></p>
	<p><i>Vou, vou todos os fins de semana, estou a chegar hoje [terça] de fim de semana. (E5)</i></p>
Visita	<p><i>Não vou todos os fins de semana, não precisa de ser... Não vou porque também é longe e porque acho que (...) não há necessidade de ir todos os fins de semana a casa porque também eles não estão sozinhos, tenho lá irmãos (...). Mas pronto é sempre um prazer e gosto sempre de ir lá visitá-los e estar com os meus irmãos mas não sinto necessidade de ir todos os fins de semana. Tenho a minha vida aqui, estou a construir a minha vida aqui, estou a tentar mudar a minha vida... <u>é importante a família sem dúvida, agora digo isso, antes não sentia isso nem dizia, mas realmente a família é das coisas mais importantes que podemos ter e há que realmente dar valor a isso.</u> (E6)</i></p>
	<p><i>Sim todos os fins de semana ia a casa ter com os meus familiares. (E8)</i></p>
	<p><i>Costumo, ainda ontem tive com um irmão meu. Vou de manhã e venho a noite, mas durmo sempre aqui. Esses dois meus irmãos não tenho a possibilidade de dormir na casa deles, têm a família deles, vivem em apartamentos pequenos e têm filhos. (E9)</i></p>
	<p><i>Eu vou todos os fins de semana a casa. Vou para a casa do meu irmão... e não estou lá porque não quero... eu não vou por aí ainda... não quero ainda. (E10)</i></p>
	<p><i>No dia de Páscoa. Ao fim de semana fico aqui... as vezes o meu irmão está a trabalhar, as vezes vai sair, não está sempre em casa... trabalha aos fins de semana (...) eu tenho mais dois irmãos, [que também estão a tratar-se] um está em Arcos de Valdevez e o outro está em Amorim. (E4)</i></p>
Não visita	<p><i>Mas eu não tenho ido, para ser sincero não tenho saído aqui de Braga. O meu objetivo também é ficar aqui por Braga. Não vou [visita-los ao fim de semana] porque sou sincero, aquelas áreas... estes 23 anos que eu andei na má vida foram passados em Vila Nova de Gaia naqueles arredores todos e Porto e coisa, e sempre que eu vou lá trago muitas más recordações (...). Mas todos os fins de semana ligo para lá, para a minha irmã, para o meu cunhado, as vezes estou na internet a falar com o meu cunhado, com a minha irmã. (E7)</i></p>

Melhoria das relações no decorrer do processo de tratamento

Quando questionados sobre a eventual melhoria das relações com o decorrer do processo de tratamento todos a exceção de um, o E1, mencionam haver uma melhoria substancial nas relações afetivas com o decorrer do processo de tratamento:

Tabela 4.23 - Melhoria das Relações no Decorrer do Processo de Tratamento.

<i>As minhas relações continuam iguais, o meu filho nunca se meteu no meio. (E1)</i>
<i>Com os meus filhos estão. Está tudo melhor... já sei não me enervar tao depressa, ouço e calo-me.... As vezes apetece-me resmungar por ai fora mas conto até 100 para trás e acalmo-me. (E2)</i>
<i>Aumentaram... melhoraram muito.</i>
<i>Agora não tenho problema nenhum, passo pelas pessoas, falo com elas. (E3)</i>
<i>Melhorou.... Sim, sim.</i>
<i>Convivo mais com os outros... agora mudei... deixei de beber.... Eu chegava a casa ralhava com a minha cunhada, com o meu irmão [e agora não]. (E4)</i>
<i>Estão, por acaso, eu vim para aqui e as coisas estão a correr bem. (E5)</i>
<i>Bom, na família claro que melhorou substancialmente, melhorou, quer dizer, eu é que melhorei, digamos assim. (E6)</i>
<i>Sim, melhoraram. Porque antigamente eram sempre desconfianças, andavam sempre em cima de mim a ver o que é que eu andava a fazer e o que não andava a fazer. E agora acho que já não acontece isso porque já viram que eu mudei. (E7)</i>
<i>Sim, muito mesmo. (E8)</i>
<i>Melhorou. Com todo, com os vizinhos... Agora vêm na rua e fazem-me uma festa... já antes faziam, mas (...) eu afastava-me das pessoas... é a vergonha... a minha família sempre foi honesta (...), nunca tive nenhum irmão alcoólico ou drogado, eu era o único... sentia vergonha.... Pensava, ui as pessoas já me vão falar de isto ou daquilo então afastava-me delas... agora já não, já me sinto mais seguro, enfrento as pessoas. Eu é que vou ter com elas, coisa que eu não fazia. (E9)</i>
<i>Em aspetos melhoraram... em muitos aspetos melhoraram, já se vê as coisas de outra maneira, naos e dava valor a certas coisas e agora dá-se mais valor. (E10)</i>

Satisfação com as relações familiares

Relativamente à satisfação com as relações familiares, parte do grupo ligado à problemática do álcool, o E2, E4 e E5 mencionam estar satisfeitos com as relações familiares que mantinham no momento da entrevista, por outro lado o E1 e o E3 demonstram um descontentamento com a atitude da irmã e dos irmãos respetivamente:

Tabela 4.24 - Satisfação com as Relações Familiares dos Inquiridos com PLA.

Satisfeito	<i>Estou contente... mas ficava mais se a minha filha me levasse para casa dela... mas não pode... tenho que me orientar por aqui. (E2)</i>
	<i>Está... estou contente agora, está tudo bem... não há problema nenhum. (E4)</i>
	<i>Sim estou contente... as vezes é um paleio de eu ir quase todos os fins de semana a casa, pronto... mas é la uma prima minha... outra vez de fim de semana, outra vez... está-me sempre a chatear a cabeça, mas pronto. (E5)</i>
Insatisfeito	<i>Com a minha irmã não. Foi ela que deitou o processo juntamente contra mim sobre a minha mulher. Nem falo para ela nem vou ver a minha mãe que está acamada. Não me sinto bem com isto que era uma pessoa que eu dava-me muito bem com ela... pôr-se no meio do casal e colocar-se contra mim isso afetou-me bastante. (E1)</i>
	<i>Não com os meus irmãos. Gostava que eles falassem comigo. Eu gostaria que os meus irmãos mudassem de ideias acerca de mim, que mostrassem mais um bocado.... Pensam que eu ainda sou a pessoa que era. (E3)</i>

O grupo ligado à problemática da droga apresenta quatro inquiridos satisfeitos com as suas relações familiares, o E6, E8, E9 e E10, neste grupo apenas o E7 demonstra insatisfação com a relação familiar, o inquirido chega mesmo a mencionar um total desinteresse por parte da família em manter contato com ele, os testemunhos são apresentados na tabela seguinte:

Tabela 4.25 - Satisfação com as Relações Familiares dos Inquiridos com PLD.

	<i>É claro, sinto-me muito, e é um prazer, é um orgulho. Já me começo a sentir um bocado orgulhosos que do outro lado vêm de uma forma diferente e isso é bom sentir isso também, estão a acreditar e estão a confiar que é muito importante. É importante aquilo que nós fazemos e que mostramos e que realmente acabamos por nos aperceber que as pessoas estão mais próximas, a relação é completamente diferente sem dúvida. (E6)</i>
	<i>Sim, sim muito. (E8)</i>
Satisfeito	<i>Dois irmãos meus estão boas, com outros dois não estão assim grande coisa, com as minhas cunhadas estão. Eu quando estou com as minhas cunhadas falo bem para elas, com esses dois irmãos é que têm mania das grandezas (...). Não me incomoda nadinha [não ter relacionamentos com esses irmãos]. Não sei se gostava ou se não gostava. Gostava evidente que eu não gosto de estar mal com ninguém, mas também se estiver assim sou feliz na mesma, não vai mudar nada. (E9)</i>
	<i>Eu estou bem (...). [A nível de relacionamento] está. (E10)</i>
Insatisfeito	<i>Não vou dizer que me sinto satisfeito não é (...). Não vejo muito o envolvimento da minha família. As vezes não vejo muito preocupação comigo, saber como eu estou, se estou vivo se estou morto, a bem dizer as vezes acho que podia estar vivo, estar morto que a minha família [não se importava]... Ao fim de semana costumo falar por telefone, mas é da minha parte, porque da parte deles [nada]... A única vez que estive lá foi no natal. (E7)</i>

4.6. Processo de recuperação

Respeitante às mudanças produzidas pelo tratamento na vida dos inquiridos, elas são variadas, sendo ainda as respostas não exclusivas a um único indicador, o que quer dizer que um inquirido pode mencionar mais que um mudança que lhe pareça relevante.

Uns mencionam a questão da saúde, outros de convivência, outros ressaltam as mudanças físicas, outros as psicológicas. No grupo daqueles que partilharam um passado problemático com o álcool, o E1 é o primeiro a mencionar o estado de saúde atual como uma mudança positiva, menciona também a convivência com as pessoas que após entrar em tratamento foi retomando, o E4 também menciona a convivência especialmente com a família, a E2 e o E5 fazem alusão à aparência física, já o E3 faz referência às mudanças psicológicas:

Tabela 4.26 - Mudanças Decorrentes do Tratamento dos Inquiridos com PLA.

Saúde	<i>O meu estado de saúde. (E1)</i>
Convivência	<i>Convivência com o pessoal, conviver... eu já tinha perdido a convivência por causa da violência domestica, estava tudo contra mim e agora estou a aprender a conviver outra vez. (E1)</i>
	<i>Eu ia ficar sozinho... agora eu tenho apoio. (E4)</i>
Psicológico	<i>Pessoalmente... eu, eu próprio... ser mais orgulhoso daquilo que fiz (...) os objetivos que tenho na cabeça... de mostrar às pessoas o que fui foi uma fase. (E3)</i>
	<i>Ah, estou muito melhor... mudou a minha aparência, mudou o meu corpo, mudou tudo... que quando eu fui para a comunidade eu não andava bem... a nível da minha cabeça ainda não mudou que é uma coisa que eu trago em mente desde pequena, que é tentativas de suicídio. (E2)</i>
Físico	<i>De bom há tudo, deixei o álcool, agora noto em mim que estou bem... Não tenho aquelas coisas que tinha antes... Através da alimentação já dei por ela que agora como bem... de resto... Também engordei também. Agora eu vejo que posso dar duas corridas que não abafem nem tussos, antes dava duas corridas dava logo a tosse e as vezes parecia que me faltava o ar. (E5)</i>

No grupo que partilha um passado problemático com as drogas as respostas enquadram-se nos indicadores anteriormente apresentados, o E6 e o E7 mencionam as mudanças produzidas a nível psicológico, o E8 remete para as mudanças do relacionamento e a nível físico, particularmente na higiene pessoal e ainda a nível psicológico, o E9 menciona o retomar do relacionamento com os irmãos, o E10, a par do E1 menciona a questão da saúde como uma mudança substancial.

Tabela 4.27 - Mudanças Decorrentes do Tratamento dos Inquiridos com PLD.

Saúde	<i>Mudou muita coisa, deixei os consumos, deixei a metadona que é uma coisa que é difícil.... Ganhei mais saúde. (E10)</i>
Convivência	<i>[Agora tento] relacionar-me com pessoas e não estar isolado, tentar ser feliz, por exemplo, era uma coisa que eu nem pensava nisso, era só consumir drogas. (E8)</i>
	<i>Ui tantas, nem sei por onde começar.... A aproximação com os meus irmãos por exemplo, andar lúcido, coisa que já não me lembrava, andei “prai” 20 anos nas drogas. (E9)</i>
Físico	<i>A nível físico comecei a tratar mais de mim, por exemplo eu era uma pessoa que higiene pessoal fazia quando me apetecia, agora tenho uma regra pessoal. (E8)</i>
Psicológico	<i>Acho que mudou a minha vida, mudei eu próprio... o simples facto de estar aqui a falar, a conversar, o a vontade... eu sou muito mais reservado, fechado, mais tímido... acho que é uma fase muito importante gostarmos de nós próprios, e quando nós começamos a gostar de nós próprios, acreditamos mais em nós, temos autoestima, é diferente. Quando não se gosta é mais difícil. (E6)</i>
	<i>[Agora] tento aceitar algumas coisas. (E7)</i>
	<i>A nível psicológico tenho sempre aquele objetivo de me informar sobre as coisas, coisa que eu não fazia, informar-me sobre muitas coisas. (E8)</i>

No panorama das diferenças entre o antes e depois do tratamento as respostas convergem, não sendo estas respostas mais uma vez exclusivas a um único indicador. No grupo dos entrevistados ligados à problemática do álcool, o E1, E2, E3 e E5 mencionam essencialmente as mudanças no carácter, aprender a adotar certos comportamentos e aprender a ouvir os outros são na sua maioria os mencionados. A E2 remete-nos ainda para as diferenças na maturidade ao falar da falta de consciência daquilo que fazia e dizia resultante do estado de embriaguez produzido pelo consumo excessivo de álcool, o E4 menciona o sentimento de felicidade:

Tabela 4.28 - Diferenças Entre o Antes e Depois do Tratamento nos Inquiridos com PLA.

	<i>Antes era uma pessoa mais rebelde para as pessoas (...) lá cima aprendi certas coisas, a falar, integrar-me na sociedade, falar com as pessoas, acalmar-me. (E1)</i>
Carácter	<i>Antes de entrar para o tratamento era agressiva e mal criada, era verdade.... Depois com a continuação do tratamento comecei a evoluir, a ser mais frontal com as pessoas não com agressividade, mas com mais calma. (E2)</i>
	<i>Mais humilde, mais direto, sério. Digo a verdade... antes eram aquelas mentiras assim escapadas, para esconder assim um bocado. (E3)</i>
	<i>Antes era um bocado insuportável... não queria ouvir ninguém nem nada... se a conversa agradasse ficava se não agradasse... Agora estou a ouvir... as vezes até eu próprio mesmo chamo a atenção às pessoas... (E5)</i>
Maturidade	<i>Descrevo-me agora com uma face mais bonita, (...) mais adulta, não de pessoas alcoólica, mas sim de pessoa lúcida, enfrento mais a realidade lúcida e penso nos problemas todos que me levou a ficar no estado em que fiquei (...). Antes não pensava em nada disso, não pensava nos meus filhos, agora penso. (E2)</i>
Felicidade	<i>Antes não estava feliz... estava sozinho... agora tenho apoio... estou melhor um bocado. (E4)</i>

No grupo de entrevistados ligados à problemática da droga o E6 menciona o sentimento de felicidade que antes não experienciava, o E7 remete-nos para a mudança de carácter ao mencionar a sua preocupação com os outros, coisa que antes não acontecia, o E8 direciona-nos para as diferenças na maturidade, tem agora objetivos de vida, coisa que antes não tinha, apenas se contentava em viver o dia-a-dia, o E9 e E10 mencionam igualmente as diferenças na maturidade, referem o assumir de responsabilidades e a mudança de atitudes.

Tabela 4.29 - Diferenças Entre o Antes e Depois do Tratamento nos Inquiridos com PLD.

Caráter	<i>Algumas diferenças.... Gosto de ajudar as outras pessoas, não gosto de ver ninguém mal... tento saber o que se passa com essas pessoas, antigamente lá eu queria saber dos outros, não me dava importância. Hoje se vejo alguém mal sou capaz de ir a beira dele e perguntar o que se passa com ele, porque é que está assim, o que é que ele fez. (E7)</i>
Maturidade	<i>Descrevo-me uma pessoa com objetivos de vida, tirar um curso, ter trabalho, ter o meu dinheiro e um dia criar família. (E8)</i> <i>Mais responsável, eu sempre fui responsável.... Não enfrentava os problemas, porque lá fora apareciam os problemas e eu ia adiando... ai trato amanhã, trato depois, antes queria ir consumir do que tratar dessas coisas, agora já não, agora apreço-me qualquer coisa atuo logo não deixo para amanhã, coisa que eu não fazia lá fora... acho que é mais responsabilidade... oh pah e mais maturidade. (E9)</i> <i>Vê-se agora as coisas de outra maneira, diferentes (...) mas que se vê coisas agora que nós fazíamos que agora não as aceito. (E10)</i>
Felicidade	<i>Mais feliz.</i> <i>Quando olho para trás não gosto de ver. [A pessoa de antes não era feliz?] Não, de maneira nenhuma. (E6)</i>

Quando questionados acerca daquilo que mais valorizam no caminho percorrido neste tratamento, alguns elogiam-se a si mesmos pelo caminho percorrido que segundo eles não foi fácil, (E1 e E3), outros revelam outros destaques, como a melhoria física (E2), a melhoria nos relacionamentos (E4) e o voltar a viver não por viver, mas querer viver, gostar de viver (E5):

Tabela 4.30 - Avaliação ao Tratamento dos Inquiridos com PLA.

Dignificação do percurso percorrido	<i>Dou valor ao que tenho feito... Valorizo o tratamento que fiz... nem qualquer um consegue estar lá em cima [comunidade]. (E1)</i> <i>Aquilo que eu nunca pensaria fazer e que estou a conseguir... deixar de beber... espero que nunca mais na minha vida aconteça uma coisa destas. (E3)</i>
Melhoria física	<i>Andar mais bem vestida, tratar mais de mim, porque eu não tratava de mim... eu andava como um farrapo velho, andava a pedir pelas portas para o vinho, para o álcool. (E2)</i>
Melhoria relacional	<i>Agora olho para as pessoas falo com elas... converso com elas... Tive sempre a mesma relação com eles [subentenda-se boa relação] ... mas agora é melhor... (E4)</i>
Voltar a “viver”	<i>Sou uma pessoa que sinto-me bem agora, não sou aquela pessoa que era a uns tempos atrás. Agora noto mesmo em mim, que a vida que antes tinha ia como se diz ia mesmo ao charco. (E5)</i>

No segundo grupo o E6 menciona o gostar de voltar a viver, o E7 dignifica o caminho percorrido até aqui, deixando para trás das costas o passado, o E8 fala da disciplina atingida que o orienta para a capacidade de trabalho, o E9 valoriza o seu bom caráter, que apesar de anos de consumo diz nunca ter perdido.

Tabela 4.31 - Avaliação ao Tratamento dos Inquiridos com PLD.

Dignificação do percurso percorrido	<i>Eu mesmo de saber que estou bem, saber que ainda tenho alguns problemas, mas os mais graves que foram, saber que é passado. (E7)</i>
Voltar a “viver”	<i>Eu. Tenho que me valorizar... O voltar a gostar de viver... porque eu perdi as esperanças da vida, era tudo tao negativo que agora o facto de gostar de mim próprio, gostar de viver é importante. Quando não se acredita não se vive, vive-se por ter se se viver, agora eu vivo porque quero viver. (E6)</i>
Controlo da agressividade	<i>Como pessoa porque era mais agressivo... era muito mais agressivo, tudo o que resolvia era quase tudo a “porrada”. (E10)</i>
Capacidade para trabalhar	<i>Ter a capacidade de trabalhar, que eu era uma pessoa que não gostava de trabalhar. Eu não conseguia “acordar” todos os dias e agora consigo lúcido. (E8)</i>
Dignificação do carácter	<i>Ser a pessoa que sou, gosto de ser como sou, sou humilde, e eu gosto da humildade. Valorizo 100%. (E9)</i>

Numa outra pergunta questionamos aquilo que mais valorizam as pessoas que os rodeiam, após obtidas as respostas observa-se que é a mudança a nível físico que mais vezes foi proferida pelos entrevistados (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E10), alias pela quase totalidade dos inquiridos, à exceção de dois, o E8 e E9 que aludem às mudanças relativas à comunicação e à convivência:

Tabela 4.32 - Avaliação dos Outros ao Tratamento.

