



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

HISTÓRIAS DE VIDA E TOXICODEPENDÊNCIA
- Um Trabalho de Análise Qualitativa -
(dissertação para a obtenção do grau de mestre em psicologia da saúde)

ALBANO NOGUEIRA ROSÁRIO

FARO
2009

ALBANO NOGUEIRA ROSÁRIO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

ORIENTADOR: Prof^a Doutora Maria Odete das Neves Fernandes dos Santos Nunes

FARO, 11 de Dezembro de 2009

HISTÓRIAS DE VIDA E TOXICODEPENDÊNCIA

JURI:

Presidente: Prof. Doutor Luís Sérgio Gonçalves Vieira

Vogais: Prof. Doutor João Evangelista de Jesus Hipólito
Prof^a Doutora Maria Odete Das Neves Fernandes dos Santos Nunes
Prof^a Doutora Ida Manuela de Freitas Andrade Timóteo Lemos

Dedico este trabalho

À minha mulher e às minhas filhas pelo amor e incentivo e pelo tempo que lhes faltei.

Agradecimentos

A Deus pela Sua presença constante.

À Professora Doutora Odete Nunes, pelo carinho, interesse e paciência.

À amiga Fernanda Santos, pelo caminho percorrido juntos.

Aos utentes da Comunidade Terapêutica Encontro que tornaram possível este trabalho.

Resumo

Sendo o costume de consumir substâncias com efeitos psicotrópicos tão antigo como a própria humanidade, o que importa considerar, na tipologia e contextos actuais, é o drama humano e social, talvez existencial, subjacente e associado a este complexo e multifacetado problema, nas diferentes formas de dependência que o constituem, no qual se vêem envolvidos cada vez mais jovens e famílias.

O presente trabalho pretende contribuir para uma mudança de perspectiva na compreensão do fenómeno e para o investimento nas mudanças estruturais necessárias, direccionadas para aspectos de natureza educativa e preventiva, não só pelos mais directamente afectados, em primeiro lugar, mas também pelos técnicos, investigadores e pela sociedade em geral, no sentido de encontrar e desenvolver motivações, capacidades e estratégias individuais, por um lado, e os recursos sociais e científicos mais adequados, por outro.

Abstract

Because the habit of consuming substances with psychotropic effects is as old as humanity itself, what must be considered in the typology and current context is the human and social tragedy (perhaps existential) underlying and associating with this complex and multifaceted problem, composed with several forms of dependence, in which even more youth and families are involved.

The aim of this work is to contribute to a change of perspective in understanding the phenomenon and to an investment in structural changes, which proposal is the educational and preventive character, not only by those that are more directly affected, but also by technicians, researchers and society in general, to find and develop, on the one hand, motivation, skills and individual strategies, but also the most appropriate social and scientific resources.

Índice

| | |
|------------------|----|
| Introdução | 10 |
|------------------|----|

PRIMEIRA PARTE: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO DA TOXICODEPENDÊNCIA..... | 18 |
|---|-----------|

| | |
|--|----|
| 1.1. Enquadramento Histórico-cultural do Consumo de Drogas | 18 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| 1.2. Conceito de Toxicodependência e Contributo de Factores Sócio-económicos para o seu Aparecimento | 23 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| 1.3. A mudança de Valores e as Transformações Sociais: Impacto na Organização da Família | 30 |
|---|----|

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO 2 - A FAMÍLIA: IMPORTÂNCIA E CONDICIONAMENTOS | 37 |
|---|-----------|

| | |
|---|----|
| 2.1. O Lugar e a Importância da Família | 37 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| 2.2. Factores Favoráveis a Condutas de Risco | 42 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| 2.3. Acontecimentos de Vida: Atribuições de Sentido e Reacções Emocionais | 47 |
|--|----|

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO 3 - AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS | 57 |
|---|-----------|

| | |
|---|----|
| 3.1. Origem e Evolução das Comunidades Terapêuticas | 57 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| 3.2. Conceito e Principais Objectivos de uma Comunidade Terapêutica | 61 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| 3.3 Principais Modelos de Intervenção em Comunidades Terapêuticas | 63 |
|---|----|

SEGUNDA PARTE: ESTUDO EXPLORATÓRIO

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO 4 - DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E PERSPECTIVAS DE INVESTIGAÇÃO | 68 |
| 4.1. Delimitação do Problema | 68 |
| <i>4.1.1. Definição dos Objectivos</i> | 69 |
| 4.2. Questões de Investigação | 70 |
| 4.3. Metodologia | 70 |
| <i>4.3.1. População</i> | 74 |
| <i>4.3.1.1 Breve Caracterização da Comunidade Terapêutica Encontro</i> | 74 |
| <i>4.3.2. Amostra</i> | 80 |
| <i>4.3.3. Delineamento do Estudo</i> | 81 |
| <i>4.3.4. Procedimentos</i> | 82 |
| CAPÍTULO 5 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS | 85 |
| CAPÍTULO 6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 102 |
| Conclusão | 114 |
| Referências Bibliográficas | 119 |
| Bibliografia..... | 123 |
| Anexos | 126 |

Índice de tabelas

| | |
|---|------------|
| TABELA 1: Caracterização da amostra por idade, género e estado civil | 80 |
| TABELA 2: Caracterização da amostra por escolaridade, idade de início de consumo e droga principal | 81 |
| TABELA 3: Ambiente familiar/Tipo de educação | 86 |
| TABELA 4: Condutas de risco | 88 |
| TABELA 5: Acontecimentos de vida negativos | 92 |
| TABELA 6: Consequências dos Acontecimentos de vida negativos | 94 |
| TABELA 7: Subcategoria A – Atribuições de sentido negativo | 96 |
| TABELA 8: Subcategoria B – Reacções emocionais negativas | 98 |
| TABELA 9: Subcategoria C – Comportamentos negativos | 100 |

Índice de gráficos

| | |
|--|------------|
| GRÁFICO 1: Ambiente familiar/Tipo de educação | 88 |
| GRÁFICO 2: Condutas de risco | 91 |
| GRÁFICO 3: Acontecimentos de vida negativos | 93 |
| GRÁFICO 4: Consequências dos acontecimentos de vida negativos | 95 |
| GRÁFICO 5: Subcategoria A – Atribuições de Sentido Negativo | 97 |
| GRÁFICO 6: Subcategoria B – Reacções emocionais negativas | 100 |
| GRÁFICO 7: Subcategoria C – Comportamentos negativos | 101 |

Introdução

A toxicodependência, fenómeno complexo, emergente e transversal, tem constituído um dos mais graves problemas da actualidade, afectando com particular incidência jovens e famílias.

O Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001, da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, chama a atenção de que as perturbações mentais, nas quais se incluem as ligadas ao consumo abusivo de substâncias psicoactivas, estão em crescente evolução em todo o mundo.

No entanto, apesar do muito que se tem escrito e investigado sobre esta matéria, em que se abordam de forma extensiva aspectos da mais diversa ordem, o certo é que o progresso científico tem ficado, na opinião de diversos autores, como os que seguidamente enunciamos, aquém do que seria de esperar.

Neto (1996), por exemplo, afirma que os meios até hoje encontrados para combater o problema estão longe de ter atingido a eficácia desejável e que isso se deve ao facto de a investigação científica não ter conseguido os instrumentos necessários.

Fleming (2001) recorda que, apesar do investimento feito pelas sociedades ocidentais e comunidades científicas, na tentativa da compreensão e intervenção sobre o grave problema da toxicodependência, continuamos a assistir ao não progresso científico nesta área, podendo-se constatar o enorme fracasso das medidas tomadas e que “passados tantos anos após a criação de instituições e redes de cuidados especializados na área, não se conseguiu ainda difundir para a cultura nem para o senso comum uma imagem clara e rigorosa do que é a toxicodependência” (p. 12).

Cordeiro (1977) afirma que, muito embora o conceito inicial de que a droga seria ‘o inimigo a abater’, mais cómodo para as famílias e para a sociedade, dentro de uma visão simplista e maniqueísta do ‘bem e do mal’, característica da moral judaico-cristã, tenha vindo progressivamente a dar lugar a uma visão um pouco mais global, sistémica e compreensiva da situação, ele marcou e continua a marcar a nossa cultura e civilização neste domínio.

Parece estarmos perante um fenómeno ainda de etiologia e contextos difíceis de analisar, de contornos por definir e de consequências totalmente imprevisíveis, quer no plano da vida dos indivíduos e das famílias, quer da sociedade e do mundo em geral.

O consumo de drogas e tudo o que lhe é adjacente insere-se provavelmente numa teia gigantesca de dependências, da física à psíquica, da afectiva à social, passando pelo défice de modelos relacionais e afectivos, pelo vazio existencial e noológico, pela crise de valores, pelo *ter* em detrimento do *ser*, pela cultura hedonista, pelo consumismo.

Até porque, como afirma Jesus (2007), a sociedade actual, em que o ritmo de vida é alucinante, exige respostas de tal forma rápidas a constantes novas solicitações que nem todos conseguem dar, e os ambientes altamente competitivos não olham a meios para atingir os fins, resultando assim na perda de valores humanos, como a solidariedade e a cooperação e num sentimento de falta de controle e de incerteza face aos resultados pretendidos.

É por isso que não se pode encarar a toxicodependência apenas do ponto de vista da psicopatologia ou da psicologia clínica, da psiquiatria ou da medicina. É necessário o concurso de ciências, perspectivas e áreas, como a fenomenologia, o humanismo, a sociologia, a psicologia da saúde que contemplem aspectos preventivos do problema, quer ao nível do desenvolvimento pessoal dos indivíduos, da compreensão de si mesmos e da descoberta dos seus recursos e capacidades, quer ao nível das mudanças sociais necessárias

à retoma dos valores humanos e sociais que respondam às necessidades e aspirações de bem-estar, realização e felicidade.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID 10) parece, ela própria, ter em conta tais aspectos, na medida em que considera a toxicodependência, para além de um conjunto de perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção e do comportamento, também uma perturbação dos afectos, o que sugere que deva ser compreendida e analisada como um problema que compromete globalmente o equilíbrio, o bem-estar, a qualidade de vida e as relações do sujeito, aos mais diversos níveis.

Tal abrangência constitui para qualquer investigador um enorme desafio. Como afirma Neto (1996), quanto maior a complexidade de um fenómeno, menos se sabe sobre ele, sendo a situação propícia à multiplicação de modelos e teorias que muito dizem, mas pouco explicam. E, portanto, o que, desde logo, se impõe é a necessidade da delimitação do estudo, especificando claramente o objecto de análise, de forma a poder cingir-se a um âmbito restrito da realidade em causa.

Fleming (2001) lembra que “sob a designação de toxicodependência abordam-se muitas vezes fenómenos adjacentes ao síndrome mas de natureza diferente, sem a suficiente delimitação do objecto de estudo, resultando uma amálgama discursiva que não é sustentada pelos dados da investigação científica” (p. 11).

Por isso, neste trabalho, queremos cingir-nos a um estudo simples, objectivo e bem delimitado que, de certo modo, nos permita pôr entre parêntesis correntes, teorias e modelos de abordagem até agora utilizados, para nos concentramos naquilo que os indivíduos toxicodependentes relatam nas suas histórias de vida, com o intuito de, analisando o seu conteúdo, podermos extrair deles os factores, os mais explícitos possível, que nos permitam verificar a sua entrada no mundo das drogas, o seu percurso de vida e as suas motivações.

O interesse neste trabalho reside, por um lado, no facto de a nossa actividade profissional dos últimos 18 anos se ter vindo a centrar quase exclusivamente no campo da prevenção secundária e terciária, designadamente com a criação e direcção técnica de uma comunidade terapêutica e um apartamento de reinserção, destinados ao tratamento e reinserção social de pessoas com problemas associados ao consumo abusivo de substâncias psicoactivas, no âmbito de uma IPSS.