<i>Vou lá a minha terra dizem que estou diferente daquilo que eu era, que eu estava... (E1)</i>
<i>Dizem que eu estou muito mais senhora, melhor. (E2)</i>
<i>Devo ser sempre como fui, honesto, e tenho uma apresentação melhor [física]. (E3)</i>
<i>Pelo que dizem... sou outra pessoa. (E4)</i>
<i>Dizem que estou melhor, mais gordo... isto aquilo.... (...) As vezes passo pela minha madrinha e ela diz oh (...) estás mais gordo, estás mais forte, estás mais bonito e tudo. (E5)</i>
<i>O aspeto [físico] que tinha para o que tenho. Pra quem me via a um ano atras e me vê agora estou totalmente diferente.... Estou muito melhor... há pessoas que não me viam a um ano e tal [que me dizem] que estou muito melhor, que estou diferente para melhor... estive a semana passada com uma psicóloga, ela nem me conhecia. (E10)</i>
<i>Eu não espero muito, por vezes vale mais o ato que a presença, do que propriamente ter que se falar. Claro que é sempre bom elogiar-me, vejo-te uma pessoa diferente e não sei quê... mas estou contente assim. (E6)</i>
<i>Que estou melhor [a nível físico], para seguir em frente, para olhar para o exemplo de outros irmãos que estão na vida que estão ainda hoje... mas graças a eles... mas também ainda tenho um irmão preso, as vezes dizem-me, oh [...] vê lá se quando acabares isso [o tratamento] levantas a cabeça de uma vez só e se não segues o exemplo do teu irmão, já está outra vez na cadeia. (E7)</i>
<i>Dizem que até sou uma pessoa simpática, que não tinha de me esconder. [Na família] Dizem que eu estou muito mais feliz, mais comunicador, parecia um bicho-de-mato, dizem eles. (E8)</i>

Eles [família] não se expressam muitos, elogiam é mais nos grupos (...) sou amigo do amigo, que me preocupo mais com os outros do que comigo, coisa que é verdade, as vezes ando aí sabe deus por estar na situação que estou, mas ando aí tento sempre animar o pessoal. (E9)

Acerca do impacto que o tratamento assumiu na vida dos indivíduos os inquiridos assumem diversos aspetos mediante a importância que lhe atribuem. No primeiro grupo a E2, E3 e E4 mencionam a melhoria da relação familiar, com os filhos, irmão e o reatar de um relacionamento amoroso respetivamente. O E5 menciona a melhor qualidade de vida:

Tabela 4.33 - Aspetos Importantes do Tratamento Ressaltados Pelos Inquiridos com PLA.

Melhoria da relação familiar	<i>Houve muitas mudanças, eu chegar a casa lúcida. Vejo que os meus filhos me têm mais amor, me dão mais apoio. Quando eu telefono para eles, eles dizem por telefone amo-te muito mãe, coisa que quando eu estava com álcool eles não diziam, e agora reparam em mim como uma pessoa lúcida que sabe ser mãe. (E2)</i>
	<i>A relação com a família [melhoria]. (E4) A nível familiar tenho a rapariga que a 4 anos não falava com ela e ela telefonou para mim em Fevereiro... desde aí estamos sempre em contacto. E pessoas de lá da Alemanha que não sabiam onde é que eu estava e agora que a rapariga telefonou e falou comigo eles sabem e não queriam saber de mim e agora andam sempre a ligar para mim a saber como é que eu estou. (E3)</i>
Melhor qualidade de vida	<i>Trouxe de bom foi de deixar de beber e de arranjar outra vida... vou arranjar outra vida... lutar para frente e confiar em deus. De saúde agora estou bem, de antes não estava. (E5)</i>

No segundo grupo o E6 menciona o facto de voltar a acreditar em si próprio, voltar a acreditar que a sua vida fazia sentido, o E7 menciona também a melhor qualidade de vida que tem agora que não consome drogas, o E8 fala da importância da disciplina, a qual não tinha e foi adquirida no PH, o E10 menciona a importância que o processo assumiu na vertente da preparação para enfrentar o mundo exterior:

Tabela 4.34 - Aspetos Importantes do Tratamento Ressaltados Pelos Inquiridos com PLD.

Melhor qualidade de vida	<i>Ando bem todos os dias, não me tem dado ansiedades de consumos, nem bebidas, nem nada. (E7)</i>
Voltar a acreditar em si próprio	<i>Ter voltado a acreditar... [voltar a acreditar em quê?] em mim próprio. (E6)</i>
Disciplina	<i>Não tinha disciplina... no PH ensinaram-me isso e eu agradeço. (E8)</i>
Preparação para o mundo exterior	<i>Aprendi a saber lidar com outras coisas... tudo, o ser agressivo lá fora com certas pessoas (...) e treina-se aquilo lá em cima (...) o que está lá em cima está na rua na mesma... (...) aprende-se a lidar com muitos não's, ouviamos lá em cima não que é o que se vai ouvir aqui</i>

for cá fora, vais procurar trabalho, levas não, tens que ir preparada para o não. (E10)

***Nota:** O E1 e E9 não responderam a esta questão.

Já perto do final da entrevista perguntamos aos inquiridos quais as suas perspetivas futuras a curto prazo. As respostas são homogéneas, a grande maioria aponta como prioridade a procura de emprego, a exceção de dois, o E6 que menciona a importância de continuar a sentir-se bem como se tem sentido até aqui, e o E10 que refere a condição de saúde como prioridade. Os testemunhos são apresentados na tabela seguinte:

Tabela 4.35 - Perspetivas Futuras a Curto Prazo

<i>Trabalhar, organizar a minha vida, ter uma casa. (E1)</i>
<i>Quero ver se arranjo um emprego em Braga ou no Porto... não vou ficar aqui sempre. Espero encontrar emprego rápido, que ganhe um ordenado que dê para dar uma ajuda aos meus filhos... ficar cá por braga a morar num quarto ou numa casinha.... Espero encontrar um futuro melhor do que o que eu tinha a anos atras. (E2)</i>
<i>Esperava que a saúde melhorasse um bocado, arranjasse um trabalhito, não quero ser rico (...) tenho lá a minha namorada, tenho cá a minha mãe sozinha é um facto assim que me está a dividir nestas fase. (E3)</i>
<i>Vou ver se arranjo trabalho... ajudar o meu irmão... trabalhar.... Ajudá-lo... quero viver com ele. (E4)</i>
<i>O que quero é ter o meu dinheirinho para o dia-a-dia, chegar ao fim do mês e receber o salário para entrar dinheiro em casa e pronto é isso que eu quero. (E5)</i>
<i>O meu objetivo é (...) eu gostava de arranjar um trabalho era mesmo com contrato, porque ao mesmos com contrato uma pessoa já fica mais segura, sabe que tem aqueles meses todos e... eu acho que já dava bem para equilibrar bem a minha vida. (E7)</i>
<i>Espero ter o meu trabalho, o meu dinheiro e não voltar a consumir, é só isso que eu espero. (E8)</i>
<i>Uma vida normal, ter o meu trabalhinho, garantido, a efetivo. Conhecer uma pessoa que me identifique com ela, uma mulher neste caso. (E9)</i>
<i>Com a idade que já não é pequena, quero continuar a sentir o que eu sinto e viver uma vida normal digamos assim, sei lá.... Continuar a sentir-me feliz comigo próprio, acho que isso é importante e depois tudo vem por acréscimo. (E6)</i>
<i>Em primeiro lugar ter saúde, o dinheiro [trabalho] que venha depois. (E10)</i>

Para finalizar a entrevista foi colocada a questão ‘como vê a sua vida daqui a cinco anos?’, as respostas aqui são já um pouco diferentes e heterogéneas. No grupo daqueles que partilham um passado problemático com o álcool o E1 e E4 mencionam a vontade de sair para o estrangeiro, a E2 e E3 falam-nos na vontade de (re)construir a vida amorosa, o E5 menciona a vontade de construir uma família.

Tabela 4.36 - Perspetivas Futuras a Longo Prazo Enunciadas Pelos Inquiridos com PLA.

Ter um quartinho, uma casa (...) pra mim é ir para o estrangeiro, posso vir cá e alugar apartamento uma semana ou quinze dias, não gosto de prender ninguém. (E1)

*Na Suíça ou na corsa... a trabalhar...
O meu irmão também vai pra fora... se ele puder levar-me vou... se não tenho que arranjar trabalho aqui, ou perto de casa. (E4)*

Se chegar lá, daqui a cinco anos vejo-me uma mulher mais feliz.... Arranjar um companheiro que me compreenda e que eu o compreenda a ele... e saber pôr-me no meu lugar e dizer nunca mais ao álcool. (E2)

Vejo-me casado, é a primeira coisa (...) estar bem com a rapariga e com a minha família... E continuar o objetivo que tenho aqui, não consumir mais [álcool], nunca mais. (E3)

Quero que aconteça coisas boas... arranjar um emprego... juntar os farrapinhos... ter um filho... ter a minha casinha, ter dinheiro para ter uma casa própria (...) e ter dinheiro para pagar a renda, as contas, ter dinheiro para o dia-a-dia. (E5)

Nos que partilham o passado problemático com a droga o E7, E8, E9 e E10 mencionam igualmente a vontade de construir uma família, neste grupo apenas o E6 se distingue ao anunciar a vontade de construir uma relação familiar com o filho:

Tabela 4.37 - Perspetivas Futuras a Longo Prazo Enunciadas Pelos Inquiridos com PLD.

Que melhore...em tudo... trabalho, ter a minha casinha, ter a minha família... o meu sonho é esse. (E7)

*Também gostava de constituir família e isso (...)
Em termos familiares espero que continue assim como está, está muito melhor, antigamente a minha mãe desconfiava de tudo de mim, agora confia em mim, está tudo muito bom. Por enquanto vejo-me a viver lá, mas daqui a cinco anos espero-me ver a viver num canto meu já... perto da minha família. (E8)*

Oh “pah” é ter uma vida normal, eu não sou muito ambicioso, eu tendo um trabalhito, ganhar mais ou menos para dar conforto a minha família, ter uma mulher que eu amasse e que nos amassemos um ao outro já me dava por feliz. (E9)

Ir para melhor... ter uma vida digna... acho que ainda tenho tempo de ter uma família... trabalho, que hoje em dia não é fácil (E10)

Muito rápido..., na Alemanha, perto do meu filho. [É o bastante para si?] É, claro. [Ele é importante para si?] É claro. Ainda ontem estive a dizer-lhe que estava agradecido por tê-lo feito e me sinto orgulhoso de ter tido um filho (...) sei lá... eu adoro-o, ele adora-me, sei lá, sinto uma necessidade, gostaria de lá estar, esse é o meu objetivo (...) e vou conseguir e também é um desejo dele. (E6)

CAPÍTULO 5

Discussão dos Resultados

Após procedermos à análise dos dados recolhidos através da entrevista parece pertinente mencionar que metade da amostra (E2, E3, E4, E5, E10) está situada ainda na fase A do programa o que dificulta uma análise mais profunda de um todo processo que se desenrola na RS, falamos de metas e etapas que se vão tentando alcançar com o decorrer do programa que poderão ditar o sucesso ou insucesso do mesmo. Estando este número considerável de inquiridos nesta fase inicial do programa é-nos impossível partir para uma análise mais profunda, contudo trabalharemos com os dados que nos são disponibilizados.

Como já referi anteriormente o grande número de inquiridos desta fase relaciona-se com a maior disponibilidade destes para a realização das entrevistas. Parte dos inquiridos situados na fase A (E2, E3, E4, E5) pertencem à problemática do álcool, esta situação ocorre fruto de uma mudança de políticas, até então instituições como o PH trabalhavam essencialmente com toxicodependentes, sendo o número de alcoólicos na instituição baixo, contudo, resultado de uma mudança de políticas os toxicodependentes são a partir de agora encaminhados para os CRI (Centros de Respostas Integradas), deixando então de entrar em comunidades como esta. Os toxicodependentes que nos foram possíveis de entrevistar pertencem ainda ao programa tradicional, daí estarem na sua maioria já na fase B e C. Aliás podemos mencionar que a decisão de entrevistar toxicodependentes e alcoólicos passa em parte por esta mudança de políticas. Com efeito, a partir da aprovação desta lei poucos toxicodependentes entrariam na instituição, e o número começaria a reduzir. Achamos por isso que ao invés de entrevistar apenas uma população (os toxicodependentes ou os alcoólicos) era mais conveniente entrevistar as duas populações no intento de descobrir se existem diferenças ou semelhanças entre eles.

Depois da análise feita no capítulo anterior é-nos possível esclarecer algumas questões tratadas durante a entrevista, sendo que em determinados assuntos os grupos aproximam-se, noutros contudo, distanciam-se.

Os entrevistados com PLA dividem as suas respostas no que toca ao início do consumo, uns (E1, E5) mencionam o meio familiar como o meio onde procedem ao início dos seus consumos, sendo que outros (E2, E3, E4) referem os pares como meio propício para dar início a esses consumos. Há aqui uma divisão nas respostas, não há ainda uma tendência assumida que indique o local de excelência para o início dos consumos, tradicionalmente eles ocorriam junto da família, ainda em tenra idade, imaginava-se até que beber vinho lhes dava vigor. Atualmente essas ideias não fazem mais parte do imaginário dos pais e avós e os jovens procedem aos primeiros experimentos nas saídas com os amigos. Os inquiridos retratam-nos ainda estas duas realidades, estamos a falar

de populações situadas entre os 33 e os 53 anos, e por isso pronunciamos pois que a primeira tendência tenda a desaparecer no seio da nova sociedade.

Por outro lado, os entrevistados com PLD mostram-se assertivos nas respostas. O meio onde todos iniciaram o seu consumo foi entre pares. Falamos obviamente de drogas ilegais que quando consumidas com o conhecimento da restante sociedade carregam consigo um elevado estigma negativo. Obviamente que este consumo não poderia ser praticado com o consentimento dos familiares, antes de ser condenado pela sociedade através de diversas sanções sociais, como sejam a rejeição, o afastamento, o olhar reprovador, entre outros. De facto, é condenado pelas diversas entidades judiciais, antes de se tratar de uma prática desviante trata-se de uma substância ilegal e portanto o seu consumo é uma contraordenação. Perante tais constatações uma família saudável não poderia promover tais comportamentos, por outro lado, consumir bebidas alcoólicas é socialmente aceitável e por isso o seu consumo é livre, porque beber um copo é normal, mas gradualmente de um se passa para dois, de dois para três, e assim sucessivamente. Aliás os próprios entrevistados acabam por referir que após dar início aos consumos, gradualmente foram aumentando as doses.

No consumo de álcool propriamente dito há um consumo recorrente quase constante de três bebidas, a cerveja que satisfaz o gosto de todos os entrevistados, e o vinho e o bagaço que complementam ou substituem a cerveja no caso de certos entrevistados (E1, E2, E4, E5). Supomos nós que esta escolha seja feita talvez pelo fácil acesso (produção caseira no caso do vinho) e ainda pelo baixo custo económico (no caso, das três bebidas). Já no consumo de droga é precisamente o contrário, observa-se o múltiplo uso de drogas e/ou troca sucessiva de drogas por forma a satisfazer os efeitos desejados (Fréjaville, Davidson, & Choquet, s.d.; Peixoto, 2010; Lorente & Heras, 1994). Neste consumo múltiplo quase todos convergem para o consumo de três drogas específicas, o haxixe, a heroína e a cocaína, sucessivamente experimentadas da forma apresentada. Há ainda um caso, o E10 que ao consumo de drogas ilegais conjugou o consumo de álcool.

Todos os inquiridos começam os consumos relativamente cedo, entre os 11 e os 18 anos, falamos por isso de anos de consumos, e por isso as determinações para o tratamento emergem precisamente da saturação desses anos de consumo, das questões de saúde, das novas oportunidades de vida, da solidão, precisamos aqui as chamadas motivações internas, expressão usada quando a vontade de se sujeitar a um tratamento parte do próprio indivíduo. Há contudo três inquiridos que partem para tratamento por pressões externas, um por pressão de um irmão, outro da mãe e um terceiro por pressão das médicas

e por questões económicas. Estão aqui latentes as chamadas motivações intrínsecas e extrínsecas anunciadas por Vicente e colaboradores (2004) e pelo Projecto Homem (2001).

Refletindo agora sobre os discursos recolhidos durante as entrevistas entre os dois grupos de inquiridos denotamos duas particularidades especiais que afetam cada uma destas duas populações. Quando comparamos estes dois grupos de entrevistados há uma diferença notória que se observa, no caso de quem consome drogas legais observa-se que uma parte dos entrevistados (E1, E2 e E3) conseguiu manter uma relação afetiva e formar uma família. É o caso do E1 que foi casado e teve um filho, da E2 que viveu com um homem durante 25 anos e teve ainda dois filhos (do companheiro com quem viveu) e o E3 que mantinha um relacionamento onde a companheira tinha uma filha. No grupo de ex-toxicodependentes apenas um inquirido era casado e tinha um filho, os restantes inquiridos deste grupo mencionam solteiro como estado civil sendo ainda que durante a entrevista não enunciam quaisquer relacionamentos afetivos.

Outra característica que distingue estes dois grupos, consequência também da primeira distinção, remete para o uso da força e da violência em meio familiar, é o caso do E1 e E2, o primeiro como agressor, a segunda como vítima. No caso da E2 a violência é acompanhada pela coação do companheiro que a leva a trabalhar em locais nos quais o problema que tinha com o álcool se intensificou, chegando mesmo a ser forçada a trabalhar na prostituição. A E2 alega ainda que, fruto desse ambiente familiar, um dos filhos acaba por lhe ser retirado pela segurança social. Nestes dois casos espelham-se as consequências apresentadas por Lorente & Heras (1994), resultantes do consumo excessivo de álcool, temos casamentos desfeitos, doenças, carência económica, violência, prostituição. O consumo abusivo de álcool desregula o indivíduo levando-o a praticar atos condenados pela sociedade, destrói a sua relação familiar e social pelo estigma que os seus membros são alvo decorrente das consequências aqui apresentadas.

Tendo mantido ou não uma relação afetiva todos os inquiridos argumentam que a vertente familiar foi efetivamente a mais flagelada, falamos do cortar de relações, mentiras, roubos, violência, divórcios e separações. Os casos de violência doméstica são já característicos de lares pautados pelo consumo abusivo de álcool como aliás argumentam Ilharco (1960), Lorente e Heras (1994), Macfarlene e colaboradores (1996) e Fainzang (2007).

Já nos entrevistados com PLD não se observam esses casos de violência, os consumidores orientam mais as suas respostas para problemas que afetam não só a vertente familiar mas também a sociedade, falamos dos roubos praticados em casa (E8) e

fora dela (E7), é o caso do E7 e E8. A ânsia do consumo acabou por levá-los à área do roubo e à consequente prisão, as drogas ilícitas são produtos que requerem grandes quantidades de dinheiro, ao contrário das drogas lícitas que se vendem a baixos custos económicos quando não de fabrico caseiro.

Os assuntos aqui abordados ocorridos durante anos e anos num meio familiar levam em muitos casos a um corte de relações ou uma indiferença por parte da família em relação a esses familiares. E muitas vezes quando por fim decidem proceder a um tratamento os familiares recusam ou não demonstram interesse em acompanhar o processo de recuperação.

O E1 é o primeiro a ser severamente afetado pelo consumo abusivo de álcool, acaba por “perder” a cabeça e na última agressão que pratica sobre a mulher, segundo o próprio, quase que a matava. Esta agressão acaba por conduzir ao divórcio que consequentemente acaba por levar o entrevistado a sujeitar-se a um processo de tratamento. Fruto desta situação, o entrevistado parte para o tratamento completamente sozinho sem o apoio de nenhum familiar, mais tarde consegue retomar a relação com o filho, a restante família mantém-se contudo de parte. Após o divórcio o entrevistado acaba por ficar sem a casa onde vivia que, com o decorrer do processo de divórcio, acaba por ficar para a mulher. A única morada do entrevistado passa desta forma a ser unicamente a instituição. Durante a estadia na instituição a única visita que recebe é o ex-patrão por questões laborais.

A E2 também ela acaba por parar à instituição sendo que fica sem qualquer outra morada para residir. Inicialmente, não conta com o apoio da família, mas com o decorrer do tempo acaba por recuperar, em parte, a confiança dos filhos, acaba inclusive por receber uma visita da filha. Na problemática do álcool estes são os dois casos que se figuram mais problemáticos no que toca à convivência com a família, os restantes inquiridos deste grupo receberam o apoio da família durante o processo de tratamento, visitando regularmente a família aos fins de semana, excetuando o caso do E4 que não procede às usuais visitas semanais aos familiares.

Na problemática da droga é de mencionar a falta de apoio, ou sequer interesse da família mencionada pelo E7 ao referir que podia estar morto ou vivo que a família pouco se importava, de lembrar que este inquirido viveu 23 anos na rua após um ultimato por parte da família, ou deixava as drogas ou ia para a rua. O entrevistado escolheu a droga e viu-se forçado a sair de casa. Pela falta de contato com a família durante o processo de tratamento o inquirido não recebe qualquer visita da família.

O E9 apesar de mencionar que retomou o contato com os irmãos e que o apoiaram na decisão de proceder a um tratamento, após proceder ao tratamento acaba por

referenciar num tom de desabafo que nunca acompanharam o seu processo, esporadicamente menciona que o levavam a dar um passeio mas quando questionado sobre visitas recebidas por parte da família refere que não houve nenhuma. O entrevistado tem plena consciência que os anos passados nos consumos minaram a sua relação familiar, particularmente com os irmãos, que após a morte do pai viram o irmão afundar-se cada vez mais na droga, até que finalmente decidiu partir para um tratamento. Com a morte do pai o entrevistado acaba também por ficar sem residência, foi por isso urgente uma mudança na sua vida.

Após a análise das diversas categorias e das respostas obtidas observamos que certas categorias se sobressaem pela influência que exercem no processo de reinserção social, podendo ditar sucessos ou insucessos do dito tratamento, ou em menor influência, adiantá-lo ou atrasá-lo, mediante a presença ou ausência de determinados elementos. É o caso da situação profissional, da existência ou não de habitação (própria ou não) fora do PH, da duração das diferentes fases do processo e da existência ou não de apoio familiar no citado tratamento. Decidimos por isso organizar a Tabela 5.1 com a disposição das diferentes unidades de registo oriundas das categorias previamente expostas e dos entrevistados que nelas se encaixam. As unidades de registo escolhidas são as seguintes: desempregado, sem habitação fora do PH, eventuais atrasos no processo de tratamento² e sem apoio da família. A estas juntamos a unidade de registo fase A e fase B oriundas da categoria fase. Após uma análise dos testemunhos e como já mencionado, este trabalho carece de algumas limitações relacionadas com a amostra, e daí consideramos não ser pertinente incluir nesta análise indivíduos que estejam apenas à duas semanas na instituição como é o caso do E3 e E4, podendo ter ou não o apoio da família muitas alterações podem ainda decorrer uma vez que estão ainda a iniciar o processo de reinserção social. Por essa razão optamos por excluir entrevistados da fase A, os inquiridos das fases B e C por estarem mais adiantados no tratamento permitem uma melhor leitura do desenrolar do processo de tratamento.

² A unidade de registo ‘atrasos no processo de tratamento’ não consta nas tabelas da análise de conteúdo em anexo, por uma questão de redução e melhor compreensão da informação, ela foi criada precisamente para esta tabela permitindo uma redução substancial da informação que não seria pertinente para aqui.

Tabela 5.1 - Unidades de Registo de Elevada Interferência no Processo de Reinserção Social dos Inquiridos.

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Desempregado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sem Residência	X	X					X		X	X
Residentes da Fase B e C	X					X	X	X	X	
Atrasos no Processo							X	X	X	
Sem Apoio da Família	X						X		X	

Os E3, E4 e E5 apenas se encontram desempregados, sendo que estão ainda fase A, têm o apoio da família e têm residência, todos em habitação conjunta com familiares, o E3 com a mãe, o E4 com o irmão, e o E5 com o irmão em habitação da mãe que está agora num lar, não nos alargaremos sobre estes três caso. Pela sua recente entrada na RS muitas alterações ainda podem ocorrer.

O E10 e E2 estão também na fase A, ambos desempregados e sem residência. Ambos argumentam ter o apoio da família, a E2 dos filhos a quem faz visitas e com quem gostaria de ir viver quando saísse da instituição, mas menciona não existirem condições para tal e por isso projeta um futuro onde tentará arranjar um trabalho e um quarto mesmo por Braga. O E10 também visita semanalmente o irmão e apesar de mencionar não ter residência refere que se assim desejasse já podia estar na casa de um irmão, mas ainda considera ser muito cedo para isso.

O E6 está desempregado e está na fase B à quatro meses sendo que passou um mês na fase A. Alega ter o apoio da família e muito esporadicamente passa os fins de semana com os pais em Lamego, aliás a sua residência fora da instituição. O entrevistado não demonstra contudo grande vontade em regressar àquele meio e por essa mesma razão as visitas são tão poucas, sendo que os seus objetivos passam por tentar arranjar trabalho por Braga e por aí ficar. Enquanto esse objetivo não for atingido, o entrevistado terá sempre o apoio da família a quem pode recorrer para a aquisição de residência, ainda que temporária.

O E1 está na fase B à dois meses e esteve um mês na fase A. Estando situado na fase B deveria ter já uma incorporação e integração mais ativa na sociedade na qual vive, seja pelo trabalho, estudo e/ou formação profissional, mas o indivíduo não tem trabalho nem estuda, não tem residência e não teve ou tem o apoio da família nesta nova etapa de vida. Após o último episódio de violência todos cortaram relações com ele, excetuando

um filho que o entrevistado vai visitando quando pode. Dado o cenário apresentado o entrevistado conjectura que o seu futuro passa provavelmente pela emigração, um caminho que não se revela o melhor uma vez que após a alta terapêutica os indivíduos continuam ainda durante um ano a ser acompanhados pela instituição no intento de impedir eventuais recaídas. Uma saída para o estrangeiro impossibilitaria este acompanhamento por parte da instituição.

Na tabela apresentada podemos observar que apenas dois inquiridos marcam presença em todas as unidades de registo apresentadas, o E7 e o E9, Estes dois entrevistados estão na fase B e C respetivamente, desempregados, sem habitação fora do PH, sofreram atrasos no processo de tratamento e não têm o apoio da família.

Tal como referi anteriormente, cada fase tem uma duração média estipulada, a fase A tem uma duração prevista de 2 meses, a fase B de 6 a 8 meses e a fase C de 2 meses. Fazendo uma análise comparativa entre o tempo estipulado para cada fase e o tempo de que cada um dos inquiridos indica por cada fase que passa há alguns tempos que se revelam discrepantes é o caso particular do E7 e E9. O E7 que estava na fase B, passou 4 meses na fase A, e aquando da realização da entrevista estava a 5 meses na fase B. O E9 estava já na fase C, sendo que passou 1 mês na fase A, dez meses na fase B e aquando da realização da entrevista estava a 2 meses na fase C.

Estes dois casos, do E7 e E9, por serem os mais adiantados no seu processo de reinserção permitem-nos, em parte, traçar o seu percurso pela reinserção social e a interferência da família nesse processo. Ambos mencionam não ter tido o apoio da família, apesar do E9 mencionar apoio e posteriormente mencionar um desinteresse pelo processo. O E7 menciona que o contato que mantém com a família é por via telefone e que esse contato que existe vem por parte do próprio pois por parte da família não há interesse. Já o E9 menciona apenas as visitas ocasionais de um dia aos familiares, há ainda constrangimentos familiares ligados aos anos que o inquirido passou nos consumos.

Em relação aos dois inquiridos apresentados de mencionar que o E7 situado na fase B deveria ter já uma incorporação e integração mais ativa na sociedade na qual vive, seja pelo trabalho, estudo e/ou formação profissional. Deve já solucionar os problemas que vão aparecendo, tomando decisões de forma autónoma e coerente com a sua realidade. Pretende-se que os utentes nesta fase façam já eles próprios uma programação e planificação a curto prazo de metas e a eleição de um estilo de vida autónomo. Será nesta fase também que se espera que eles próprios façam já a sua gestão e administração financeira. O entrevistado pela impossibilidade de conseguir um emprego está neste momento a iniciar a sua formação académica. De notar que este entrevistado demonstrou

durante a entrevista ter uma personalidade forte e um temperamento agressivo, exibindo o seu recorrente “desrespeito” pelos terapeutas e regras da RS, razão pela qual o seu percurso por cada fase esteja um pouco mais demorado.

O E9 situado na fase C estaria já pronto para a alta terapêutica se os objetivos que a acompanham estivessem já cumpridos. O programa terapêutico considera-se concluído após a concretização dos objetivos das três fases, designadamente ao nível das perspetivas de emprego, formação profissional e escolar adequada, consecução de habitação e recursos económicos próprios.

No caso do E7 e do E9 podemos assegurar que o processo de reinserção social é dificultado pela ausência do apoio da família a par de outras questões como sejam a consecução de um trabalho para a posterior obtenção de recursos económicos próprios.

Mediante os testemunhos apresentados e as discussões retidas podemos conjecturar que a presença familiar pode ser um aliado terapêutico (Projecto Homem, 2001) na perspetiva de ponte de ligação entre eles e a restante sociedade (Colle, 2001). Quando a família se envolve no processo de tratamento há a possibilidade, assim que os familiares o permitam, de uma residência fora da instituição, problema aliás dos dois inquiridos apresentados, particularmente do E9, que não teve alta terapêutica, na falta de uma habitação e de um trabalho para a obtenção de recursos suscetíveis de a sustentar. A falta de acompanhamento e de envolvimento dos familiares no processo de reinserção dos indivíduos inquiridos é traduzida por uma dificuldade acrescida a tantas outras, a dificuldade em arranjar habitação fora da instituição. Na falta deste suporte familiar e da consecução de um trabalho para a obtenção de recursos que sustentem uma habitação própria esta dificuldade acabará por se traduzir numa impossibilidade de deixar a instituição e prosseguir a sua vida.

Os restantes inquiridos que mencionaram não ter o apoio da família não nos permitem objetivar se efetivamente a variável familiar poderá vir a intervir no percurso de tratamento, até porque estão ainda no início do seu percurso institucional, podendo haver muitas alterações durante o decorrer do processo de tratamento ou porque estão ainda com algum tempo disponível para solucionar os seus problemas até à alta terapêutica. É nomeadamente o caso do E1 que, apesar de estar bastante próximo das realidades dos E7 e E9, excetuando-se a unidade de registo atrasos no processo de tratamento, não está ainda preparado para alta terapêutica. Espera-se que até lá o entrevistado consiga um trabalho de forma a garantir recursos económicos próprios assim como a consequente aquisição de habitação. Ou então que talvez a família se venha a envolver no seu processo de tratamento. Se entretanto nenhuma destas hipóteses se

verificar o entrevistado fica agarrado à possibilidade de uma saída para o estrangeiro o que não será o melhor dos caminhos, não se cumprindo nenhuma das hipóteses acabará inevitavelmente por ficar na mesma situação do E7 e E9.

Podemos confirmar apenas num caso que a presença e envolvimento da família no processo de recuperação se pode revelar um aliado terapêutico, é o caso do E8. O E8 está na fase B, está desempregado e sofreu atrasos no processo de tratamento (recaída durante a fase B), contudo teve e tem o apoio da família no seu percurso, particularmente da mãe que lhe disponibiliza casa para viver fora da instituição. Apesar de o E8 estar ainda na fase B está já a residir na sua área de residência em habitação conjunta com a mãe, não tem trabalho, mas está a tirar um curso como técnico de contabilidade. O entrevistado vai já tomando decisões de forma independente, programando e planificando a sua vida de forma autónoma, algo que não seria possível se não houvesse o envolvimento da mãe e a disponibilização de residência para o entrevistado.

Perante este caso, assim como o Projecto Homem (2001) preconiza, a família pode mostrar-se como um aliado terapêutico no processo de reabilitação do toxicodependente e alcoólico, é essencialmente um meio facilitador do tratamento na medida em que funciona como ponte de ligação entre ele e a restante sociedade (Colle, 2001), tendo a possibilidade de amenizar a saída da RS para o mundo exterior, (re)integrando lentamente o indivíduo em sociedade (Leandro, 2001), protegendo-o de possíveis marginalidades e exclusões que possam surgir desta mesma sociedade (Rebelo, 2007).

Mediante os factos apresentados podemos afirmar que o sucesso ou insucesso do processo de tratamento está muitas vezes dependente das interações e relações que se vão estabelecendo com o meio social envolvente (Jorge Rebelo, 2007), particularmente no trabalho e na família, pelas oportunidades de (re)organização de vida que vão dando aos entrevistados.

A família é efetivamente um aliado importantíssimo no processo de tratamento, os próprios inquiridos aludem a essa importância no decorrer da entrevista como menciona o E6: *é importante a família sem dúvida, agora digo isso, antes não sentia isso nem dizia, mas realmente a família é das coisas mais importantes que podemos ter e há que realmente dar valor a isso.* É evidente essa preocupação, quando questionados sobre as perspetivas futuras a longo prazo, na sua maioria, as perspetivas direcionam-se para o meio afetivo, (re)construir a vida amorosa (E2, E3), construir uma família (E5, E7, E8, E9, E10), reconstruir a relação familiar (E6).

Conclusões

As leis portuguesas criminalizaram o consumo de drogas ilícitas mas permitiram uma certa liberdade no consumo de drogas lícitas que estão a trazer efeitos mais nefastos que as próprias drogas ilegais, no meio familiar particularmente, no meio laboral e financeiro e todos os outros, onde o consumidor se insere. Falamos de um consumo socialmente aceite que, quando praticado de forma abusiva, apenas é passível de contraordenação social, não havendo nenhuma sanção jurídica que iniba e reprima tal comportamento, falamos naturalmente de maiores de 18 anos, idade legalmente permitida para iniciar o consumo de álcool.

O consumo de álcool está desta forma a tomar proporções tão graves como as das drogas ilícitas. Aliás, os dados disponíveis levam-nos a ver a existência de um número muito maior de dependentes ligados ao álcool comparativamente à droga.

Através da técnica da entrevista foi-nos possível recolher os testemunhos dos entrevistados em matéria de percurso do consumo, áreas da vida afetadas por esses consumos e as dinâmicas familiares e sociais envolvidas em todo o percurso (da dependência até à reinserção social). Foi-nos possível inquirir dez entrevistados, cinco oriundos da problemática do álcool e cinco provenientes da problemática da droga. Com a possibilidade de entrevistarmos duas populações distintas mas intimamente próximas, o objetivo desta investigação passou pois sempre pela comparação destes dois grupos, permitindo-nos analisar semelhanças ou diferenças entre eles.

A presente investigação passou particularmente pela análise do percurso do dependente (de drogas lícitas e ilícitas) tendo em vista o papel que a família ocupa em todo esse percurso, particularmente na (re)integração social dos mesmos. Não ficou contudo extensamente comprovado que o envolvimento da família seja elemento facilitador no processo de reinserção, podemos contudo apontar, aquilo que os dados nos levam a ver, que o não envolvimento da família no processo de tratamento dos seus familiares dificulta o processo de reinserção social, podendo mesmo atrasá-lo, particularmente quando outras variáveis “falham”, falamos concretamente da obtenção de trabalho e habitação. Consideramos por isso que o envolvimento da família possa ser um aliado terapêutico, facilitando o processo de reinserção social, contudo, não temos dados sustentados que nos permitam validar tal afirmação, os testemunhos recolhidos no decorrer da entrevista apenas nos levam a presumir a existência de uma relação entre a presença da família e o sucesso do processo de reinserção social traduzida por diversos apoios que podem ser prestados pela família, habitação, sustentação económica, reintegração social no seu meio, metas que muitas vezes são impossíveis de conquistar nesta sociedade de consumismo e competitivismo que discrimina tudo e todos. Vêm-se

muitos processos estagnados pela falta da inclusão destas populações no mundo do trabalho que lhes impossibilita seguir com a sua vida, e nestes casos a presença ativa e o acompanhamento da família através de diversos apoios que poderiam ser prestados poderá sem dúvida ser um aliado terapêutico. É o caso de um dos entrevistados que com o apoio da mãe tem já a possibilidade de residir fora da instituição, organizando a sua vida.

Tal como já mencionei anteriormente, esta investigação apresenta algumas limitações, essencialmente orientadas para a amostra inquirida, que deveria ser composta por indivíduos situados já na fase B e C, possibilitando já aos indivíduos uma integração e incorporação ativa em sociedade e a consecução de habitação e recursos próprios respetivamente, o que nos permitiria fazer uma leitura mais clara do processo de tratamento, avaliando eventuais sucessos ou insucessos de percurso. A composição desta amostra (cinco inquiridos da fase A) levou esta investigação a uma impossibilidade de recolha da informação que seria pertinente, o que por seu turno não nos permitiu que as nossas hipóteses fossem conclusivamente confirmadas ou refutadas.

Esta investigação permite-nos pois aconselhar outros investigadores que se interessem pelo estudo de populações idênticas, que organizem as suas investigações num percurso já mais adiantado do processo de tratamento. Este estudo é de carácter exploratório e por isso deve ser levado em consideração o seu carácter circunscrito (o tamanho reduzido da amostra e as limitações que a acompanham) e também por essa razão a comprovação das hipóteses aqui apresentadas carecem de alguma ambiguidade.

Bibliografia

- Agra, C. da. (1998). Factos observados - A relação droga-crime: do simples e linear ao múltiplo e complexo. In *Entre droga e crime: atores, espaços, trajetórias* (1ª ed.). Lisboa: Editorial Notícias.
- Alexandre, L. (2004). Experiência de Trabalho com as Famílias no CAT de Portalegre. In *Novas Perspectivas, Novos Horizontes*. Porto: Instituto de Droga e Toxicodependência. Retirado de http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/ReinsercaoMais/Documentos/Partilhados/Novas_perspectivas_novos_horizontes_colectanea.pdf
- Alves, A. J. (1991, Maio). O planeamento de pesquisas qualitativas em educação. *Cadernos de Pesquisa*, (77), 53–61. Retirado de <http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/1042>
- Amaro, F. (2006). *Introdução à Sociologia da Família*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Asti Vera, A. (1976). *Metodologia da pesquisa científica*. Porto Alegre: Editora Globo.
- Azevedo, C., Barbosa, J., & Brandão, R. (2004). Reinserção e redes sociais. In *Novas Perspectivas, Novos Horizontes*. Porto: Instituto de Droga e Toxicodependência. Retirado de http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/ReinsercaoMais/Documentos/Partilhados/Novas_perspectivas_novos_horizontes_colectanea.pdf
- Barata, Ó. S. (1975). *Introdução às ciências sociais (Vol.2)*. Lisboa: Livraria Bertrand.
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Becker, H. (1973). *Outsiders*. United States of America: The Free Press of Glencoe, inc.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1999). A sociedade como realidade subjetiva. In *A construção social da realidade* (1ª ed.). Lisboa: Dinalivro.
- Blanch, A., Ghiglione, R., Massonnat, J., & Trognon, A. (1989). Entrevistar. In A. Blanchet (Ed.), *Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales* (pp. 87–129). Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.