Mas, por outro lado, deve-se à nossa percepção e convicção de que é no âmbito da prevenção, ou seja, a montante do problema, do que acontece *a priori*, que a investigação é mais necessária. É aí, aliás, que se tem verificado, até hoje, maior défice de investimento, quer ao nível público quer privado e em que mais escasseia a investigação científica. E não só no âmbito da toxicodependência, mas na saúde mental em geral. Num estudo organizado por Siqueira, Jesus e Oliveira (2007) encontramos a confirmação disso mesmo. Os autores referem que, perante o aumento crescente do número de perturbações mentais, devido em grande parte à influência de estilos de vida pouco saudáveis e à exposição a elevados níveis de stresse, é necessário investir mais na prevenção do que no tratamento, sob pena de, a este ritmo de crescimento, não haver recursos humanos e financeiros suficientes para prestar cuidados especializados de qualidade a todos quantos sofrem desse tipo de perturbações.

No entanto, na revisão da literatura, constatamos que a maior parte dos estudos se refere ao que acontece posteriormente ao aparecimento do problema, desde o comportamento do próprio consumidor e da interacção familiar às repercussões sociais, aos mais diversos níveis, saúde pública, economia, política, justiça, segurança.

E se se advoga a necessidade de uma co-responsabilização e mobilização colectivas, no sentido da assunção de atitudes geradoras de mudança, da construção de famílias cujas relações se pautem pela autenticidade, coerência e contenção, numa

sociedade cujos valores sejam definitivamente os do bem comum, da justiça, da liberdade e da solidariedade, logo se levantam vozes dissonantes, procurando desviar a atenção para as questões relacionadas com o tráfico, oferta e procura, estudo das substâncias e seus efeitos, programas de tratamento oriundos das mais diversas correntes, nomeadamente os médico-medicamentosos e da redução de danos.

E assim, se vai perpetuando o mal, de geração em geração, sem se ir à raiz do problema, ou seja, sem que o mesmo seja encarado como sendo muito mais de ordem estrutural quer da pessoa quer da sociedade do que de ordem conjuntural, de circunstâncias, de tendências, de medidas ou de acções de carácter repressivo e remediativo.

Isto permite-nos concluir, então, que a amplitude e complexidade do fenómeno, por um lado, o deficitário progresso no seu estudo e compreensão, por outro, a insuficiência de meios na sua erradicação, por outro ainda, continuam a lançar os maiores desafios quer no âmbito da intervenção terapêutica e das estratégias sócio-políticas, mas sobretudo no da prevenção e da investigação científica.

Por tais motivos, investigar afigura-se-nos pertinente e necessário. E, como acima dissemos, não queremos partir de estereótipos ou modelos teóricos previamente construídos, de valor indiscutível e cientificamente comprovados, é certo, mas tão só do relato simples, espontâneo e livre das histórias de vida de pessoas afectadas pelo problema da toxicodependência, isto é, sem o recurso a questionários ou entrevistas, a itens ou perguntas, para não correremos o risco de influenciarmos o discurso ou as respostas, provocando um eventual enviesamento dos resultados. Em nosso entender, é nisto que reside a particularidade deste estudo: em folhas em branco, os sujeitos escrevem simplesmente o que lhes vem à memória sobre o seu percurso e experiências de vida,

tendo apenas em conta uma certa ordem cronológica, por etapas, desde a infância ao momento actual.

Dividimos o nosso trabalho em duas partes, sendo a primeira respeitante ao enquadramento teórico e a segunda ao trabalho de pesquisa propriamente dito.

Assim, na primeira parte, capítulo um - Enquadramento da Toxicodependência - começamos pelo enquadramento histórico-cultural do consumo de drogas. Seguidamente, tentamos definir a toxicodependência e analisar quais os factores socio-económicos que contribuíram para o seu aparecimento e, por último, debruçamo-nos sobre a mudança de valores e as transformações sociais e o seu impacto na organização da família, sendo esta entendida como o berço, onde tudo começa.

No capítulo dois – A Família: Importância e Condicionantes – abordamos o lugar e a importância da família, os factores conducentes a condutas de risco e os acontecimentos de vida, atribuições de sentido e reacções emocionais.

No capítulo três – As Comunidades Terapêuticas – descrevemos a origem e evolução das comunidades terapêuticas, conceito e objectivos das mesmas e principais modelos utilizados, por ser este, como dissemos já, o nosso âmbito de experiência e estudo, mas também porque é nestas instituições que mais se tem investido na promoção e desenvolvimento da motivação e do optimismo dos indivíduos, com vista à sua libertação da dependência e a tornarem-se pessoas produtivas e felizes.

Na segunda parte, capítulo quatro – Definição do Problema e perspectivas de investigação - definimos o problema, definimos os objectivos e formulamos as questões de investigação que nos permitem clarificar e compreender a subjectividade da vivência da pessoa que entrou no mundo da toxicodependência.

No capítulo cinco ocupamo-nos da metodologia utilizada, a população estudada, a amostra recolhida e os procedimentos aplicados na recolha de dados.

No capítulo seis fazemos a apresentação dos resultados encontrados através da análise do conteúdo das histórias de vida.

O capítulo sete consta da discussão e reflexão elaborada com base nos resultados, procurando encontrar respostas para as questões de investigação que nos motivaram a realizar o estudo.

Terminamos com a conclusão realçando aspectos que consideramos pertinentes no desenvolvimento da investigação, assim como a indicação de perspectivas futuras de prevenção e promoção da saúde relativamente ao estudo e intervenção nesta população. Seguidamente apresentamos as referências bibliográficas e os Anexos I e II, nos quais apresentamos um exemplar do consentimento informado e dos instrumentos (quadros) utilizados para cada um dos níveis de análise ou categorias, respectivamente.

I Parte
Enquadramento Teórico

Capítulo 1

Enquadramento da Toxicodependência

1.1. Enquadramento Histórico-cultural do Consumo de Drogas

O uso de substâncias com propriedades psicotrópicas sempre existiu em todos os tempos e culturas. Na revisão bibliográfica encontramos unanimidade dos diversos autores a esse respeito.

Para Sanchez et al. (1987), por exemplo, o hábito de ingerir ou inalar substâncias entorpecentes não nasceu apenas de uma determinada cultura, nem é recente; em praticamente todas as culturas e povos se encontram referências ao uso esporádico de drogas, principalmente durante cerimónias religiosas.