- Boudon, R. (1990). Os métodos qualitativos. In *Os métodos em Sociologia* (pp. 93–125). Lisboa: Edições Rolim, Lda.
- Caravana, A. (2007). *Variáveis Familiares e Individuais no Tratamento da Toxicodependência*. Universidade do Minho.
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da investigação: guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, J. N. N. de. (1983). *O consumo de álcool e outras drogas na adolescência: revisão da literatura e estudo exploratório*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Colle, F.-X. (2001). *Toxicomanias, sistemas e famílias*. Lisboa: Climpesi Editores.
- Coutinho, C. P. (2008, Janeiro). A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade. *Educação Unisinos*, 12(1), 5–15. Retirado de https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7884/1/005a015_ART01_Coutinho%5Brev_OK%5D.pdf
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Demartis, L. (2002). *Compêndio de sociologia*. Lisboa: Edições 70.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2006). A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In *O planeamento da pesquisa qualitativa* (1ª ed., pp. 15–41). Porto Alegre: Artmed.
- Deshaias, B. (1992). *Metodologia da Investigação em Ciências Humanas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Dias, F. (2001). *Padrões de Comunicação na Família do Toxicodependente: Uma Análise Sociológica*. Lisboa: Piaget Editores.
- Dias, F. (2002). *Sociologia da Toxicodependência*. Lisboa: Stória Editores, Lda.
- Dupont, R. L. (2005). *Cérebro, álcool e drogas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Durkheim, É. (1977). *A divisão social do trabalho*. Lisboa: Editora Presença.
- Fainzang, S. (2007). *Curar-se do álcool: antropologia de uma luta contra o alcoolismo*. Niterói: Intertexto.
- Fernandes, J. (1998). *O sítio das drogas* (2ª ed.). Lisboa: Editorial Notícias.

- Ferreira, P. M. (2003). Comportamentos de risco dos jovens. In J. M. Pais & M. V. Cabral (Eds.), *Condutas de Risco, Práticas Culturais e Atitudes Perante o Corpo* (1ª ed., pp. 72–110). Oeiras: Celta Editora.
- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. (2004). *Alcoolismo e toxicod dependência*. Lisboa: Climpsi Editores.
- Filho, J. A. J., & André, C. (2002). *Alcoolismo*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora RevinterR Ltda.
- Fleming, M. (1996). *Família e toxicod dependência*. Porto: Edições Afrontamento.
- Freitas, S. S. G. (2013). *As diferenças de género na reinserção de toxicod dependentes*. Universidade Técnica de Lisboa. Retirado de http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/5863?mode=full&submit_simple=Mostrar+registo+em+formato+completo
- Fréjaville, J.-P., Davidson, F., & Choquet, M. (s.d.). *Os jovens e a droga*. Portugal: RÉS-Editora, Lda.
- Giddens, A. (2000). *Sociologia* (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (5ª ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Goode, W. J. (1970). *A família*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora.
- Goode, W. J., & Hatt, P. K. (1972). *Métodos em pesquisa social* (4ª ed.). São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo* (1ª ed.). Estoril: Príncipia Editora.
- Haguette, T. (1995). *Metodologias qualitativas na sociologia* (4ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Harrichaux, P., & Humbert, J. (1978). *O alcoolismo* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- I.D.T. (2011). *Relatório Anual – A Situação do País em Matéria de Droga e Toxicod dependência*. Lisboa: Instituto de Droga e Toxicod dependência.
- Iglesias, E., López, A., & Bernard, I. (1995). *Drogod dependencias*. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela.

- Ilharco, F. (1960). *Os perigos sociais do alcoolismo*. Porto: Imprensa Social.
- Kellerhals, J., Troutot, P.-Y., & Lazega, E. (1989). *Microsociologia da Família*. Sintra: Publicações Europa-América.
- Kerlinger, F. (1980). *Metodologia da pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Ketele, J.-M. de, & Roegiers, X. (1999). *Metodologia da Recolha de Dados*. Lisboa: Piaget Editores.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. de A. (1991). *Sociologia Geral* (6ª ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Landry, R. (2003). A análise de conteúdo. In B. Gauthier (Ed.), *Investigação Social* (pp. 345–370). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Leandro, M. (2001). *Sociologia da família nas sociedades contemporâneas*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Leandro, M. (2011). *Laços familiares e sociais* (1ª ed.). Viseu: Psico&Soma.
- Lessard-Hérbert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1994). *Investigação qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lima, P. J. V. de T. (2013). *A família: natureza, identidade e missão. Análise dos programas, dos manuais e das planificações de EMRC. Estudo exploratório no Ensino Básico*. Universidade do Minho.
- Lorente, A. P., & Heras, J. de las. (1994). *Os teus filhos e as drogas*. Lisboa: Rei dos Livros.
- Macfarlane, A., Macfalarne, M., & Robson, P. (1996). *Os adolescentes e a droga: factos e protagonistas*. Lisboa: Quatro Margens Editora.
- Mann, P. (1973). *Métodos de Investigação Sociológica* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Marconi, M. de A., & Lakatos, E. M. (1996). *Técnicas de Pesquisa* (3ª ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Marconi, M. de A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5ª ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Martins, H. (2004, Maio). Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação E Pesquisa*, 30(2), 289–300. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ep/v30n2/v30n2a07.pdf>

- Mello, M., Barrias, J., & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Retirado de https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCMQFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Falcool-e-problemas-ligados-ao-alcool-em-portugal-pdf.aspx&ei=rMPfU_PyM-fJ0QX3hoDIDw&usg=AFQjCNFeEMZaZIFIhc595QuWYR1_-hP-JQ&sig2=RltN32T2dENhqyaHwU39ag&bvm=bv.72197243,d.bGQ
- Michel, O. da R. (2000). *Alcoolismo e drogas de abuso: problemas ocupacionais e sociais*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora RevinteR Ltda.
- Moreira, C. D. (1994). *Planeamento e estratégias da investigação social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Moreira, P. (2001). *Para uma prevenção que previna*. Coimbra: Quarteto.
- Morel, A., Hervé, F., & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente* (1ª ed.). Lisboa: Climpsi Editores.
- Neves, E., & Segatto, M. (2009). *A importância da família na prevenção de uso e abuso de álcool: possíveis relações*. Faculdade Católica de Uberlândia. Retirado de <http://catolicaonline.com.br/revistadacatolica2/artigosn4v2/28-pos-grad.pdf>
- Núcleo de Reinserção. (2007). *Manual de Boas Práticas em Reinserção 1º Caderno: Enquadramento Teórico*. Instituto de Droga e Toxicodependência. Retirado de http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/ReinsercaoMais/DocumentosPartilhados/Manual_Reinsercao.pdf
- Olievenstein, C. (s.d.). *A droga: drogas e toxicómanos*. Lisboa: Editorial Pórtico.
- Patrício, L. (2002). *Droga, para que se saiba*. Lisboa: Livraria Figueirinhas.
- Peixoto, A. (2010). *Dependências e outras violências...* Ponta Delgada: Edições Macaronésia. Retirado de http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/5234EA2C-EB4A-4E03-8AE2-CEEDEC42B564/480082/1221Miolo_Dep_Violencias2010.pdf
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. dos. (2007, Maio). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia Em Estudo*, 12(2), 247–256. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n2/v12n2a05>

- Projecto Homem. (2001). *Afectividade e toxicoddependência: Actas do workshop no 10º aniversário do Projecto Homem de Braga*. Braga: Centro de Solidariedade de Braga.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (1ª ed.). Lisboa: Grávida.
- Rebelo, J. (2007). *A reinserção social – experiências de percursos de toxicoddependentes*. Universidade do Porto - Faculdade de Economia. Retirado de [http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7463/9/MDISDissertao de mestrado de Jorge Rebelo.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7463/9/MDISDissertao%20de%20mestrado%20de%20Jorge%20Rebelo.pdf)
- Rebelo, J. (2008). *Relações familiares e toxicoddependência*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Retirado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/11784/4/TESEJoanaMRebelo.pdf>
- Relvas, J., Lomba, L., & Mendes, F. (2006). *Novas drogas e ambientes recreativos*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Richardson, R., Peres, J., Correia, L., Peres, M., & Wanderley, J. (1985). *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Rocher, G. (1989a). *Sociologia Geral (vol.1)* (5ª ed.). Lisboa: Editora Presença.
- Rocher, G. (1989b). *Sociologia Geral (vol.2)* (4ª ed.). Lisboa: Editora Presença.
- Rodriguez-Lopez, A. (1997). *Problemática da família: contributo para uma reflexão sobre a família na sociedade atual*. Viseu: Departamento Cultural do ISPV.
- Rosa, A., Gomes, J., & Carvalho, M. (2000). *Toxicoddependência: arte de cuidar*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde.
- Sampaio, D., & Gameiro, J. (1985). *Terapai Familiar* (2º ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Sanchez, A., Telles, C., Murad, J., Gonçalves, E., Trancredi, F., Carbonneau, P., ...
Sanchez, V. (1982). *Drogas e Drogados: O indivíduo, a família, a sociedade*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Saraceno, C. (1997). *Sociologia da família*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Savoie-Zajc, L. (2003). A entrevista semidirigida. In B. Gauthier (Ed.), *Investigação Social* (pp. 279–299). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Schrader, A. (1974). *Introdução à pesquisa social empírica*. Porto Alegre: Editora Globo.
- Schuckit, M. A. (1998). *Abuso de álcool e drogas*. Lisboa: Climpsi Editores.
- Segalen, M. (1999). *Sociologia da família*. Lisboa: Terramar.
- Selltiz, Jahoda, Deutsch, & Cook. (1967). *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. São Paulo: Editora Herder.
- Silva, A., & Pinto, J. (1986). *Metodologia das ciências sociais* (8ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Silva, M. (2011). *Consumo de drogas: O impacto da informação e do modelo de regulamentação nos comportamentos*. Universidade do Minho. Retirado de http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/16090/1/Mara_Fernandes_da_Silva.pdf
- Simmel, G. (1977). El pobre. In *Sociologia. Estructura sobre las formas de socialización* (vol.2) (pp. 479–520). Madrid: Biblioteca de la Revista de Occidente.
- Tinoco, R. (1999). Notas sobre a construção psicossocial da identidade desviante em Toxicodependência. *Toxicodependências*, 5(3), 11–23. Retirado de http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/3178/1/Notas_sobre_a_construcao.pdf
- Vargas, J. (2011). *O homem as drogas e a sociedade: um estudo sobre a (des)criminalização do porte de drogas para consumo pessoal* (pp. 1–31). Rio Grande do Sul. Retirado de http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2011_1/jonas_vargas.pdf
- Vicente, T., Pinto, P., & Rios, L. (org). (2004). *Novas Perspectivas, Novos Horizontes*. Porto: Instituto de Droga e Toxicodependência. Retirado de http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/ReinsercaoMais/Documentos_Partilhados/Novas_perspectivas_novos_horizontes_colectanea.pdf
- Vilarinho, M. (2004). Tempos Livres e Outros Interesses. In *Novas Perspectivas, Novos Horizontes*. Porto: Instituto de Droga e Toxicodependência. Retirado de http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/ReinsercaoMais/Documentos_Partilhados/Novas_perspectivas_novos_horizontes_colectanea.pdf
- Xiberras, M. (1993). *As terias da Exclusão*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Xiberras, M. (1997). *A sociedade intoxicada*. Lisboa: Instituto Piaget.

Anexos

Grelha Analítica

GRELHA ANALÍTICA	
PROBLEMÁTICAS	DIMENSÕES
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	<ul style="list-style-type: none"> -Sexo -Idade -Estado civil -Habilitações literárias -Situação profissional -Localização geográfica
TRAJETÓRIA INSTITUCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> -Fases -Problemática
PROBLEMÁTICA DO ÁLCOOL E/OU DROGA	<ul style="list-style-type: none"> -Início de consumo -Áreas da vida afetadas pelo consumo -Problemas recorrentes do consumo -Comportamento dos outros perante o consumo
ENTRADA NA INSTITUIÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> -Motivações e acontecimentos na origem do tratamento -Motivações no decorrer do tratamento
ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> -Condições de habitação -Influência do apoio familiar no tratamento -Atitude do indivíduo em relação à família -Relações familiares após entrada na instituição
PROCESSO DE RECUPERAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> -Balanço do tratamento em matéria social -Balanço do tratamento em matéria pessoal -Mudanças produzidas na vida do indivíduo

Guião da Entrevista

Apresentação e objetivos da entrevista

Estamos a contata-lo no sentido de nos facultar uma entrevista sobre o seu processo de reinserção social e o papel da sua família neste processo no contexto de uma investigação para uma dissertação de mestrado em Desenvolvimento e Políticas Sociais, para a qual nos interessa saber, além no seu processo de reintegração social e da forma como a sua família se envolveu nesse processo, outras informações tais como a sua situação profissional, as suas motivações para o tratamento e as mudanças já produzidas pelo tratamento, entre outras.

Esta entrevista será registada em formato áudio para a sua posterior análise, com este estudo não pretendemos obter dados a fim de fazer qualquer juízo de valor ou crítica em relação à situação de cada entrevistado.

Comprometemo-nos a salvaguardar a identidade de cada entrevistado e a assinar um termo de confidencialidade como prova em que os dados da entrevista não serão utilizados para outro fim que não seja o deste estudo.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade para a realização desta entrevista.

Nrº da entrevista:

I. DADOS SOCIODEMOGRAFICOS

Género:

1. Qual a sua idade?
2. Estado civil?
3. Grau de habilitações literárias?
4. Atualmente frequenta algum grau de ensino?
5. Qual a sua situação profissional?
 - 5.1. Se tem trabalho, qual o seu trabalho?
6. Atualmente está a residir na Reinserção Social do Projecto Homem, ou no seu local de residência?
7. Qual a sua área de residência (anterior ao tratamento)?
8. No seu local de residência, tem residência própria, ou vive com alguém?

II. TRAJETÓRIA INSTITUCIONAL

1. Em que fase da Reinserção Social se encontra atualmente?
 - 1.1. Quanto tempo esteve em cada fase?
2. Qual a problemática que o levou a recorrer a esta instituição? [**Álcool ou droga**]
 - 2.1 Que tipo de álcool/droga consumia?

III. PROBLEMÁTICA DO ALCOÓL

1. Que idade tinha quando provou a primeira bebida alcoólica? Em que contexto ocorreu esse primeiro consumo?
2. Conte-me por favor como foi o percurso desde essa primeira bebida até terminar na dependência.
3. Que áreas da sua vida foram afetadas por esse consumo de álcool?
 - 3.1. Que problemas trouxe a bebida para a sua vida nas áreas assinaladas?
4. Quando consumia álcool de forma problemática apercebia-se desse consumo exagerado?
 - 4.1 Que acontecimentos se sucederam para que se apercebesse que bebia de forma problemática?
5. Alguns das pessoas que o rodeavam faziam algum comentário ou recomendação em relação ao seu hábito de beber?
 - 5.1. Qual a sua atitude perante essas recomendações?

IV. PROBLEMÁTICA DA DROGA

1. Que idade tinha quando experienciou a primeira droga? Em que contexto ocorreu essa primeira experiência?
2. Conte-me por favor como foi o percurso desde essa primeira droga até terminar na dependência.
3. Que áreas da sua vida foram afetadas por esse consumo de droga?
 - 3.1. Que problemas trouxe a droga para a sua vida nas áreas assinaladas?
4. Os seus familiares sabiam dos seus consumos?
 - 4.1. Se sim, que atitude tomavam perante esses consumos?

V. ENTRADA NA INSTITUIÇÃO

1. Houve algum acontecimento em particular que determinou a sua entrada neste tratamento? Que acontecimento foi isso?
2. Que motivações teve para este tratamento?
3. Houve alguém particular que influenciou a sua entrada neste tratamento, ou apenas está aqui por vontade própria?
4. Se tivesse de destacar uma ou mais pessoas neste seu percurso de recuperação quem seriam elas e porquê?

VI. ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO

1. Teve o apoio da sua família no decorrer do seu tratamento?
2. Costumava receber visitas da sua família/amigos?
3. Costuma visitar os seus familiares durante o fim de semana? Se não, porquê?
4. Está a desenvolver iniciativas para aumentar/melhorar relações?
5. A partir do momento que entrou para o Projecto Homem acha que as suas relações aumentaram/melhoraram? Fale-me um pouco acerca desse assunto.
6. Sente-se satisfeito com as suas relações familiares? Se não, explique-me porquê?

VII. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

1. Como foi o seu crescimento social dentro da instituição?
2. Fazendo agora uma análise prospetiva do “antes e depois” do tratamento que mudanças trouxe para a sua vida a entrada nesta instituição?
3. Como descreve a pessoa que é agora?
 - 3.1. Que diferenças destaca entre a pessoa que é agora e a pessoa que era antes do processo de tratamento?
4. Neste momento o que valoriza mais em si mesmo?
5. E as pessoas que o rodeiam (o que valorizam mais em si)?
6. Que impacto teve este tratamento na sua vida?
7. O que espera que aconteça na sua vida daqui para a frente?
8. Como vê a sua vida daqui a cinco anos?
9. Há alguma coisa que queira acrescentar?