De facto, acreditava-se que os xamãs ou líderes religiosos usavam drogas para obter um estado de consciência que melhor lhes permitisse invocar os espíritos. E, de um ponto de vista psicológico, entendia-se que num tal estado de turvação da consciência se conseguia ter os sentidos mais aguçados e maior fluidez nas fantasias, dando assim a sensação de uma real aproximação aos poderes das entidades divinas.

Na origem das drogas estão as plantas, ou melhor, determinadas plantas que, começando por ser utilizadas como alimento, rapidamente se transformaram em objecto de culto e, posteriormente, aproveitadas pela medicina para fins curativos.

Segundo Andrade (1994), a utilização de plantas no culto religioso remonta a 7.000 anos a. C., tendo-se difundido da Índia à Sibéria, ao norte da Europa e às Américas. A partir do suco fermentado de uma certa variedade de cogumelo produzia-se um preparado alcoólico que era utilizado na comunicação com os deuses e também como medicamento, não só no alívio da dor física, mas também da dor moral provocada por angústias e desgostos.

A mesma autora faz referência a achados arqueológicos que levam a crer que os sumérios (cerca de 4000 a. C.) já conheciam o ópio. E que o vestígio escrito mais antigo da utilização desta droga, encontrado num santuário da Mesopotâmia, data de 3000 anos a. C., contendo, em escrita cuneiforme, uma lista de plantas medicinais que a inclui. Da mesma época, foram encontradas no Egito pequenas placas e almofarizes que serviam para preparar misturas à base de plantas, como o lótus e a papoila.

Cordeiro (2004) alude ao uso ancestral e secular de substâncias, como a coca, a *cannabis* e o ópio. Quanto à primeira, diz que os mais remotos vestígios do seu consumo foram encontrados em túmulos peruanos de 2.500 anos a. C. e que os antigos índios acreditavam que ela era um presente dos deuses e, por isso, a usavam particularmente em cerimoniais religiosos. Diz também que a *cannabis*, sempre foi usada para fins medicinais e religiosos, em culturas e civilizações de todo o mundo, e que os gregos usavam o ópio igualmente em rituais mitológicos e religiosos, sendo sob este efeito que os oráculos lançavam as suas predições. O autor lembra que foi o imperador Alexandre, o Grande, que introduziu o ópio no mercado mundial, por volta de 333 a. C. e que se deve a Hipócrates

(o pai da medicina) o seu uso para fins medicinais e terapêuticos. Ele o prescrevia, juntamente com outras substâncias de efeito psicotrópico, no tratamento de certas doenças.

Ainda segundo os mesmos, Andrade (1994) e Cordeiro (2004), também entre os romanos se usava o ópio na medicina. Já no século II, Cláudio Galeno, médico greco-romano, divulgou a medicina grega na corte do imperador Marco Aurélio e tratava muitos dos seus doentes com um preparado à base de ópio chamado mitridato. E Avicena, médico e filósofo árabe do século XI, concebeu um método para padronizar o ópio administrado aos doentes do seu tempo. Na Idade Média, na Europa, dava-se o nome de droga a tudo o que, extraído de plantas medicinais, era utilizado para alívio das dores e nas práticas de bruxaria para curar os males do espírito. Os cruzados, nas suas viagens à Terra Santa, traziam, além da *cannabis*, a teríaca ou teriaga, remédio à base de ópio, utilizado na cura da mordedura das serpentes e, no século XVI, Paracelso, médico e investigador que defendia a interdependência da alma e do corpo, dedicou-se à alquimia, única prática capaz de extrair das plantas a força vital indispensável ao homem para a cura de todos os males. Reintroduziu o ópio na medicina ocidental. E em 1805 Friederich Wilhelm Sertürner, farmacêutico alemão, sintetizou, pela primeira vez, a morfina a partir do ópio. Alexander Wood concebeu a injeção da morfina para aliviar as dores dos soldados na guerra franco-alemã de 1870, tencionando utilizá-la também na cura das toxicomanias causadas pelo ópio.

Durante a guerra civil americana, em meados do século XIX, os médicos usaram e abusaram da morfina para minimizar o sofrimento dos estropiados da guerra e a dependência cresceu de tal forma que, no início do século XX, o vício do ópio atingia já enormes proporções, não só na América, mas um pouco por todo o mundo, até porque muitos medicamentos, postos no mercado pela indústria farmacêutica, continham ópio, o que contribuiu para o aumento do problema.

Entre 1839 e 1860 deram-se as históricas guerras do ópio entre a Grã-Bretanha e a China. O ópio, produzido na Índia, era traficado ilegalmente para a China pelos comerciantes britânicos que obrigavam os chineses a consumir a droga provocando a dependência, conseguindo assim grandes lucros e o alargamento do comércio.

Em 1857 Albert Niemann isolou a cocaína a partir da folha da coca, utilizada há milhares de anos pelos índios da América Latina e em 1884 Freud publicava um ensaio em que era enaltecido o uso da cocaína, visto produzir um estado de espírito de euforia e divertimento duradouros. Entretanto, o consumo da cocaína atingiu o seu esplendor no início do século XX, chegando à amplitude que hoje lhe conhecemos.

Não estamos, portanto, perante um fenómeno novo. As drogas são tão antigas como a própria humanidade que sempre as utilizou para os mais diversos fins: comunicar com os deuses, buscar o alívio da dor física ou moral, alcançar os estados de êxtase, de euforia ou entorpecimento.

Hoje, a diferença reside nas dimensões do problema, na sofisticação e variedade dos produtos, na descontextualização e descontrolo dos consumos e, naturalmente, também nas características dos indivíduos, na cultura social e económica e na natureza dos circuitos.

Para Neto (1996), enquanto que os consumos tradicionais de drogas eram endémicos, localizados, e as vias de administração não incluíam grandes riscos, a toxicodependência de hoje atinge proporções verdadeiramente pandémicas e as vias de administração, designadamente a injectável, são altamente perigosas para saúde, quer individual quer pública.

Incluem-se neste quadro as novas drogas, as *designer drugs*, ou seja, drogas de laboratório, que, tendo aparecido nos finais dos anos vinte, começaram a ganhar notoriedade nos anos oitenta e generalizaram-se rapidamente por todo o lado, sendo

consumidas sobretudo nas *raves* e nos *dance clubs*, associando os ideais de amor, de paz e unidade do movimento hippie dos anos sessenta. As *designer drugs* ou *club drugs*, inicialmente associadas apenas ao *ecstasy*, rapidamente levaram à recuperação de antigas substâncias da mesma família, como as anfetaminas, o rohypnol, o LSD, o *Special K* (quetamina), o fentanil, entre outras.

Tais drogas, conhecidas vulgarmente pelo nome de *drogas sintéticas*, são as que, manifestamente, estão mais associadas às novas subculturas juvenis, designadamente à música de dança.

As drogas sintéticas constituem um fenómeno recente que difere do consumo de outros tipos de droga. Trata-se de um consumo recreativo, geralmente associado a práticas de diversão nocturna e a determinados estilos de vida, em lugares e ambientes ocultos (*clubs*, *raves*, etc.), e que, pelo menos ocasionalmente, assumem características de uma verdadeira subcultura. A este respeito, Calado (2006) afirma:

Se entendermos os consumos recreativos numa lógica sociocultural, é possível perceber-se que as drogas fazem parte de lógicas de diversão e lazer de determinados actores sociais. Vivemos hoje numa sociedade onde o lazer, para muitos, tomou um carácter mítico, desempenhando, por vezes, um papel absolutamente central na vida das pessoas. Segundo este ponto de vista, o consumo recreativo de drogas (sejam elas legais ou ilegais, sintéticas ou naturais) é um subfenómeno do actual modelo de sociedade, assente no consumo, na imagem e na publicidade (p.6).

Importa, contudo, notar que sempre, nas diferentes épocas e culturas, o uso de drogas esteve directamente ligado a festas e rituais de tribos e grupos, como elemento facilitador da coesão grupal. A droga, tornando os indivíduos mais desinibidos e sociáveis, favorece a sua integração e participação nas actividades do grupo, podendo até dizer-se

que este é, provavelmente, o aspecto cultural mais observável ao longo dos tempos. De facto, o consumo de drogas, incluindo o álcool, sempre esteve ligado a acontecimentos festivos como meio para relaxar e *entrar na onda*.

Daí se pode facilmente extrapolar que, a partir de tais situações, um certo número de indivíduos, por problemas, características ou contextos individuais e sociais, também passe a usar o tóxico fora das festividades, tornando-se dependente, passando do uso esporádico ao uso regular. Para esses indivíduos não seria suficiente a sensação de euforia ou inebriação no momento da festa, passaria sim a haver a necessidade e a compulsão de se drogar com maior frequência para vencer a angústia dos conflitos ou situações embaraçosas em que se encontra.

O alcoolismo sempre foi, aliás, um exemplo característico a ilustrar esta hipótese. Raro é encontrar um grupo cultural onde não se observe o uso do álcool em diversos tipos de comemorações ou eventos. A imagem do álcool, está directamente ligada à ideia de convívio e lazer em grupo. Mas tem sido assustadoramente crescente o número de indivíduos que passa a fazer uso exagerado do álcool como forma de aliviar a ansiedade e escapar a uma realidade que se lhes afigura demasiado penosa.

1.2. Conceito de Toxicodependência e Contributo de Factores Sócio-económicos para o seu Aparecimento

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) a toxicodependência traduz-se num estado psíquico e, por vezes também físico, resultante da interacção entre um organismo vivo e um produto tóxico, caracterizando-se por modificações e outras reacções que incluem sempre a compulsão para tomar drogas de um

modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar efeitos específicos ou evitar o mal-estar da privação.

Já o Relatório Mundial da Saúde (2001), emitido pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e pela OMS, versão portuguesa da Direcção Geral da Saúde, 2002/OMS, insere a toxicodependência no capítulo dos transtornos mentais e comportamentais, em linha, aliás, com a classificação que lhe atribui a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10 – F10 a F19).

No supra aludido relatório diz-se que a síndrome de dependência envolve um desejo pronunciado de tomar a substância, dificuldade de controlar o uso, estados de tolerância, diminuição ou abandono da participação noutros prazeres e interesses e o uso persistente, não obstante os danos causados ao próprio e aos outros.

Tavares, Pereira, Gomes, Monteiro e Gomes (2007) defendem que a síndrome de dependência envolve um conjunto de fenómenos, tais como a tolerância, traduzida pela necessidade de aumentar a dose para alcançar o mesmo efeito; a persistência em utilizar a substância apesar das consequências nocivas do seu consumo; o abandono de interesses e actividades anteriormente apreciadas, a favor do uso da substância; um forte desejo ou compulsão para consumir a substância; dificuldades em controlar o comportamento do consumo e/ou o estado de abstinência.

No Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) a Dependência de Substâncias aparece caracterizada como tratando-se essencialmente de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos de que o sujeito continua a utilizar a substância apesar dos problemas significativos relacionados com esta. Existe um padrão de auto-administração repetida que resulta geralmente em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo quanto ao consumo de drogas.

Para Bevan (1984) a toxicomania ou viciação em drogas é o desejo incontrolável, de origem orgânica e ou psicológica, para consumir uma droga, o que pode ocorrer periódica ou continuamente e é acompanhado, em geral, por uma tentativa irresistível de obter a substância.

Em Sanchez et al. (1982) é apresentada a definição de dependência física e dependência psíquica separadamente, embora ambas possam ocorrer em simultâneo. Assim, enquanto a dependência física resulta de um processo de adaptação do organismo à droga, independentemente da vontade do indivíduo e, por isso, sempre que ocorra uma situação de privação, o mesmo desenvolverá uma reacção característica conhecida por *síndrome de abstinência*, a dependência psíquica caracteriza-se fundamentalmente pela existência de um impulso irrefreável que exige a administração imediata de droga para produzir prazer ou evitar mal-estar.

Ricou (2004), por sua vez, refere-se à toxicodependência como um conjunto de comportamentos aditivos (CA), ou seja, todos os comportamentos que se caracterizam pela realização repetida dos mesmos, mediada por um impulso incontrolável para o consumo de uma ou várias substâncias, estimulado pela obtenção do prazer fácil e imediato.