Categorização

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
PERGUNTA	CATEGORIA
Qual a sua idade?	Idade
Estado civil?	Estado Civil
Grau de habilitações literárias?	Habilitações literárias
Atualmente frequenta algum grau de ensino?	Relação atual com o ensino
Qual a sua situação profissional?	Situação profissional
Atualmente está a residir na Reinserção Social do Projecto Homem, ou no seu local de residência?	Área de residência atual
Qual a sua área de residência?	Área de residência anterior ao tratamento
No seu local de residência, tem residência própria, ou vive com alguém?	Habitação fora do PH

TRAJETÓRIA INSTITUCIONAL	
PERGUNTA	CATEGORIA
Em que fase da Reinserção Social se encontra atualmente?	Fase
Quanto tempo esteve em cada fase?	Duração das fases
Qual a problemática que o levou a recorrer a esta instituição? Que tipo de álcool/droga consumia?	Droga de utilização

PROBLEMÁTICA DO ÁLCOOL	
PERGUNTA	CATEGORIA
Que idade tinha quando provou a primeira bebida alcoólica e em que contexto ocorreu esse primeiro consumo?	Começo do consumo
Conte-me por favor como foi o percurso desde essa primeira bebida até terminar na dependência.	Percurso da dependência
Que áreas da sua vida foram afetadas por esse consumo de álcool?	Áreas da vida afetadas pelo consumo

Que problemas trouxe a bebida para a sua vida nas áreas assinaladas?	
Quando consumia álcool de forma problemática apercebia-se desse consumo exagerado? Que acontecimentos se sucederam para que se apercebesse que bebia de forma problemática?	Perceção do consumidor acerca do consumo
Alguns das pessoas que o rodeavam faziam algum comentário ou recomendação em relação ao seu hábito de beber?	Recomendações (exteiores) face ao consumo excessivo de álcool
Qual a sua atitude perante essas recomendações?	Atitude do consumidor face às recomendações

PROBLEMÁTICA DA DROGA	
PERGUNTA	CATEGORIA
Que idade tinha quando experienciou a primeira droga e em que contexto ocorreu essa primeira experiência?	Começo do consumo
Conte-me por favor como foi o percurso desde essa primeira droga até terminar na dependência.	Percurso da dependência
Que áreas da sua vida foram afetadas por esse consumo de droga? Que problemas trouxe a droga para a sua vida nas áreas assinaladas?	Áreas da vida afetadas pelo consumo
Os seus familiares sabiam dos seus consumos?	Relação entre a família e os consumos
Se sim, que atitude tomavam perante esses consumos?	Atitude familiar face aos consumos

ENTRADA NA INSTITUIÇÃO	
PERGUNTA	CATEGORIA
Houve algum acontecimento em particular que determinou a sua entrada neste tratamento? Que acontecimento foi isso?	Origem da determinação para a entrada na instituição
Que motivações teve para este tratamento? Houve alguém particular que influenciou a sua entrada neste tratamento, ou apenas está aqui por vontade própria?	Motivações para o tratamento

Se tivesse de destacar uma ou mais pessoas neste seu percurso de recuperação quem seriam elas e porquê?	Apoio emocional no decorrer do tratamento
---	---

ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO	
PERGUNTA	CATEGORIA
Teve o apoio da sua família no decorrer do seu tratamento?	Apoio da família no tratamento
Costumava receber visitas da sua família/amigos?	Visitas recebidas durante o processo de tratamento
Costuma visitar os seus familiares durante o fim de semana? Se não, porquê?	Visitas aos familiares durante o fim de semana
Está a desenvolver iniciativas para aumentar/melhorar relações?	Iniciativas de melhora das relações familiares
A partir do momento que entrou para o Projecto Homem acha que as suas relações aumentaram/melhoraram? Fale-me um pouco acerca desse assunto.	Melhoria das relações no decorrer do processo de tratamento
Sente-se satisfeito com as suas relações familiares? Se não, explique-me porquê?	Satisfação com as relações familiares

PROCESSO DE RECUPERAÇÃO	
PERGUNTA	CATEGORIA
Como foi o seu crescimento social dentro da instituição?	Reintegração social dentro da instituição
Fazendo agora uma análise prospetiva do “antes e depois” do tratamento que mudanças trouxe para a sua vida a entrada nesta instituição?	Mudanças positivas
Como descreve a pessoa que é agora? Que diferenças destaca entre a pessoa que é agora e a pessoa que era antes do processo de tratamento?	Diferenças entre o antes e depois do tratamento
Neste momento o que valoriza mais em si mesmo?	Autoavaliação do tratamento
E as pessoas que o rodeiam (o que valorizam mais em si)?	Avaliação dos outros ao tratamento
Que impacto teve este tratamento na sua vida?	Aspetos importantes do tratamento

O que espera que aconteça na sua vida daqui para a frente?	Perspetivas futuras a curto prazo
Como vê a sua vida daqui a cinco anos?	Perspetivas futuras a longo prazo

Tabela 1 – Análise de Conteúdo (Dados Sociodemográficos)

Dimensão	Categoria	Unidade de registo / Indicadores	Unidade de contexto / Excerto da entrevista
Dados sociodemográficos	Sexo	Masculino / Feminino	
	Idade	33	A minha idade é 33 (E8)
		38	38 [anos] (E7)
			38 [anos] (E9)
		40	Tenho 40 anos (E5)
		41	Eu tenho 41 [anos] (E3)
			41 [anos] (E4)
		46	46 [anos] (E1)
		47	47 anos (E10)
	51	51 [anos] (E6)	
	53	53 anos (E2)	
	Estado Civil	Divorciado	Divorciado (E1)
			Divorciado (E6)
		Solteiro	Solteira (E2)
			Sou solteiro (E3)
			Solteiro (E4)
			Solteiro (E5)
			Solteiro (E7)
			Solteiro (E8)
	Solteiro (E9)		
Solteiro (E10)			
Habilitações Literárias	Sem estudos	Não estudei, ando agora a fazer a primeira [primária]. (E7)	
	1º Ano	Até a 2ª classe, nem isso fiz até (...). (E5)	
	2º Ano	2º [Ano] (E4)	

	4° Ano	2° Ano. (E9)	
		4ª Classe (E2)	
	6° Ano	4ª Classe. (E10)	
		6° Ano (E1)	
	12° Ano	6° Ano. (E6)	
		9° Classe e tirei o curso de estucador e pintor (...) o curso equivale ao 12° [ano]. (E3)	
	Relação atual com o ensino?	Com frequência	Tenho o 12° ano. (E8)
			Ando agora a fazer a primeira [primária]. (E7)
		Sem frequência	Frequento na EFA, o de Mazagão, técnico de contabilidade, [equivale ao] 12° [ano]. (E8)
			Não. (E1)
Não. (E2)			
Não. (E3)			
Não. (E4)			
Não. (E5)			
Não. (E6)			
Não. (E9)			
Não. (E10)			
Situação Profissional	Desempregado	Desempregado. (E1)	
		Desempregado. (E2)	
		Estou desempregado. (E3)	
		Estou desempregado. (E4)	
		Estou desempregado. (E5)	
		De momento, oficialmente estou desempregado, mas estou a trabalhar em part time (...) [grande instabilidade laboral]. (E6)	
		Desempregado. Estive a trabalhar no mês passado (...) mas não deu para mais... Agora estou a procura de outro. (E7)	
		Estou desempregado. (E8)	

		Desempregado. (E9)
		Desempregado. (E10)
Área de residência atual	PH – RS	Aqui [RS]. (E1)
		Estou a residir aqui [RS]. (E2)
		Estou aqui a residir (...). (E3)
		No PH. (E4)
		Estou aqui (...). (E5)
		Aqui, na Reinserção. (E6)
		É esta, agora aqui [RS]. (E7)
		Estou a residir aqui [RS]. (E9)
		Neste momento aqui [RS]. (E10)
	Local de residência	Estou a residir com a minha mãe, venho almoçar aqui. (E8)
Área de residência anterior ao tratamento	Póvoa de Varzim	Póvoa de Varzim. (E1)
		Em Póvoa de Varzim. (E4)
	S. Pedro da Cova	S. Pedro da Cova. (E2)
	Santo Tirso	Santo Tirso. (E3)
		Santo Tirso. (E5)
		Antes de vir para aqui estava a viver em Santo Tirso. (E7)
	Lamego	Sou de Lamego. (E6)
	Vila Verde	Na residência da minha mãe, em Vila Verde. (E8)
Braga	Era a beira do parque de exposições, no Couteiro [Braga]. (E9)	
Habitação fora do PH	Sem residência	Agora não tenho residência, tinha o apartamento, mas foi dado a ela. (E1)
		Eu residia com outras pessoas mas agora não quero ir para lá. (E2)
		[Sem residência, viveu na rua 23 anos]. (E7)
		Estou aqui a residir, não tenho residência, atualmente não tenho, tenho esta. (E9)
		Não. Eu abandonei a casa onde vivia para vir para aqui. Tenho a residência aqui. (E10)
	Com pais	Tenho lá os meus pais. (E6)

		Com mãe	Vivo com a minha mãe. (E3)
			Sim, [com a mãe]. (E8)
		Com irmão	Vivo com o meu irmão [e cunhada]. (E4)
			Sou eu, o meu irmão e a minha mãe. Agora a minha mãe não está em casa [internada em lar]. (E5)

Tabela 2 – Análise de Conteúdo (Trajetória Institucional)

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo / Indicadores	Unidade de contexto/ excerto da entrevista	Análise	
Trajetória institucional	Fase	Fase A		Fase A. (E2)		
				Estou na fase A. (E3)		
				Fase A. (E4)		
				Fase A. (E5)		
				Na fase A. (E10)		
		Fase B		Estou na fase de [procura] de emprego, estou na [fase] B. (E1)		
				Neste caso eu estou na B. (E6)		
				Estou na [fase] B. (E7)		
				Estou na fase B, tenho duas vezes por semana grupo. (E8)		
		Fase C		Na fase C. (E9)		
	Duração das fases	Fase A	2 Semanas		Estou aqui a duas semanas. (E3)	
					Estou aqui a duas semanas. (E4)	
			1 Mês		Estou só aqui a quatro semanas [Fase A]. (E2)	
					Na fase A estive um mês mais ou menos (...). (E1)	
					Estive um mês na fase A (...). (E6)	
					Estive por aí um mês. (E8)	
					Um mês. (E9)	
			2 Meses		Estou “prai” a dois meses aqui (fase A). (E5)	
					Vai fazer dois meses. (E10)	
			4 Meses		Estive [na fase A] “prai” quatro meses. (E7)	
Fase B	2 Meses		Na fase B vai fazer dois meses. (E1)			

		4 Meses	(...) depois passei logo para a fase B e até agora... [4 meses] (E6)	
		5 Meses	Estou na [fase] B há... 5 meses (E7)	
		10 Meses	Dez meses (E9)	
		1 Ano	Estou na fase B já “prai” a um ano, tive uma recaída na fase B, estava a trabalhar nas obras, tive uma recaída, depois pedi ajuda aqui ao PH, tive de refazer o processo (...). (E8)	
	Fase C	2 Meses	Dois meses (E9)	
Droga de utilização	Álcool	Cerveja/Vinho/Bagaço	Do álcool (...). Comecei na cerveja e acabei na cerveja. (E1)	Bebia também bagaço mas entretanto deixou.
			Era do álcool (...). Foi a cerveja, (...) depois comecei no vinho. (E2)	Entretanto, por circunstâncias da vida consumiu variadas bebidas que passaram por vinho do porto, whisky, champanhe. Sendo no entanto a sua bebida de eleição, numa primeira fase a cerveja e posteriormente o vinho.
			Pelo álcool. Era cerveja. (E3)	
			Pelo álcool (...). Era vinho branco, finos, café com cheirito a bagaço. (E4)	
			A mim pelo álcool (...).Era só cerveja, vinho só quando comia... de resto era cerveja. (E5)	Durante a entrevista o entrevistado acaba por referir que consumiu durante algum tempo outras bebidas brancas fruto de um trabalho que exerceu numa discoteca, sendo no entanto as bebidas

				de eleição e mantendo-se constante o seu consumo o vinho e a cerveja.
			Tive uma certa dificuldade com as drogas, em que fui toxicod dependente. Eu esporadicamente já tinha consumido haxixe (...) depois aconteceu [consumir heroína] (E6)	
			Pela droga. Consumia heroína e cocaína. (E7)	O consumo do entrevistado começou como a maioria dos entrevistados pelo haxixe.
			Droga. Todas as que aparecessem. (E8)	As suas drogas de eleição e que durante mais tempo consumiu foram o haxixe, cocaína e heroína.
	Droga	Haxixe/Heroína/Cocaína	É a droga. Heroína e cocaína. Comecei pelo haxixe como quase toda a gente... depois passei para a heroína, depois meti-me na coca[ina], estraguei mais a minha vida em dois anos na coca do que quinze na heroína. A cocaína é um veneno (...) são todas venenos mas a heroína requer mais... financeiramente... vai tudo... (E9)	
			Tudo o que era droga. Desde drunfaria... isso a uns anos atrás... agora drogas sintéticas, estas drogas novas nunca experimentei. (E10)	Passou também pelo haxixe e pelas drogas duras.

Tabela 3 – Análise de Conteúdo (Problemática do Álcool)

Dimensão	Categoria	Unidade de registo/indicadores	Unidade de contexto/ excerto da entrevista	Análise
Problemática do álcool	Começo do consumo	Em meio familiar	Tinha os meus 17 anos (...) depois comecei a trabalhar, juntei-me com o meu irmão, o meu irmão também bebia, também gostava de beber e tive essa situação de pegar a beber... (E1)	
			“Praí” 12 anos mais ou menos... foi vinho... foi em casa... Porque nós lá fazíamos vinho na altura das vindimas... a primeira vez que bebi, bebi sozinho...depois provei a cerveja, provei tudo... (E5)	
		Entre amigos	Foi aos 18 anos. Foi cerveja... foi com uma brincadeira com amigos... desde aí bebia sempre que ia para o café, com os amigos, bebia sempre cerveja... (E2)	
			A primeira vez que provei [álcool] devia ter 18 anos. Foi com os colegas na discoteca... nas saídas. (E3)	
		11 Anos... foi fora de casa, com amigos... ia ao com os amigos, ia ao futebol com os amigos... depois acabava o futebol e metíamos nos copos. (E4)		
	Percurso	Consumo específico com progressivo aumento das doses	Depois foi começando a aumentar [o consumo de cerveja]... (...) Eu não contava, mas devia ser mais de uma grade por dia, eu começava de manhã cedo, (...) não tomava pequeno almoço como aqui (...) saía para o trabalho o meu	

		<p>pequeno almoço era uma cervejinha, se calhar já estava alcoolizado.... Era logo de manha cedo, até a noite.</p> <p>E depois atualmente tornei-me assim [alcoólico], fui la para fora [do país], tornei-me assim. (E1)</p>	
		<p>Depois comecei a abusar. Depois cortei a cerveja e comecei no vinho... quando eu tinha 23 anos, comecei a beber vinho. (...)</p> <p>Experimentei com o meu falecido pai, comecei a beber e desde aí não parei mais. (E2)</p>	<p>Refere haver um consumo específico (começa na cerveja e passa posteriormente para o vinho) apesar de ter trabalhado em bares e ter ingerido outras bebidas oferecidas por clientes.</p>
		<p>Quando o meu pai faleceu, tinha 26 anos, comecei a beber... faltou-me o meu pai e eu comecei só a beber.... Antes [disto] era só ao fim de semana... era normalmente.... Depois aos 26 anos é que comecei... era todos os dias [cerveja]. (E3)</p>	
		<p>Comecei a beber e nunca mais parava.... (...)</p> <p>Era sempre vinho, finos e comecei a aumentar [nos consumos] ... (E4)</p>	
	Consumo variado com um progressivo aumento das doses	<p>Depois (...) já bebia cerveja e bebia isto e bebia aquilo e pronto... começou a aumentar....</p> <p>Depois trabalhei numa discoteca e tal... e depois era aquelas bebidas brancas... provei quase todo... essas bebidas brancas provei-as quase todas... (E5)</p>	
Áreas da vida afetadas pelos consumos	Meio familiar	<p>Foi mesmo quase para matar... agarremos às golas.... E não foi a primeira vez... as vezes dávamos uma chapada (...) às vezes dava uma chapada e ela ficava-se só que depois no último</p>	<p>Violência exercida pelo entrevistado sobre a esposa.</p>

			<p>ato [de violência] quando ela se fez [para bater também] e eu pisei-lhe os braços, agarrei-lhe ao pescoço (...) quase que a matava. E depois acabou por ali... até hoje... depois houve o divórcio. (E1)</p>	
			<p>Com o meu marido tive,... companheiro.... O meu companheiro bebia só as refeições, ao fim de semana é que bebia mais. O meu companheiro não ajudava nada só queria dinheiro... e depois pôs-me a trabalhar em barzitos que não eram adequados para mim. Foi quando me meti mais no álcool. Cheguei a trabalhar em boates e bares e até na prostituição... Foi ele que me meteu a trabalhar nos bares.</p> <p>Ele [filho] foi-me tirado pela segurança social aos quatro anos por causa dos problemas com o álcool e devido a “porrada” que levava em casa... do meu marido. Eu estive 25 anos a levar “porrada”, ou a cabeça aberta ou os olhos pisados ou a cara a escorrer sangue... Levei muita “porrada” desse homem e esse homem é que me estragou (...) os clientes pagavam-me cinco, seis garrafas e eu bebia, era champanhe, ou vinho do porto, ou whisky (...). (E2)</p>	<p>Violência doméstica recebida por parte o companheiro durante 25 anos de casamento, forçou-a a trabalhar em bares e na prostituição. Em consequência do cenário apresentado acabou por lhe ser retirado um filho pela segurança social, a filha mais velha foi criada pela avó.</p>
			<p>Problemas familiares tive (...) deixei a namorada porque sabia que o meu estado não era bom pra mim nem para a filha da minha namorada. Foi por iniciativa própria que eu a deixei... (E3)</p>	<p>Após a entrada em tratamento o entrevistado e a referida namorada reataram relação, a namorada quer que ele volte para a Alemanha uma</p>

			vez que ela está lá, foi la que se conheceram.
		Não trouxe problemas, era normal [na família] ... Eu tinha irmãos, eles também bebiam... o meu irmão também bebe a pinga dele... (...). Os meus irmãos também bebiam de mais... bebiam mais que eu... (E4)	O entrevistado está a ser amparado por um irmão, o único aliás que não tem problemas com o álcool. É importante anda referir a existência de outros dois irmãos que estão em tratamento ao alcoolismo em outras comunidades, a cargo também deste irmão. Para o entrevistado ainda que tenham havido problemas não assume como tal uma vez que foi criado neste ambiente de consumo excessivo de álcool.
		Já sofri muito... sofri e fiz sofrer... os meus irmãos também... (E5)	Conflitos familiares derivados do consumo excessivo.
	Saúde	E eu também estive mais pra la do que pra cá. Não tenho metade do estômago... foi devido a beber uma garrafa de ácido sulfúrico [tentativa de suicídio]. (E2)	Tentativa de suicídio com ácido sulfúrico.
		O fígado e tudo já estava a ficar afetado... fui operado ao estômago e tudo... isso do álcool acho que ajudou um bocadinho... (E5)	
Perceção do consumidor acerca do consumo	Autorreconhecimento de bebedor excessivo	Era uma grade ou mais (...) as vezes nem sequer me apercebia, já era o meu costume (...) para mim era normal... Antes do problema da violência doméstica apercebi-me [do consumo excessivo] ... e também por causa de já me estar a afetar bastante o fígado. (E1)	

		Apercebia-me [do consumo excessivo]. Quando eu vinha na rua, eu vinha toda torta e apercebia-me que as outras pessoas também viam. (E2)	
		Apercebia-me [do consumo excessivo]. Cheguei a ponto que vestia a minha casaca, não dizia boa tarde nem boa noite e pegava e ia embora. (E3)	
		Apercebia [do consumo excessivo]... com os amigos... uma daqui outra dacolá [comentários]... Sim, apercebia-me [dificuldades em andar pelo estado de embriaguez]. (E4)	
		Sim eu quando bebia de mais eu parece... Andava assim um bocado tonto e tudo... parece que andava assim um bocado de lado... parece que dava um passo para a frente e outro para trás e tudo (...) depois a partir daí.... Eu notei que tinha que abrandar, porque eu quando bebia muito chegava a mesa para comer e não comia nada, a minha mãe botava a comida no prato [e eu não comia nada] ... nesse tempo também bebia Favaios e Martini e tudo, as vezes bebia dois ou três e pronto chegava a mesa [e não comia]. (E5)	
Recomendações (exteriores) face ao consumo de álcool	Advertências orientadas para o consumo abusivo	Algumas vezes, poucas vezes. Quando eu trabalhava para o patrão as pessoas sabiam que eu bebia. E elas perguntavam, estas a beber, já bebeste?, que eu cheirava logo a álcool de manhã e na construção é um perigo não se pode beber nada. Falavam como quem diz que eu já tinha bebido e que não podia beber. (E1)	