Todas estas definições, certamente válidas e indiscutíveis, deixam, no entanto transparecer uma visão um tanto mecanicista do problema, ou seja, como se de uma mera combinação de processos se tratasse, numa lógica de causa-efeito, sem levar em linha de conta nem a energia ou motivações intrínsecas dos indivíduos envolvidos nem os diferentes factores que intervêm no problema.

Daí o contributo de ciências, como o humanismo, a fenomenologia, a psicologia positiva, a antropologia ou a axiologia, ser imprescindível para uma visão mais vasta, compreensiva e integradora do problema.

Sabemos que, de um ponto de vista fenomenológico, por exemplo, o que é verdadeiramente importante não são os mecanismos ou processos observáveis, mas sim o fenómeno tal como ele aparece à consciência do sujeito, não do observador, isto é, o significado que o próprio sujeito lhe atribui. E que a análise de qualquer problema humano revela que, na sua origem, estão normalmente desequilíbrios que se situam em qualquer dos âmbitos básicos da sua existência: o individual, o familiar e o social, os quais interagem em simultaneidade, nunca podendo, portanto, ser considerados isoladamente (Sanchez et al. 1982).

Aliás, o desenvolvimento e estruturação do indivíduo, enquanto pessoa, processa-se através não só das suas experiências e vivências pessoais, mas também da sua participação num grupo primário – a família em que ocupa um determinado lugar e onde desenvolve papéis, conforme o tipo de relacionamento com os restantes elementos da família, nas diferentes situações de parentesco. E, para além disso, está inserido numa comunidade que lhe atribui papéis de diversa ordem: profissional, social, económica, política, etc.

Por isso, o consumo de drogas, sendo, sem dúvida, um processo compulsivo de alienação para a obtenção do prazer fácil e rápido, acompanhado de distúrbios fisiológicos, cognitivos e comportamentais, é também um problema da família e da sociedade em geral.

Sociedade que, com a última revolução industrial, a electrónica, e o pós-modernismo da tecnociência, dos meios de comunicação, da internet, do ADN, da pílula, do rock e do pop e do chip, elegeu o individualismo e o hedonismo como valores supremos a alcançar a todo o custo, em busca de uma felicidade imediata e artificial, a única que consegue assegurar, sem alternativas éticas, sociais, morais, afectivas, espirituais.

Necessita, por isso, segundo Nunes et al. (2004), de promover desenfreadamente o consumo, sendo os indivíduos induzidos e educados no sentido da gratificação e prazer

imediatos, o que, naturalmente, vem tirar lugar ao esforço, à conquista e ao investimento pessoal e promover a irracionalidade e a alienação.

O consumo de drogas constitui verdadeiramente um veículo de obtenção de prazer fácil e rápido, de fuga à realidade, na procura de uma felicidade que a sociedade sem alternativas éticas, sociais, morais, afectivas e espirituais, não consegue assegurar, a não ser uma felicidade artificial, imediata e baseada apenas nas diferentes formas de consumo que oferece e impõe até.

Talvez por tudo isto é que, a partir do anos sessenta, o consumo de drogas se tornou uma das principais problemáticas sociais nos países ocidentais.

O aumento da criminalidade e do tráfico de estupefacientes (negócio altamente lucrativo), por um lado, e o surgimento do movimento hippie que incentivava o consumo de forma generalizada e colectiva, como manifestação de revolta juvenil, rebeldia e oposição a tudo o que fosse norma instituída, por outro, contribuíram decisivamente para que as drogas se expandissem assustadoramente por todos os países industrializados, tornando-se moda e dando origem às toxicomanias contemporâneas.

A euforia da descoberta do desconhecido incentivada pelos slogans do «peace and love» e do «pop» deu lugar, nos anos 80 e 90 à onda do consumismo e ao *estar de cabeça cheia* e ao *drogar-se para não sentir*.

Não admira, pois, que, a partir da segunda metade do século XX, as drogas se tenham transformado numa poderosa indústria e num comércio próspero e abundante de cuja expansão resultou o mercado clandestino e a total perda de controle, abrindo espaço ao desenvolvimento e proliferação de complexas associações criminosas e à corrupção.

O tráfico de drogas pressupõe uma estratégia altamente sofisticada de mercado, na qual se encontram implicadas grandes e poderosas redes internacionais de produção,

distribuição e venda, que tentam, por todos os meios, passar o produto para a mão dos consumidores.

É, aliás, amplamente conhecido o facto de economias de alguns países no mundo se basearem na produção e venda de droga.

No que toca a Portugal, até final da década de 60, mal se ouvia falar de drogas ilícitas, pouco se sabia sobre elas e poucos eram os que as consumiam. Apenas em certos ambientes estudantis se fumava *cannabis*. Por isso, embora se tenham feito algumas detenções de indivíduos por posse de droga no início da década de 70, só com a revolução de Abril, em 1974, e com as alterações que a mesma veio introduzir na sociedade portuguesa, designadamente, a extinção da PIDE, a abolição da censura, o abrandamento dos mecanismos repressivos, o retorno dos militares e residentes das ex-colónias e o regresso de muitos emigrantes, particularmente da Europa, é que o consumo de estupefacientes ganhou novas proporções.

Aumentaram em flecha os derivados da *cannabis*, os hipnóticos, as anfetaminas, os alucinogénicos e, claro, a heroína que, entrando em Portugal em direcção à Europa, se difundiu rapidamente por todo o país, começando nas grandes cidades e zonas periféricas, onde afluíam imigrados do interior, das colónias e minorias marginalizadas, continuou por todas cidades, vilas e aldeias, do litoral ao interior, atingindo todo o tipo de famílias.

Perante tal fenómeno, a partir da segunda metade da década de 70, os governos de então reagiram, optando por uma intervenção directa, mas insuficiente, do Estado, com a criação de três Centros de Estudo e Profilaxia da Droga (CEPD) para todo o país, primeiro em Coimbra, depois em Lisboa e no Porto.