		<p>As pessoas diziam (...) estamos a olhar pra teu bem, deixa de beber rapariga (...) elas [vizinhas] diziam-me oh dona (...) você é tão nova, você ainda pode arranjar um homem e ser feliz... (E2)</p>	<p>Por parte da família não haviam estas recomendações uma vez que os irmãos da entrevistada são todos alcoólicos (duas dessas irmãs já faleceram em consequência do consumo excessivo de álcool).</p>
		<p>A minha ex-namorada sempre, mas eu ignorava sempre aquilo que ela me dizia. Eu pra mim já era igual (...). A minha namorada sabia dizia as coisas na cara, dizia para eu tomar conta de mim e saber o que eu queria, o que era bom para mim, a vida com o álcool não dá para mais nada [além da bebida]. (E3)</p>	
		<p>O meu irmão... os meus amigos... [diziam] pra parar de beber e tal que isso faz-te mal... (E4)</p>	
		<p>As vezes diziam... vais beber outro?... Eram amigos meus... diziam vais beber outro? Ainda agora bebeste... vais beber outro?... (E5)</p>	
Atitude do consumidor face às recomendações	Revolta	<p>[Na família] Embora me dissessem para eu deixar mas eu... (...) se dissessem eu ainda consumia mais... Eu não ligava nada a isso... (E1)</p>	
		<p>Eu era assim, vocês têm alguma coisa a ver com isso, a vida é minha eu faço o que me apetecer e se um dia eu acordo mal disposta pego numa vassoura e dou uma “verduada” a uma. [Em relação ao comentário que faziam em relação ao hábito de beber] eu dizia metam-se na vossa vida que da minha sei eu. (E2)</p>	

			Oh, eu dizia o problema é meu, eu é que sei... o dinheiro é meu eu faço o que quiser, não tens anda a ver com isso... metei-vos na vossa vida, olhai pra vos e deixai os outros... (E5)	
		Aceitação seguida de desprezo	Eu dizia sim, sim, sim, mas depois virava as costas (...) era a base de ela dizer e eu ouvir mas não me interessava... (E3)	
			Eu dizia que ia beber menos... mas depois bebia igual... (E4)	

Tabela 4 – Análise de Conteúdo (Problemática da Droga)

Dimensão	Categoria	Unidade de registo / Indicadores	Unidade de contexto/excerto da entrevista	Análise
Problemática da droga	Começo do consumo	Entre amigos	Tinha 22 anos. Eu (...) esporadicamente já tinha consumido haxixe, mas o haxixe... tinha amigos, colegas, fumavam e eu até fumava junto com eles, mas até não consumia assim muito, não me agradava, não me satisfazia. Depois aconteceu [consumir heroína], num meio tao pequeno que é Lamego, mas mesmo assim começou a aparecer, foi a curiosidade. (E6)	22 Anos.
			Tinha 13 anos... foi o haxixe. Foi com amigos, estava lá um grupinho de amigos a fumar, como se fuma um cigarro, aquilo parecia um cigarro, depois passaram-me, eu tirei umas passas... (E7)	13 Anos.
			14 Anos. Eu tinha uma banda musical, conhecia pessoas, e essas pessoas fumavam charros e eu experimentei nessa altura. Era bom fumar charros para entrar num contexto de brincadeira, ou tocar música, ou quando íamos a concertos ou festas e foi aí... Era uma pessoa que estava infeliz com a vida e pensei que essas coisas [drogas] me iam ajudar, mas só pioraram. (E8)	14 Anos.
			Na heroína.... Foi cedo infelizmente.... Foi “prai” aos 16 anos... entre amigos... e não só.... Que eu também era um bocado envergonhado e para me aproximar das miúdas e tal, começava a fumar umas ganzas para ficar mais extrovertido (...) foi mais por aí... as vezes ia ter com colegas... eu era envergonhado, era tímido e quando uma pessoa consumia ficava logo [em êxtase]. Pra me aproximar também doutros grupos, variar nos amigos... era tímido, e começava a fumar droga para me desinibir um bocado, foi também um bocado por aí... (E9)	16 Anos.

		Droga foi com 14 anos e foi também com amigos. Quando experimentei ganza [haxixe], tinha 14 anos e foi com um amigo que trabalhava comigo. Era todos os dias, droga leve. (E10)	14 Anos.
Percurso	Consumo variado com um progressivo aumento das doses	Não tinha noção o que era isso na altura, ouvia dizer que era uma droga, mas não sabia, não tinha conhecimento nenhum das consequências que poderia trazer. Fiz-lho na altura e gostei (...) O próprio vício leva... [a aumentar as doses] quando há poder económico e financeiro, tens uma necessidade de querer mais, mas posso dizer que nunca fui ganancioso a tentar ter o máximo (...) eu trabalhava na mesma, tinha o meu trabalho durante o dia e era aquele consumo muito contido, não dava muito nas vistas, era um meio pequeno. (E6)	Noutros momentos da entrevista o entrevistado refere ter começado o consumo com haxixe e consumir até a entrada em tratamento a heroína.
		Eu virei consumidor de haxixe, depois passado uns meses virei a traficante, comecei a comprar grandes quantidades e andava a vender para fazer a vida. Depois fui subindo, andei bem durante uma temporada, andei a vender haxixe, mas depois outra vez os amigos chegaram a minha beira e convidaram-me a experimentar outro tipo de drogas (...) eu acabei por ir com ele e consumi a heroína e gostei e foi a minha desgraça (...) até a dois anos atrás. Vim pra rua, 23 anos a comer na rua, querer comer e não ter, andar a comer dos contentores do lixo, ir para a cadeia, estar sete anos preso. Tenho marcas neste braço, braço e pernas, três tentativas de suicídio. Saí em 2010, entrei em (...) 2002. (E7)	Acabou por terminar a viver na rua, esteve preso sete anos e tentou três vezes o suicídio.
		Desde aí comecei a consumir haxixe todos os dias até aos 17 anos que experimentei a cocaína e desde aí não comecei a frequentar muito o processo de fumar haxixe, depois mais tarde experimentei cocaína e comecei a fumar heroína, e pronto, andei sempre... fumava esporadicamente, mas depois houve uma fase da minha vida em que cheguei a ficar um bocado mal da cabeça, não tinha trabalho, só queria lazer, música, pensei que podia ser	

		<p>artista, mas não ganhava dinheiro... comecei a ficar mal da cabeça, fui internado em Barcelos e depois foi aí que comecei a ficar pior e depois daí comecei a consumir quase todos os dias. E comecei a necessitar das drogas pesadas, “praí” com 25 anos. (E8)</p>	
		<p>Sei lá... não parei... praticamente não parei... desde que comecei a consumir, foi sempre a consumir. Depois passou a rotina... depois comecei a comprar... depois juntei-me a um grupo que era consumidor diário, fumavam todos os dias. Fumávamos em grupo... de vez enquanto quando não encontrava amigos fumava eu sozinho mas procurava sempre os amigos. A morte da minha mãe também me afetou bastante, era ligado muito a minha mãe... isso tocou-me bastante (...). Acho que a partir daí as coisas começaram a piorar, comecei a consumir mais, todo o dinheiro ganho no trabalho era chapa ganha chapa gasta praticamente... antes da minha mãe falecer ainda tinha uma vida mais ou menos controlada. (E9)</p>	
		<p>Depois bebia em excessivo, fumava ganza [haxixe] e bebia... enquanto fumava só ganza não drogas duras... aumentava mais [as doses]. (E10)</p>	
Áreas da vida afetadas pelo consumo	Meio familiar	<p>[o divórcio] foi derivado da situação, claro, foram quase 9 anos... e as consequências eram visíveis. Não estava a conseguir ver que não estava a conseguir ultrapassar o meu problema e mais tarde ou mais cedo teria de acontecer e aconteceu, e foi derivado ao consumo que acabei por me separar. (E6)</p>	Divórcio
		<p>Em tudo, tanto em família, vizinhos, amigos, viam que eu andava na droga... “bué” de mau aspeto. (E7)</p>	Relacionamento familiar (expulsão de casa por consumir drogas).
		<p>No meio familiar também cheguei a ficar muitas vezes fora de casa, o meu pai faleceu a minha mãe precisava de ajuda... o meu</p>	Relacionamento familiar (roubo).

	<p>pai faleceu quando eu tinha 14 anos, a minha mãe precisava de ajuda, eu não ia a escola, andava sempre a pedir dinheiro a minha mãe, muitas vezes cheguei mesmo eu a roubar dinheiro a minha mãe da carteira dela, a roubar coisas para vender e isso criou problemas, mesmo com o resto da minha família, eram bastante unidos (...) eu fui o único que me meti nas drogas, eles são meus amigos e apoiam-me... (E8)</p>	
	<p>Foi, claro que foi... porque eu comecei-me a afastar dos meus irmãos por exemplo (...) comecei-me a enterrar na droga a fundo, depois já tinha vergonha de ir tem com eles. As minhas cunhadas até diziam para ir a casa deles... e eu dizia depois apareço, mas não aprecia anda... com vergonha, com medo de levar a cabeça... já sabia que ia levar na cabeça e com razão... (...) nunca tive um irmão que anda-se na droga nem em nada negativo, e eu era o único e sentia vergonha é evidente... comecei-me a afastar. (E9)</p>	Relacionamento familiar (por vergonha por parte do entrevistado por consumir drogas).
	<p>Tive problemas, quando me agarrei a droga dura já tinha 22 anos mais ou menos, foi quando acabei a tropa. Trouxe quando eles [pais] descobriram que estava mesmo agarrado a droga, porque o meu pai já não eram novos, e não estavam muitos informados sobre o que era a droga, os meus irmãos sabiam que eu fumava droga e que andava “prai” a droga. (E10)</p>	Pequenos conflitos familiares relacionados com os consumos.
Meio laboral	<p>A bem dizer, uma pessoa nem vontade para trabalhar tinha. Cheguei a andar a trabalhar na construção civil. O patrão precisava de pessoal, arranjava pessoas que andavam na droga, de manha ia com nós ao bairro com uma carrinha de 9 lugares, nós não podíamos ir trabalhar a ressacar, dava-nos dinheiro e nós íamos comprar [droga] pra ir trabalhar bem dispostos, e pronto era assim... (E7)</p>	Apesar de o entrevistado referir o trabalho essa não se demonstra uma vertente afetada (neste trabalho específico) uma vez que o patrão sustentava o “vício” dos empregados.

			Noutros trabalhos revelava-se um problema fruto da ressaca.
		Tive problemas profissionais, porque era uma pessoa que comecei a ficar uma pessoa que não gostava de trabalhar, comecei a faltar com muita frequência para poder tirar um dia de folga para poder fumar... isso era bom na altura, mas criou-me problemas, não me deixava ter a consciência que tinha de ser responsável com a minha vida e isso criou-me muitos problemas psicóticos. (E8)	Faltas ao trabalho para ir consumir.
Relação entre a família e os consumos	Conhecimento do consumo	Eles já sabiam antes de ir até para a Alemanha. A minha família pessoal, pais, irmãos... (...) Por várias situações em casa, que me acabavam por encontrar coisas ou isto ou aquilo e pronto foi realmente o momento mais crítico que acabou por levar a eu dar o salto para a Alemanha (...). Foi com o descobrir o que é que eu andava a fazer, o problema que eu tinha (...) mas sempre ficaram a saber e depois na Alemanha estive casado e houve momentos que aconteceram... vim cá de férias com ela e com o meu filho, também acabaram por se aperceber de situações. (E6)	Nos cinco casos a descoberta dos consumos foi uma descoberta gradual de pequenos detalhes que acabaram por evidenciar que os entrevistados consumiam drogas.
		Os meus familiares não, tinham uma desconfiança que eu andava a consumir, mas diretamente não [mais tarde souberam]. (E7)	
		Começaram a saber, no princípio não, mas depois começaram a saber, pronto depois tanto estrondo que comecei a dar.... Comecei a dar nas vistas. (E8)	
		Os meus pais sabiam, mais pro meio... foram-se apercebendo... é evidente... quem gosta de nós rapidamente se apercebe que muitas coisas não estão direitas... depois os meus pais marcavam uma hora e eu aparecia a outra... (...) e eles vão-se apercebendo. (E9)	

		Apercebiam-se de certas coisas, mas eu não dava grande bandeira... sempre trabalhei e fazia dinheiro, não precisava que me dessem dinheiro, sempre trabalhei, era aquela, não dava grande bandeira (...) na altura já não eram novos, não tinham grandes conhecimentos de drogas e na altura não se apercebiam muito bem o que era a droga. (E10)	
Atitude familiar face aos consumos	Desprezo	Apesar de saberem nunca me diziam nada. Penso que eles também não sabiam como é que haviam de fazer, como é que haviam de lidar com este problema, porque eu tenho uma família muito grande, somos 11 comigo e os meus pais não sabiam como lidar. (...) Mesmo depois da [minha] separação nunca tiveram a coragem de dizer alguma coisa, e eu também evitava. (E6)	Falta de conhecimento sobre o que efetivamente eram as drogas e os efeitos e consequências que produziam na vida do indivíduo.
	Inibição	Abordaram-me, paras já com os consumos, arranjas trabalho, se não arranjas um trabalho até x dias vais para a rua. Não parei e fui para a rua. (E7)	Viveu 23 anos na rua a comer dos contentores do lixo. Acabou por ir parar à cadeia (tráfico de droga, tentativa de homicídio) onde estive 7 anos.
	Repreensão ligeira	Tentaram-me dar conselhos... diretamente... tu não sabes o que andas a fazer, tu ainda vais puxar muito pelas orelhas, isso não é vida para ti, tu podias tirar um curso, podias ter um trabalho (...) davam-me os exemplos deles. (E8) Não faziam nada... diziam para ter juízo, para me afastar... diziam para me afastar desses amigos, pra não me juntar a amigos negativos, para me juntar a pessoas boas, faziam-me ver as coisas. (E9)	

		Proteção	Depois houveram ali problemas porque eu queria dinheiro para tirar a ressaca e a minha mãe dava-me dinheiro para eu tirar a ressaca e aí é que ela se apercebeu mesmo o que eu era. Dava-me dinheiro para tirar a ressaca, para não andar a fazer merda e não entrar na área do roubo, não deixar o trabalho... pegava as 6h da manha e as vezes com a ressaca não ia trabalhar e para eu não deixar de ir trabalhar ela dava-me dinheiro para eu tirar a ressaca. (E10)	A própria mãe passou a dar dinheiro ao filho para ele consumir.
--	--	----------	---	---

Tabela 5 – Análise de Conteúdo (Entrada na Instituição)

Dimensão	Categoria	Unidade de registo/ Indiciadores	Unidade de contexto/ excerto da entrevista	Análise
Entrada na instituição	Origem da determinação para a entrada na instituição	Saúde	Houve mais no caso pessoal, foi mais do problema do fígado. Tentar melhorar o problema que tenho, pelo menos para não piorar. (E1)	Associado ao consumo de diversas drogas estava também presente o consumo de álcool. O consumo de álcool juntamente com a medicação [subutex e metadona] que ingeria a três anos após suprimir o consumo de drogas estavam a causar-lhe graves problemas no fígado.
			Tinha que parar, tinha que parar porque estava a ter muitos problemas (...).Ela [doutora] assustou-me um bocado... quando ela me disse ou parava ou arrebatava eu não pensei duas vezes...morria claro... tinha o fígado sempre alterado, dilatado. E tinha problemas respiratórios também... havia ali grandes problemas de saúde que tinha de parar. (E10)	
		Procura de “novas” oportunidades de vida	Eu estava em casa de um casal que estavam a tomar conta de mim e depois o companheiro dela tinha problemas de cabeça, era eu que governava a casa com o meu dinheiro.... Eu apercebi-me que ele me queria... enfim.... Já sabe pra o que é [relações sexuais] E então eu fui (...) ter com a doutora e eu disse a doutora (...) eu quero fazer uma desintoxicação e quero ir para uma comunidade. (E2)	
			Eu vi a minha fraqueza, eu já não era pessoa como era antigamente (...). Punha-me a pé e a primeira coisa que vinha a cabeça era o que é que vou beber. Cheguei a um ponto que [pensei] a minha vida não é só para beber... ainda sou novo e tenho um futuro na minha frente. (E3)	

	<p>Pensei esta vida, estar assim a beber e tudo... (...) isto não me leva a lado nenhum... (..) e depois fui lá às doutoras e tudo e elas disseram-me você tem que ser internado... e eu disse arranquem... quando quiser arrancar pode arrancar... eu quero é ir, ser tratado... e fui... foi o que aconteceu... estou contente. (E5)</p>	
	<p>Estava cheio da má vida, queria mudar de vida, está na hora e mais que na hora, não ia escolher sempre a mesma vida da toxicodependência, da desgraça, não para mim chega. Foi o que eu pensei, pra mim chega e eu tenho de mudar e entrei no projeto homem (...) já estou aqui a um ano e meio (PH). (E7)</p>	
	<p>Foi quando me deu o click... Ou te tratas agora ou vais ser um desgraçado para o resto da tua vida. Depois faleceu o meu pai (...) a partir daí deu-me o click, ou te pões fino ou vais ser um zero toda a vida. (E9)</p>	
Solidão	<p>A decisão para a comunidade terapêutica foi um acumular da forma como eu andava a viver cá em Portugal. A minha família é de Lamego mas eu sempre tentei não estar lá ou ir para lá, sempre tentei estar a viver fora porque eu andava a consumir e claro que isso não era favorável (...) foi ao longo desse tempo... é o que se chama solidão, foi um acumular... sempre sozinho... comecei-me a aperceber que estava a perder tudo e todos, estava cada vez a sentir-me mais e mais só e que não podia continuar assim como estava a viver. (E6)</p>	
Prisão	<p>Eu fui preso por roubar uma carteira, fui preso e depois aí comecei a ganhar consciência que era</p>	

		melhor [deixar a droga] (...) estive preso e depois saí em liberdade condicional e vim para o PH (...) no fundo para mim até foi muito bom [ser preso]. (E8)	
	Pressão familiar	Ele [irmão] falou comigo... e eu disse está bem... vamos lá ver... [disse que] ia fazer-me bem... Eu disse a ele ta bem vamos. (E4)	
Motivação para o tratamento	Interna	Estou aqui por vontade própria, não é para mostrar a ninguém. (E1)	
		Eu vim por vontade própria. Devido aos momentos que eu passava eu disse (...) pra mim já basta, chega, tenho que me tratar, tenho que ser uma nova mãe, uma nova mulher, enfrentar a sociedade de cabeça erguida e dizer assim fui alcoólica, mas agora sou uma ex-alcoólica. (E2)	
		Eu vim pro vontade própria. (...) Não sabia que havia aqui uma coisa destas [instituições que tratam problemas de álcool] em Portugal, na Alemanha sabia que havia. E depois disseram-me que havia aqui uma coisa dessas e eu tive um ano a pensar e depois fui lá baixo a Santo Tirso perguntar [se podia entrar para o tratamento] ela [doutora] disse que sim. E ela disse que podia ser só no hospital ou fazer um tratamento de meio ano ou mais de meio e eu disse isso hospital pra mim não vai dar que eu sei, saio de lá e não aprendi nada e assim quis fazer meio ano com mais meio ano... Fiz um ano lá em cima, e agora estou aqui a duas semanas. (E3)	
		Não fui pressionado por ninguém (...) como dizia a bocado isso tem que vir de nos próprios, tem de vir cá de dentro e foi isso que me aconteceu a mim, não foi	

	<p>por pressão de ninguém, foi por iniciativa própria, tinha quer mudar a minha vida, só assim é que se consegue fazer alguma coisa, porque as pessoas podem tentar o que quiserem e se a pessoa não tiver vontade e querer... (E6)</p>	
	<p>Estou aqui por vontade própria. Se não tivesse por minha vontade não estava cá, andava na vida que andava e não tinha parado. (E7)</p>	
	<p>Estava mais sozinho, quando uma pessoa se sente mais só (...) mas também foi aí que me deu mais força, estava sozinho tive mesmo que batalha por mim, acho que me deu mais motivação até. Aí era eu que estava a jogo, era a minha vida que estava em jogo. Mas estava motivado, entrei motivado tinha mesmo que deixar isto e estou motivado, agora é sempre a andar para frente, para trás anda o caranguejo. (E9)</p>	
	<p>Eu estou aqui por mim mas também houve ali... quando ela [doutora] me assustou (...) mas vim para aqui por mim. (E10)</p>	<p>O entrevistado sujeitou-se ao tratamento depois de descobrir que estava com graves problemas de saúde.</p>
Externa	<p>O meu irmão pediu-me... e internou-me la em cima (...) Mas ele não me obrigou... fui eu que quis vir. (E4)</p>	<p>Apesar de referir que veio para tratamento porque vontade própria a verdade é que a ideia parte do <u>irmão</u> que pede ao entrevistado que se sujeite a um tratamento dado dois outros irmãos já estarem também em tratamento, consideramos por isso que se trata de uma</p>

			motivação extrínseca, parte de outros que não do próprio entrevistado.
		Eu recebia o rendimento mínimo, depois aconteceu-me lá um problema em casa deixei de receber (...) [a doutora disse-me] se você quer receber outra vez o seu rendimento mínimo tem que ser tratado... e eu disse tenho que ser tratado ao quê...? Ao álcool. Ao álcool?... eu não sou alcoólico... não sou nada... bebo só os meus copos às refeições e aos fins de semana bebo mais um bocadinho... só bebo mais um bocadinho (...) e eu tive de vir para aqui para resolver a minha vida, agora estou a espera [€]... (E5)	Apesar de referir que partiu voluntariamente para o tratamento acaba por expor que houveram questões económicas envolvidas na decisão. Daí, considero que esta se trata de uma motivação extrínseca, apesar de a decisão partir de si, houve por trás da decisão uma pressão por parte das médicas assim como a questão do rendimento mínimo que influenciaram e em parte colocaram pressão para um eventual tratamento.
		Foi a dona x [terapeuta] da cadeia, a terapeuta do PH. A minha mãe também, na altura foi um choque para mim [quando ela sugeriu o tratamento] mas depois pensei sobre isso... eu estava a meio da pena e estava para sair em liberdade condicional e ela disse-me se saís a meio da pena vais para o PH, não te deixo ir para casa, nem te arranjam comprovativo de trabalho nem nada, só seres para o PH, e eu fiquei meio mal, não gostei, mas depois começou a fazer sentido, e no fundo estou bem assim sem drogas. (E8)	Após entrar para a cadeia o entrevistado começa a ter consultas com psicólogas do PH onde é aconselhado a seguir para um tratamento, a mãe acaba também por fazer pressão junto do entrevistado para que prossiga para o tratamento. Após recusas sucessivas acaba por interiorizar que se calhar será o melhor.