No entanto, quanto à chamada prevenção primária, muito pouco se investiu em estruturas, projectos ou meios, destinados ao estudo, formação e intervenção precoce, nomeadamente ao nível das escolas e das famílias. Os técnicos dos Centros de Estudo e

Profilaxia da Droga de Coimbra, a quem chegavam solicitações de diversas associações de pais e professores preocupados com o aumento crescente do problema, não estavam preparados. Dias e colaboradores (2001), afirmam que, por não haver respostas estruturadas para a necessária intervenção, as acções que se iam realizando, do tipo palestras ou conferências de carácter informativo, eram pontuais e a metodologia utilizada aplicava-se apenas a grandes grupos, cujo efeito era, por isso, muito reduzido.

Os mesmos autores relatam que, em 1977 os técnicos adstritos à prevenção primária do CEPD elaboraram um plano destinado à prevenção em meio escolar que previa a criação da figura do *professor-mediador* que teria a seu cargo actuar junto de outros professores, alunos e outras estruturas da escola, dispondo de uma redução de três horas semanais por parte do Ministério, para esse efeito. Uma gota de água no oceano, comparado com o alastrar do problema. Dizia-se até que a prevenção primária era o parente pobre na actuação em toxicodependência.

Somente no início dos anos 90 é que o Estado resolveu apoiar iniciativas de instituições particulares de solidariedade social e outras organizações não governamentais que assegurassem a prevenção, o tratamento e a reinserção social dos toxicodependentes. Foi então que começaram a desenvolver-se por todo o país múltiplos projectos nas diferentes áreas de intervenção.

Actualmente não é possível medir com rigor o aumento ou a diminuição do consumo de drogas no nosso país, embora, segundo o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência se realizem em Portugal, de dois em dois anos, inquéritos à população jovem escolar (Inquérito Nacional em Meio Escolar). Os dados disponíveis sugerem um aumento das experiências, bem como do consumo recente e continuado de quase todas as drogas ilícitas.

Existem também indicadores indirectos que apontam no mesmo sentido como, por exemplo, o conhecido aumento da criminalidade relacionada com o tráfico de estupefacientes e a percentagem da população prisional, entre preventivos e condenados, associada a este tipo de crimes.

1.3. A Mudança de Valores e as Transformações Sociais: Impacto na Organização da Família

Como já referimos, grandes transformações se operaram na família e na sociedade com a última revolução electrónica e a invasão da cultura pós-moderna, sobretudo a partir dos anos sessenta do século passado.

Talvez por isso, muitos autores se mostram preocupados em fazer uma avaliação séria do que mudou na família e na sociedade nas últimas décadas.

Neto (1996), por exemplo, faz referência a que muitas comunidades tradicionais se foram transformando em núcleos populacionais urbanos, os quais se foram estabelecendo em bairros degradados da periferia das grandes cidades, levando, como consequência, à perda de referências sociais e culturais importantes e, não raro, ao desemprego e a uma certa marginalização.

O anel familiar distorceu-se. A família alargada deu lugar à família nuclear (pai, mãe e um, dois ou três filhos, no máximo). Surgiram os divórcios, por vezes sucessivos, provocando roturas e destruindo as famílias nucleares, dando lugar a famílias monoparentais ou a famílias alternativas, em que os filhos do casal eram criados com um dos pais e o seu novo cônjuge, do qual tiveram outros filhos e assim por diante.

Chegou-se, em muitos casos, à ausência completa de família, com crianças criadas na rua ou entregues a instituições, não só nos casos de pobreza, mas também quando os progenitores sofriam de instabilidade psíquica e emocional ou vinham até a falecer em etapas precoces da vida da criança.

Com a diversificação da sociedade urbana, os estatutos e papéis sociais, anteriormente uniformes e bem definidos, diluíram-se e o controle social diminuiu consideravelmente.

A uma acentuada proximidade entre as pessoas, onde o consenso e a crítica social eram elos de comunicação e união, sucedeu-se uma sociedade de gente desligada, cada vez mais autista e afastada do outro e, portanto, mais insegura e propensa à criação de sub-culturas.

Os pais também passaram a estar menos próximos dos filhos, a ter menos tempo para eles, provocando um distanciamento capaz de gerar nos filhos a incapacidade de se aproximarem e estabelecerem relações positivas, estáveis e duradoiras, nos seus grupos de pares e até com os adultos.

Temos vindo a assistir à degradação progressiva da coesão familiar, da vivência comunitária e da relação família/bairro/escola/trabalho, a favor da ânsia do prazer individualista, a qualquer preço, que leva ao isolamento e ao culto do superego que tudo vale e se traduz num sentimento, cada vez mais generalizado, de que ou outros são dispensáveis e que cada um se pode e deve bastar a si próprio.

Estas são também as influências do pós-modernismo, já referido, que, emergindo com as grandes transformações sociais da década de 60, nas ciências, nas artes, na comunicação, na economia, exalta a entrega ao prazer, ao narcisismo hedonista, ao individualismo e, acima de tudo, ao consumo.

O indivíduo torna-se aparentemente senhor das suas próprias escolhas, com uma infinidade de opções ao seu dispor, desde que a opção não seja o não-consumo.

Desta forma, fortemente influenciado pelo nihilismo de Nietzsche (do nada, do vazio, da ausência de valores e de sentido para a vida), que entrou em moda nos anos 70, o pós-modernismo tem levado à supressão vertiginosa de valores axiológicos, como os do Bem, do Belo, do Justo, em favor da banalidade quotidiana exaltada como valor artístico, através da Arte Pop nos anos setenta, conduzindo à decadência e à negação de grandes ideias, como a de Deus, da Verdade, da Família, da Intimidade.

Os países desenvolvidos preocupam-se em produzir cada vez mais e mais rápido, facilitando o acesso imediato a todos os bens de consumo, criando assim novas necessidades e induzindo os indivíduos no sentido da gratificação e prazer imediatos, mas não respondendo às inquietações do homem, cada vez mais necessitado de família, de escola e de sociedade, que o ajudem a descobrir o seu rumo e o sentido para a vida.

Nesta linha, a ideia de que a formação das crianças e jovens depende da interacção concertada e coesa de três sistemas com funções estruturantes e criadoras de valores e laços afectivos: a família, a escola e a comunidade, foi totalmente destruída

A comunidade tornou-se demitida e anónima, em que cada um ignora e se desresponsabiliza pelo que acontece ao outro.