Apoio emocional no decorrer do tratamento	Amigos e Terapeutas	Tenho aqui [projeto homem] uma pessoa, chama-se Rui, é da minha terra também, ele entrou antes de mim... é meu vizinho. (E1)	
		Toda a gente... os meus amigos... apesar da maior parte dos amigos eram negativos, mas agora com este tempo em comunidade recuperei amigos que eu tinha positivos que já não falava com eles à algum tempo, tudo por culpa minha, eu é que me afastava das pessoas. (E9)	
		Tenho algumas pessoas. Amigos e até terapeutas, terapeutas aqui da reinserção. (E7)	
		Há aí terapeutas (...). Conhecidos, tenho muita gente conhecida. (E10)	
	Família	Os meus filhos. Os meus filhos apoiaram-me e apoiam-me. (E2)	
		A minha mãe ajudou-me, ela esteve sempre [presente] e está sempre quando eu vou ao fim de semana a casa. (E3)	
		Quem me ajudou mais foi o meu irmão... amigos nada. (E4)	
		Quem me ajudou muito foi o irmão... ajudou-me muito e está-me a ajudar (...) ao fim de semana pra eu ir de fim de semana e tudo. (E5)	
		Eu acho que a x [terapeuta]. E a minha mãe também. (E8)	A terapeuta x foi um grande apoio para o entrevistado enquanto este se encontrava ainda na cadeia.

		Não destaca ninguém	Eu muito pessoalmente acho que não. Tem sido uma batalha, batalha não, um trabalho muito mais pessoal. Temos sempre alguém que simpatizamos e que falamos, mas amizade é outra coisa... acho que foi mais uma conquista pessoa das minhas dificuldades (...). Então acho que nunca tive ninguém ao longo do meu processo que possa dizer que é ou que foi uma pessoa importante para mim. (E6)	
--	--	---------------------	---	--

Tabela 6 – Análise de Conteúdo (Envolvimento da Família)

Dimensão	Categoria	Unidade de registo/indicadores	Unidade de contexto/excerto da entrevista	Análise
Envolvimento da família no tratamento	Apoio da família no tratamento	Com apoio	A minha filha mais nova disse-me trata de ti que tu ainda és muito bonita e és a minha mãe querida e eu quero-te ver uma nova mulher e quero poder apresentar-te aos meus amigos e dizer esta é a minha mãe, era alcoólica, mas agora não é, é uma senhora da sociedade. (E2)	Apoio dos filhos
			Apoio só tive uma vez que foi o meu irmão cristiano que teve la uma vez mas só foi aí, desde aí nunca mais estive com ele, nunca mais ouvi nada dele... só a minha mãe... (E3)	Apoio da mãe
			Sim. O meu pai, a minha mãe... O meu irmão. (E4)	Apoio do irmão e dos pais
			Sim, eles [irmãos] por acaso importaram-se até... as vezes quando ia de fim de semana eles estavam sempre preocupados... ia depois ver como estava a correr isto e tal... até a minha irmã ajudava muito também... (E5)	Apoio dos irmãos
			Claro. (E6)	Apoio dos pais e irmãos
			Sim, a minha mãe, os meus primos, o meu irmão e o meu padrasto. (E8)	Apoio da mãe, irmão, padrasto e primos
			Dei a saber aos meus irmãos evidentemente, [o feedback deles] foi bom... Apoiaram, mas tive poucas vezes com eles, ao fim de semana, as vezes estava com eles. (E9)	Apoio dos irmãos, havendo contudo pouco contato entre eles.
			Sim. Os meus irmãos. (E10)	Apoio dos irmãos

	Sem apoio	Nenhum, que eu estava sozinho...depois da violência [doméstica] (...) virou-se tudo contra mim, quando parti para a violência domestica. (E1)	Após episódio da violência para com a mulher “viram-lhe” as costas, incluindo a própria família.
		Não, não houve. Souberam que eu estou aqui no PH, fui até passar o natal e gostaram de me ver [mas não passou disso]. Passei com a minha irmã, com o meu cunhado e com os meus sobrinhos. (E7)	Durante anos de consumo o entrevistado viveu na rua e acabou por ir parar a prisão esse percurso afastou-o da sua família.
Visitas recebidas durante o processo de tratamento	Recebeu visitas	Não, só um, o meu ex-patrão (...) eu por acaso não tenho familiares, só tenho o meu filho... tenho 11 irmãos, mas... (E1)	Uma visita do patrão por questões laborais, da família não recebeu visitas.
		Só recebi a visita da minha filha mais velha que está em santa maria da feira. (E2)	Recebeu visita da filha.
		Foi lá só uma vez o meu irmão... é ele que olha por mim... mas não pode ir sempre... tem que pagar as portagens, gasóleo, despesas do carro. (E4)	Recebeu visita do irmão.
		Eu quando fui para lá, eu de início achei que era uma coisa que eu tinha de me afastar (...) só mais tarde, até um bocado de pressão por parte da minha terapeuta para eu começar a convidar a família a ir lá porque havia colóquios familiares... e foi só “prai” a partir do sexto, sétimo mês é que realmente tomei a iniciativa de o fazer, porque no início sentia que realmente ainda não era o momento. (...). Queria concentrar só em mim, e já era muito. (E6)	O entrevistado mantém-se um pouco “a parte” durante o processo de tratamento, mais tarde por pressão por parte dos terapeutas acaba por convidar a família a visitá-lo.
		Recebi visitas da minha mãe, do meu padrasto, de alguns tios, de alguns primos. (E8)	

		Foram lá os meus irmãos e uma cunhada minha. (E10)	
		Não, nenhuma, nunca. (E3)	De referir, como se pode ver por quem é visitado, que as visitas na comunidade são escassas.
		Não, nunca recebi, nunca lá foram. (E5)	
		Não [houveram]. (E7)	
Não recebeu visitas	Não, marcava fim de semana pra nos vermos e ao fim de semana iam-me buscar para ir dar uma volta, (...) para ir a casa deles... passava lá o dia, mas acompanhar o meu processo não. (E9)	Não recebeu visitas, eventualmente saía algumas horas com eles. Mas acompanhamento do processo de tratamento refere que não houve.	
Visitas aos familiares durante o fim de semana	Visita	Quando tinha dinheiro junto da segurança social (...) ia lá [visitar o filho] de três em três semanas... não ficava lá, ia lá no autocarro das 9h chegava lá as 10:30, comia com ele ao meio dia, as 4:45 arrancava o autocarro para cima para estar aqui as 6.30. [Agora] é praticamente como hoje, ele vem ter comigo e vai embora. (E1)	Apesar de deixar de visitar o filho por questões monetárias o entrevistado demonstra vontade de visitar o filho, só não o faz por não ter possibilidades (económicas).
		Costumo ir [a casa] e fico lá... com a minha filha e com o meu filho e genro, companheiro que ela não casou. (E2)	
		Eu aos fins de semana só estou com a minha mãe, não vou visitar família nenhuma [irmãos] porque como eles também não quiseram saber nada de mim eu vou deixar andar... eu vou visitar os meus colegas que eu sei que são meus colegas. (E3)	
		Vou, vou todos os fins de semana, estou a chegar hoje [terça] de fim de semana. (E5)	

	<p>Não vou todos os fins de semana, não precisa de ser... Não vou porque também é longe e porque acho que (...) não há necessidade de ir todos os fins de semana a casa porque também eles não estão sozinhos, tenho lá irmãos (...). Mas pronto é sempre um prazer e gosto sempre de ir lá visitá-los e estar com os meus irmãos mas não sinto necessidade de ir todos os fins de semana. Tenho a minha vida aqui, estou a construir a minha vida aqui, estou a tentar mudar a minha vida... <u>é importante a família sem dúvida, agora digo isso, antes não sentia isso nem dizia, mas realmente a família é das coisas mais importantes que podemos ter e há que realmente dar valor a isso. (E6)</u></p>	<p>Apesar de o entrevistado ressaltar a importância da família denotou-se no decorrer da entrevista que por alguma razão não pronunciada há um afastamento e um colocar-se de parte quando se falava da família, quer durante o tratamento em comunidade quer agora na RS. Estará talvez ainda relacionado com o sentimento de desconforto pelo seu passado?...</p>
	<p>Sim todos os fins de semana ia a casa ter com os meus familiares. (E8)</p>	
	<p>Costumo, ainda ontem tive com um irmão meu. Vou de manhã e venho a noite, mas durmo sempre aqui. Esses dois meus irmãos não tenho a possibilidade de dormir na casa deles, têm a família deles, vivem em apartamentos pequenos e têm filhos. (E9)</p>	
	<p>Eu vou todos os fins de semana a casa. Vou para a casa do meu irmão... e não estou lá porque não quero... eu não vou por aí ainda... não quero ainda. (E10)</p>	
Não visita	<p>No dia de Páscoa. Ao fim de semana fico aqui... as vezes o meu irmão está a trabalhar, as vezes vai</p>	<p>Este irmão está a acompanhar o processo de</p>

		<p>sair, não está sempre em casa... trabalha aos fins de semana (...) eu tenho mais dois irmãos, [que também estão a tratar-se] um está em Arcos de Valdevez e o outro está em Amorim. (E4)</p>	<p>tratamento e foi a pedido dele que o entrevistado acabou por seguir para tratamento, contudo este irmão está a acompanhar também o tratamento dos outros dois irmãos o que não lhe dá grande espaço para a sua vida e família daí a impossibilidade do entrevistado não poder ir ao fim de semana.</p>
		<p>Mas eu não tenho ido, para ser sincero não tenho saído aqui de Braga. O meu objetivo também é ficar aqui por Braga. Não vou [visita-los ao fim de semana] porque sou sincero, aquelas áreas... estes 23 anos que eu andei na má vida foram passados em Vila Nova de Gaia naqueles arredores todos e Porto e coisa, e sempre que eu vou lá trago muitas más recordações (...). Mas todos os fins de semana ligo para lá, para a minha irmã, para o meu cunhado, as vezes estou na internet a falar com o meu cunhado, com a minha irmã. (E7)</p>	<p>Já próximo do final da entrevista o entrevistado acaba por mencionar que não nota preocupação por parte da família, [a bem dizer as vezes acho que podia estar vivo, estar morto que a minha família [não se importava] E7], também por isso não faz muita questão de passar os fins de semana com eles.</p>
Iniciativa de melhora das relações familiares	Omissos	E2, E4, E5, E10	
	Sem iniciativa	Nunca vou a procura da família, tirando o meu filho. (E1)	
	Iniciativa	As vezes ligo para o meu irmão Cristiano para saber o que os meus irmãos pensam de mim mas eu ouço sempre a mesma coisa, que não querem	

	falar comigo, que não acreditam muito naquilo que eu estou a fazer. (E3)	
	Claro, acho que sim (...) uma pessoa acaba por magoar muita gente derivado à droga, as pessoas ficam muito sentidas, e claro têm o direito de querer cortar relações e cortar contato e acho que depois disso é um trabalho da pessoa própria se quiser conquistar e voltar tem que ser ela própria a lutar por isso e mostrar realmente que é uma pessoa diferente, uma pessoa mais confiante. (E6)	
	Já estive a falar com o meu irmão que era para ir a segurança social e para resolver sair dali para fora e ir viver para outro lado, para outra cidade... se o meu irmão fizer isso, se isso acontecer, eu estou disposto a ir viver com o meu irmão e a estar todos os dias com ele, ou ir trabalhar e ao fim do trabalho estar com ele outra vez. (E7)	
	Estou. Estou a tentar dar-me melhor com os meus primos. Quando eramos mais novos eramos muitos apegados, mas com os consumos eu comecei a desligar-me deles e agora estou a tentar ligar-me mais a eles. E depois também criar mais alguns amigos como tenho aqui no PH e agora tirar um curso, mais alguns amigos. (E8)	
	Sim. Eu sou sociável. Eu facilmente associo-me bem as pessoas. Sou falador, gosto de falar, sou brincalhão, sou respeitador, as pessoas aproximam-se logo. (E9)	

Melhoria das relações no decorrer do processo de tratamento	Mantêm-se iguais	As minhas relações continuam iguais, o meu filho nunca se meteu no meio. (E1)	
	Melhoramento	Com os meus filhos estão. Está tudo melhor... já sei não me enervar tao depressa, ouço e calo-me.... As vezes apetece-me resmungar por ai fora mas conto até 100 para trás e acalmo-me. (E2)	
		Aumentaram... melhoraram muito. Agora não tenho problema nenhum, passo pelas pessoas, falo com elas. (E3)	
		Melhorou.... Sim, sim. Convivo mais com os outros... agora mudei... deixei de beber.... Eu chegava a casa ralhava com a minha cunhada, com o meu irmão [e agora não]. (E4)	
		Estão, por acaso, eu vim para aqui e as coisas estão a correr bem. (E5)	
		Bom, na família claro que melhorou substancialmente, melhorou, quer dizer, eu é que melhorei, digamos assim. (E6)	
		Sim, melhoraram. Porque antigamente eram sempre desconfianças, andavam sempre em cima de mim a ver o que é que eu andava a fazer e o que não andava a fazer. E agora acho que já não acontece isso porque já viram que eu mudei. (E7)	
		Sim, muito mesmo. (E8)	
		Melhorou. Com todo, com os vizinhos... Agora vêm na rua e fazem-me uma festa... já antes faziam, mas (...) eu afastava-me das pessoas... é a	

		<p>vergonha... a minha família sempre foi honesta (...), nunca tive nenhum irmão alcoólico ou drogado, eu era o único... sentia vergonha.... Pensava, ui as pessoas já me vão falar de isto ou daquilo então afastava-me delas... agora já não, já me sinto mais seguro, enfrento as pessoas. Eu é que vou ter com elas, coisa que eu não fazia. (E9)</p>	
		<p>Em aspetos melhoraram... em muitos aspetos melhoraram, já se vê as coisas de outra maneira, naos e dava valor a certas coisas e agora dá-se mais valor. (E10)</p>	
Satisfação com as relações familiares	Satisfeito	<p>Estou contente... mas ficava mais se a minha filha me levasse para casa dela... mas não pode... tenho que me orientar por aqui. (E2)</p>	
		<p>Está... estou contente agora, está tudo bem... não há problema nenhum. (E4)</p>	
		<p>Sim estou contente... as vezes é um paleio de eu ir quase todos os fins de semana a casa, pronto... mas é lá uma prima minha... outra vez de fim de semana, outra vez... está-me sempre a chatear a cabeça, mas pronto. (E5)</p>	
		<p>É claro, sinto-me muito, e é um prazer, é um orgulho. Já me começo a sentir um bocado orgulhosos que do outro lado vêm de uma forma diferente e isso é bom sentir isso também, estão a acreditar e estão a confiar que é muito importante. É importante aquilo que nós fazemos e que mostramos e que realmente acabamos por nos aperceber que as pessoas estão mais próximas, a</p>	

		relação é completamente diferente sem dúvida. (E6)	
		Sim, sim muito. (E8)	
		Dois irmãos meus estão boas, com outros dois não estão assim grande coisa, com as minhas cunhadas estão. Eu quando estou com as minhas cunhadas falo bem para elas, com esses dois irmãos é que têm mania das grandezas (...). Não me incomoda nadinha [não ter relacionamentos com esses irmãos]. Não sei se gostava ou se não gostava. Gostava evidente que eu não gosto de estar mal com ninguém, mas também se estiver assim sou feliz na mesma, não vai mudar nada. (E9)	Apesar de estar afastado de dois irmãos e de referir que gostava de reatar contato com esses irmãos tal não o impede de estar satisfeito com as relações como elas estão.
		Eu estou bem (...).[A nível de relacionamento] está. (E10)	
	Insatisfeito	Com a minha irmã não. Foi ela que deitou o processo juntamente contra mim sobre a minha mulher. Nem falo para ela nem vou ver a minha mãe que está acamada. Não me sinto bem com isto que era uma pessoa que eu dava-me muito bem com ela... pôr-se no meio do casal e colocar-se contra mim isso afetou-me bastante. (E1)	Problemas com a irmã derivados do problema da violência, por essa razão acaba também por não ter contato com a mãe que está acamada ao cuidado da dita irmã.
		Não com os meus irmãos. Gostava que eles falassem comigo. Eu gostaria que os meus irmãos mudassem de ideias acerca de mim, que mostrassem mais um bocado.... Pensam que eu ainda sou a pessoa que era. (E3)	Insatisfeito pela indiferença e falta de confiança que os irmãos depositam no seu tratamento.

		<p>Não vou dizer que me sinto satisfeito não é (...). Não vejo muito o envolvimento da minha família. As vezes não vejo muito preocupação comigo, saber como eu estou, se estou vivo se estou morto, a bem dizer as vezes acho que podia estar vivo, estar morto que a minha família [não se importava]... Ao fim de semana costumo falar por telefone, mas é da minha parte, porque da parte deles [nada]... A única vez que estive lá foi no natal. (E7)</p>	
--	--	---	--

Tabela 7 – Análise de Conteúdo (Processo de Recuperação)

Dimensão	Categoria	Unidade de registo/ indicadores	Unidade de contexto/ excerto da entrevista	Análise
Processo de recuperação	Reintegração social dentro da instituição	Processo instável	Houve um tempo que piorei, houve um tempo que melhorei... quando vim ca para baixo vinha muito melhor... (E2)	A instabilidade do processo está relacionado com as duas tentativas de suicídio.
			Havia altos e baixos, nunca corria tudo muito bem sempre todos os dias, havia sempre altos e baixos... Andava bem-disposto, havia dias que já andava meio alterado, tenho um bocado o sistema nervoso. (E7)	
			É por fases... há altos e baixos (...) no meu caso deitou-me um bocado a baixo porque era o caso da metadona.... Andei (...) duas semanas a ressacar e depois (...) voltei a ressacar e depois eles exigissem sempre mais de nós... se sabem que podemos dar os 90, 80 temos que dar, exigem mais... Não é fácil. (E10)	
			Pra mim foi complicado, ao princípio vi tanta gente, fiquei com um bocadinho de receio de falar pra este e para aquele, como é que ele vai encarar como eu sou, mas depois ao longo dos tempos comecei-me a habituar... como digo eu era uma pessoa que quando entrava num sitio olhava para todos os lados a pensar o que é que iam pensar de mim. (E8)	
		Processo doloroso	Foi difícil o tratamento lá em cima quando me dei a conhecer... foi uma emoção forte... as lágrimas vinham-me aos olhos (...).Mas superei. (E1)	
			Não, para mim lá em cima não foi fácil, muito pessoalmente, porque foi um viver de sentimentos que ao longo dos anos transportamos e temos. (E6)	

	Processo moroso	Uiii, demorou muito tempo, demorou muito tempo... tive um ano [na comunidade]... os primeiros 3, 4 meses eu era uma pessoa (...) isolada... tinha vergonha (...). Depois com mais tempo começava a confiança com as pessoas, (...) as pessoas já eram mais abertas para mim também... falavam dos problemas deles... depois já era mais fácil para falar. (E3)	
		Fácil não foi (...) eu nunca estive em comunidades para começar, nem nunca estive “preso”, isso aí fez-me um bocado de confusão, estares lá dentro 24h praticamente os primeiros dois meses pelo menos. E depois é assim eu sou bué envergonhado, ainda sou, já estou melhor nesse ponto (...) não enfrentava os terapeutas, via os terapeutas a frente só me desviava, evitava falar com eles, era muito reservado e confrontos, eu não gostava de ser confrontado. (E9)	
	Processo linear	Foi bem... mas demorou... tive la em cima 11 meses. Eu entrei bem e depois correu tudo bem... falava com os amigos... falava com todos... nunca tive problemas... foi fácil. (E4)	
		Foi um bocado difícil os primeiros dias... depois a partir daí pronto aprendi. (E5)	
Mudanças positivas	Saúde	O meu estado de saúde. (E1)	
		Mudou muita coisa, deixei os consumos, deixei a metadona que é uma coisa que é difícil.... Ganhei mais saúde. (E10)	
	Convivência	Convivência com o pessoal, conviver... eu já tinha perdido a convivência por causa da violência domestica, estava tudo contra mim e agora estou a aprender a conviver outra vez. (E1)	

	Eu ia ficar sozinho... agora eu tenho apoio. (E4)	Restabelecimento de uma relação fraternal/convivial com o irmão.
	[Agora tento] relacionar-me com pessoas e não estar isolado, tentar ser feliz, por exemplo, era uma coisa que eu nem passava nisso, era só consumir drogas. (E8)	
	Ui tantas, nem sei por onde começar.... A aproximação com os meus irmãos por exemplo, andar lúcido, coisa que já não me lembrava, andei “praí” 20 anos nas drogas. (E9)	Recuperação da relação com os irmãos.
	Ah, estou muito melhor... mudou a minha aparência, mudou o meu corpo, mudou tudo... que quando eu fui para a comunidade eu não andava bem... a nível da minha cabeça ainda não mudou que é uma coisa que eu trago em mente desde pequena, que é tentativas de suicídio. (E2)	Em tempo de comunidade tentou o suicídio por duas vezes por asfixia.
Físico	De bom há tudo, deixei o álcool, agora noto em mim que estou bem... Não tenho aquelas coisas que tinha antes... Através da alimentação já dei por ela que agora como bem... de resto... Também engordei também. Agora eu vejo que posso dar duas corridas que não abafo nem tusso, antes dava duas corridas dava logo a tosse e as vezes parecia que me faltava o ar. (E5)	
	A nível físico comecei a tratar mais de mim, por exemplo eu era uma pessoa que higiene pessoa fazia quando me apetecia, agora tenho uma regra pessoal. (E8)	
Psicológico	Pessoalmente... eu, eu próprio... ser mais orgulhoso daquilo que fiz (...) os objetivos que tenho na cabeça... de mostrar às pessoas o que fui foi uma fase. (E3)	

		Acho que mudou a minha vida, mudei eu próprio... o simples facto de estar aqui a falar, a conversar, o a vontade... eu sou muito mais reservado, fechado, mais tímido... acho que é uma fase muito importante gostarmos de nós próprios, e quando nós começamos a gostar de nós próprios, acreditamos mais em nós, temos autoestima, é diferente. Quando não se gosta é mais difícil. (E6)	
		[Agora] tento aceitar algumas coisas. (E7)	
		A nível psicológico tenho sempre aquele objetivo de me informar sobre as coisas, coisa que eu não fazia, informar-me sobre muitas coisas. (E8)	
Diferenças entre o antes e depois do tratamento	Caráter	Antes era uma pessoas mais rebelde para as pessoas (...) lá cima aprendi certas coisas, a falar, integrar-me na sociedade, falar com as pessoas, acalmar-me. (E1)	
		Antes de entrar para o tratamento era agressiva e mal criada, era verdade... Depois com a continuação do tratamento comecei a evoluir, a ser mais frontal com as pessoas não com agressividade, mas com mais calma. (E2)	
		Mais humilde, mais direto, sério. Digo a verdade... antes eram aquelas mentiras assim escapadas, para esconder assim um bocado. (E3)	
		Antes era um bocado insuportável... não queria ouvir ninguém nem nada... se a conversa agradasse ficava se não agradasse... Agora estou a ouvir... as vezes até eu próprio mesmo chamo a atenção às pessoas... (E5)	
		Algumas diferenças... Gosto de ajudar as outras pessoas, não gosto de ver ninguém mal... tento saber o	

	que se passa com essas pessoas, antigamente lá eu queria saber dos outros, não me dava importância. Hoje se vejo alguém mal sou capaz de ir a beira dele e perguntar o que se passa com ele, porque é que está assim, o que é que ele fez. (E7)	
Maturidade	Descrevo-me agora com uma face mais bonita, (...) mais adulta, não de pessoas alcoólica, mas sim de pessoa lúcida, enfrento mais a realidade lúcida e penso nos problemas todos que me levou a ficar no estado em que fiquei (...). Antes não pensava em nada disso, não pensava nos meus filhos, agora penso. (E2)	Falta de consciência daquilo que fazia e dizia resultante do estado de embriaguez produzido pelo consumo excessivo de álcool.
	Descrevo-me uma pessoa com objetivos de vida, tirar um curso, ter trabalho, ter o meu dinheiro e um dia criar família. (E8)	
	Mais responsável, eu sempre fui responsável.... Não enfrentava os problemas, porque lá fora apareciam os problemas e eu ia adiando... ai trato amanhã, trato depois, antes queria ir consumir do que tratar dessas coisas, agora já não, agora apreço-me qualquer coisa atuo logo não deixo para amanhã, coisa que eu não fazia lá fora... acho que é mais responsabilidade... oh pah e mais maturidade. (E9)	
	Vê-se agora as coisas de outra maneira, diferentes (...) mas que se vê coisas agora que nós fazíamos que agora não as aceito. (E10)	
Felicidade	Antes não estava feliz... estava sozinho... agora tenho apoio... estou melhor um bocado. (E4)	
	Mais feliz. Quando olho para trás não gosto de ver. [A pessoa de antes não era feliz?] Não, de maneira nenhuma. (E6)	

Autoavaliação do tratamento	Engrandecimento do percurso percorrido	Dou valor ao que tenho feito... Valorizo o tratamento que fiz... nem qualquer um consegue estar lá em cima [comunidade]. (E1)	
		Aquilo que eu nunca pensaria fazer e que estou a conseguir... deixar de beber... espero que nunca mais na minha vida aconteça uma coisa destas. (E3)	
		Eu mesmo de saber que estou bem, saber que ainda tenho alguns problemas, mas os mais graves que foram, saber que é passado. (E7)	
	Melhoria física	Andar mais bem vestida, tratar mais de mim, porque eu não tratava de mim... eu andava como um farrapo velho, andava a pedir pelas portas para o vinho, para o álcool. (E2)	
	Melhoria relacional	Agora olho para as pessoas falo com elas... conversas com elas... Tive sempre a mesma relação com eles [subentenda-se boa relação] ... mas agora é melhor... (E4)	Noutro momento da entrevista fala dos problemas relacionais com o irmão e cunhada por o consumo excessivo de álcool.
	Voltar a “viver”	Sou uma pessoa que sinto-me bem agora, não sou aquela pessoa que era a uns tempos atrás. Agora noto mesmo em mim, que a vida que antes tinha ia como se diz ia mesmo ao charco. (E5)	
Eu. Tenho que me valorizar... O voltar a gostar de viver... porque eu perdi as esperanças da vida, era tudo tao negativo que agora o facto de gostar de mim próprio, gostar de viver é importante. Quando não se acredita não se vive, vive-se por ter se se viver, agora eu vivo porque quero viver. (E6)			

	Controlo da agressividade	Como pessoa porque era mais agressivo... era muito mais agressivo, tudo o que resolvia era quase tudo a “porrada”. (E6)	
	Capacidade de trabalhar	Ter a capacidade de trabalhar, que eu era uma pessoa que não gostava de trabalhar. Eu não conseguia “acordar” todos os dias e agora consigo lúcido. (E8)	
	Engrandecimento de carácter	Ser a pessoa que sou, gosto de ser como sou, sou humilde, e eu gosto da humildade. Valorizo 100%. (E9)	
Avaliação dos outros ao tratamento	Mudança a nível físico	Vou lá a minha terra dizem que estou diferente daquilo que eu era, que eu estava... (E1)	Quando lhes perguntam aquilo que mais valorizam as pessoas que os rodeiam imediatamente sobressai o aspeto físico.
		Dizem que eu estou muito mais senhora, melhor. (E2)	
		Devo ser sempre como fui, honesto, e tenho uma apresentação melhor [física]. (E3)	
		Pelo que dizem... sou outra pessoa. (E4)	
		Dizem que estou melhor, mais gordo... isto aquilo.... (...) As vezes passo pela minha madrinha e ela diz oh (...) estás mais gordo, estás mais forte, estás mais bonito e tudo. (E5)	
		O aspeto [físico] que tinha para o que tenho. Pra quem me via a um ano atrás e me vê agora estou totalmente diferente.... Estou muito melhor... há pessoas que não me viam a um ano e tal [que me dizem] que estou muito melhor, que estou diferente para melhor... estive a semana passada com uma psicóloga, ela nem me conhecia. (E10)	
		Eu não espero muito, por vezes vale mais o ato que a presença, do que propriamente ter que se falar.	

		Claro que é sempre bom elogiar-me, vejo-te uma pessoa diferente e não sei quê... mas estou contente assim. (E6)	
		Que estou melhor [a nível físico], para seguir em frente, para olhar para o exemplo de outros irmãos que estão na vida que estão ainda hoje... mas graças a eles... mas também ainda tenho um irmão preso, as vezes dizem-me, oh [...] vê lá se quando acabares isso [o tratamento] levantas a cabeça de uma vez só e se não segues o exemplo do teu irmão, já está outra vez na cadeia. (E7)	Após anos de degradação física, a viver na rua, o entrevistado tem agora uma aparência e higiene totalmente diferentes das anteriores.
	Mudança a nível da comunicação e da convivência	Dizem que até sou uma pessoa simpática, que não tinha de me esconder. [Na família] Dizem que eu estou muito mais feliz, mais comunicador, parecia um bicho-de-mato, dizem eles. (E8)	
		Eles [família] não se expressam muitos, elogiam é mais nos grupos (...) sou amigo do amigo, que me preocupo mais com os outros do que comigo, coisa que é verdade, as vezes ando aí sabe deus por estar na situação que estou, mas ando aí tento sempre animar o pessoal. (E9)	
Aspetos importantes do tratamento	X	Sem resposta. (E1)	
	X	Sem resposta. (E9)	
	Melhoria da relação familiar	Houve muitas mudanças, eu chegar a casa lúcida. Vejo que os meus filhos me têm mais amor, me dão mais apoio. Quando eu telefono para eles, eles dizem por telefone amo-te muito mãe, coisa que quando eu estava com álcool eles não diziam, e agora reparam em mim como uma pessoa lúcida que sabe ser mãe. (E2)	
		A relação com a família [melhoria]. (E4).	

		A nível familiar tenho a rapariga que a 4 anos não falava com ela e ela telefonou para mim em Fevereiro... desde aí estamos sempre em contacto. E pessoas de lá da Alemanha que não sabiam onde é que eu estava e agora que a rapariga telefonou e falou comigo eles sabem e não queriam saber de mim e agora andam sempre a ligar para mim a saber como é que eu estou. (E3)	A relação amorosa terminou derivado ao consumo do entrevistado, no decorrer do tratamento acabaram por reatar a relação.
	Melhor qualidade de vida	Trouxe de bom foi de deixar de beber e de arranjar outra vida... vou arranjar outra vida... lutar para frente e confiar em deus. De saúde agora estou bem, de antes não estava. (E5)	
		Ando bem todos os dias, não me tem dado ansiedades de consumos, nem bebidas, nem nada. (E7)	
	Voltar a acreditar em si próprio	Ter voltado a acreditar... [voltar a acreditar em quê?] em mim próprio. (E6)	
	Disciplina	Não tinha disciplina... no PH ensinaram-me isso e eu agradeço. (E8)	
	Preparação para o mundo exterior	Aprendi a saber lidar com outras coisas... tudo, o ser agressivo lá fora com certas pessoas (...) e treina-se aquilo lá em cima (...) o que está lá em cima está na rua na mesma... (...) aprende-se a lidar com muitos não's, ouvíamos lá em cima não que é o que se vai ouvir aqui for cá fora, vais procurar trabalho, levas não, tens que ir preparada para o não. (E10)	
Perspetivas futuras a curto prazo	Arranjar trabalho	Trabalhar, organizar a minha vida, ter uma casa. (E1)	A grande preocupação dos entrevistados a curto prazo passa por arranjar trabalho. O entrevistado 1 e 2 refere
		Quero ver se arranjo um emprego em Braga ou no Porto... não vou ficar aqui sempre. Espero encontrar emprego rápido, que ganhe um ordenado que dê para dar uma ajuda aos meus filhos...	

	<p>ficar cá por braga a morar num quarto ou numa casinha.... Espero encontrar um futuro melhor do que o que eu tinha a anos atrás. (E2)</p>	também a preocupação em arranjar casa para viver.
	<p>Esperava que a saúde melhorasse um bocado, arranjasse um trabalhito, não quero ser rico (...) tenho lá a minha namorada, tenho cá a minha mãe sozinha é um facto assim que me está a dividir nestas fase. (E3)</p>	
	<p>Vou ver se arranjo trabalho... ajudar o meu irmão... trabalhar.... Ajudá-lo... quero viver com ele. (E4)</p>	
	<p>O que quero é ter o meu dinheirinho para o dia-a-dia, chegar ao fim do mês e receber o salário para entrar dinheiro em casa e pronto é isso que eu quero. (E5)</p>	
	<p>O meu objetivo é (...) eu gostava de arranjar um trabalho era mesmo com contrato, porque ao mesmos com contrato uma pessoa já fica mais segura, sabe que tem aqueles meses todos e... eu acho que já dava bem para equilibrar bem a minha vida. (E7)</p>	
	<p>Espero ter o meu trabalho, o meu dinheiro e não voltar a consumir, é só isso que eu espero. (E8)</p>	
	<p>Uma vida normal, ter o meu trabalhinho, garantido, a efetivo. Conhecer uma pessoa que me identifique com ela, uma mulher neste caso. (E9)</p>	
Manter o sentimento de felicidade	<p>Com a idade que já não é pequena, quero continuar a sentir o que eu sinto e viver uma vida normal digamos assim, sei lá.... Continuar a sentir-me feliz comigo próprio, acho que isso é importante e depois tudo vem por acréscimo. (E6)</p>	
Estar bem de saúde	<p>Em primeiro lugar ter saúde, o dinheiro [trabalho] que venha depois. (E10)</p>	

Perspetivas futuras a longo prazo	Sair para o estrangeiro	Ter um quartinho, uma casa (...) pra mim é ir para o estrangeiro, posso vir cá e alugar apartamento uma semana ou quinze dias, não gosto de prender ninguém. (E1)	
		Na Suíça ou na corsa... a trabalhar... O meu irmão também vai pra fora... se ele puder levar-me vou... se não tenho que arranjar trabalho aqui, ou perto de casa. (E4)	
	(Re)construir a vida amorosa	Se chegar lá, daqui a cinco anos vejo-me uma mulher mais feliz.... Arranjar um companheiro que me compreenda e que eu o compreenda a ele... e saber pôr-me no meu lugar e dizer nunca mais ao álcool. (E2)	
		Vejo-me casado, é a primeira coisa (...) estar bem com a rapariga e com a minha família... E continuar o objetivo que tenho aqui, não consumir mais [álcool], nunca mais. (E3)	
	Construir uma família	Quero que aconteça coisas boas... arranjar um emprego... juntar os farrapinhos... ter um filho... ter a minha casinha, ter dinheiro para ter uma casa própria (...) e ter dinheiro para pagar a renda, as contas, ter dinheiro para o dia-a-dia. (E5)	
		Que melhore...em tudo... trabalho, ter a minha casinha, ter a minha família... o meu sonho é esse. (E7)	
		Também gostava de constituir família e isso (...) Em termos familiares espero que continue assim como está, está muito melhor, antigamente a minha mãe desconfiava de tudo de mim, agora confia em mim, está tudo muito bom. Por enquanto vejo-me a viver lá, mas daqui a cinco anos espero-me ver a viver num canto meu já... perto da minha família. (E8)	

		Oh “pah” é ter uma vida normal, eu não sou muito ambicioso, eu tendo um trabalhito, ganhar mais ou menos para dar conforto a minha família, ter uma mulher que eu amasse e que nos amassemos um ao outro já me dava por feliz. (E9)	
		Ir para melhor... ter uma vida digna... acho que ainda tenho tempo de ter uma família... trabalho, que hoje em dia não é fácil (E10)	
	Reconstruir a relação familiar	Muito rápido..., na Alemanha, perto do meu filho. [É o bastante para si?] É, claro. [Ele é importante para si?] É claro. Ainda ontem estive a dizer-lhe que estava agradecido por tê-lo feito e me sinto orgulhoso de ter tido um filho (...) sei lá... eu adoro-o, ele adora-me, sei lá, sinto uma necessidade, gostaria de lá estar, esse é o meu objetivo (...) e vou conseguir e também é um desejo dele. (E6)	Neste caso com o filho.