A família já não tem tempo para estar junta e não encontra espaço para a realização e partilha de experiências.

À escola é apenas exigido que controle, que normalize, que transmita conhecimentos, que venda o produto equivalente ao conteúdo dos livros e manuais escolares, cuja qualidade se mede pelo número de aprovações ou aproveitamentos conseguidos ao longo do ano, e em que os produtores se ocupam da qualidade do produto,

e não da participação no processo educativo e do desenvolvimento pessoal dos jovens, esse riquíssimo e fundamental papel destinado a apoiar o seu crescimento e amadurecimento.

Neste cenário de distanciamento e de inexistência de relação entre estes sistemas, não é possível a criação de laços de confiança, de estima e de pertença que, aliados à racionalidade, à consciência de si e ao esforço individual e colectivo, tornam o indivíduo capaz de elaborar e investir num projecto pessoal de vida, de prever e calcular os resultados de suas atitudes e comportamentos, adquirindo o auto-controle necessário e garantindo a consecução de um prazer conquistado, de uma satisfação duradoira e estável e, conseqüentemente, de um sentimento de realização e felicidade naturais.

Em vez disso, a sociedade empurra os indivíduos para o individualismo, a alienação, o “vale tudo”, o “curtir a vida”, e logo se apressa a “eleger os comportamentos aditivos como bode expiatório por excelência, causador de tudo o que de pior existe, pois nada melhor que eleger um monstro assustador como responsável pelos nossos males para nos ilibar das nossas responsabilidades na construção de um mundo melhor” (Nunes et al., 2004, p. 83).

Ao fim e ao cabo, uma sociedade de paradoxos, de incoerências e contradições: a par do confronto e da repressão, o abandono e a demissão; a par da grande riqueza, a grande miséria; a par da habitação de luxo, os bairros de lata; a par do consumo sem limites, a fome; a par da ilusão criada pela telenovela, a dura realidade; a par da euforia do divertimento, a solidão.

Nesta sociedade vivem e crescem os jovens de hoje. Deprimidos, desorientados, desiludidos com falsas promessas, irritados com a incoerência, a arbitrariedade e o domínio dos adultos, contestam e não aceitam o futuro que os espera, o papel que lhes é reservado nem a direcção que lhes é imposta.

Daí, a necessidade de olhar o problema da toxicodependência não apenas do ponto de vista do consumo de drogas e seus efeitos, sejam físicos, psíquicos ou comportamentais e dos processos que se desencadeiam, mas como um enorme déficit na construção do indivíduo e da sociedade, ou seja, na perspectiva da educação, do processo de crescimento e desenvolvimento pessoais, dos valores, das atitudes, dos estilos de vida, das crenças, das emoções e seu significado.

É preciso buscar resposta para os grandes problemas humanos e sociais do nosso tempo, abordando os aspectos axiológicos, existenciais, ontológicos e psicológicos do homem, as suas necessidades e motivações mais intrínsecas, no sentido de melhor compreender, definir e enquadrar esse fenómeno do recurso a substâncias psicoactivas, para preencher “o vazio”, para não sentir, para fugir.

Em Sanchez et al. (1982), encontramos alusão à “fome” de modelos e valores sociais e afectivos na sociedade actual, associada à problemática da toxicodependência. Advertem os autores que não se pode lutar contra a droga quando se tem uma visão mecanicista do problema e não se tem em conta que em causa estão homens e mulheres e as motivações que os levam a consumir.

Nunes et al. (2004) reforçam a mesma ideia, da ausência de valores de referência no mundo de hoje, considerando-a talvez a principal razão da toxicodependência, afirmando que a maioria dos jovens e adultos tem a sua vida centrada em falsos absolutos, o ter, o poder e o prazer. Obcecados pela necessidade de afirmação pessoal e pelo mais agradável e o mais fácil, sentem uma enorme frustração, quando não conseguem o que consideravam ser o mais importante. De facto, a sociedade de hoje centra-se muito no sucesso, a partir do que se tem e se mostra, segundo padrões de imagem e poder que a influência social e política sublinham, em busca do mais fácil em todas as situações da vida. “Uma vez que esses ‘absolutos’ se não conseguem, a vida perde sentido e envereda-

se então por soluções de facilidade onde cabem as ‘habilidades’, a corrupção ou os consumos. É claro que o consumo de drogas é uma forma de alienação e fuga, quando se esgotaram outras maneiras de alcançar o sucesso esperado” (p. 67).

Frankl (1990), ao referir-se a questões como a falta de sentido da vida, o vazio interior, o suicídio crónico, estabelece uma relação directa entre elas e o problema da toxicodependência, dizendo:

Pense-se no perigo que, na perspectiva psicológica, pode representar o facto de a nossa população mais jovem se auto-entender e denominar como *no future generation*, ou seja, uma geração sem sentido e sem futuro. Pois neste seu vazio existencial ameaça proliferar aquela tríade neurótica de massas composta por depressão, adição e agressão, o que, na prática, significa suicídio, no sentido mais restrito da palavra, e suicídio crónico no sentido da drogodependência e sobretudo violência consigo mesmo e com os outros (p. 277).

Por sua vez, Andrade (1994), afirma que a exaltação, entendida como um abandono consciente do eu e um envolvimento pessoal em experiências existenciais, é apanágio do homem contemporâneo que busca desenfreadamente o prazer em alguma coisa. No entanto, apesar de viverem numa sociedade superabundante, numerosos são aqueles que não conseguem usufruir plenamente do prazer de viver.

Na mesma linha, Fleming (2001) lembra que, sendo o toxicodependente o produto mais bem acabado de uma sociedade onde progressivamente o valor dos laços e das relações afectivas se vai perdendo e que elegeu o químico e o consumo como caminhos de felicidade, se confronta com a incapacidade de reconhecer qual a sua verdadeira «fome», sendo compelido a procurar relações, onde a aceitação, a confiança, a estima e a pertença, de facto, não estão presentes, e assim vai crescendo na grande ilusão de independência, mas, na realidade, o grau de dependência é cada vez maior.

É, pois, partilhando a ideia que, sendo a toxicodependência um problema humano que afecta a pessoa em todos os âmbitos do seu desenvolvimento, só é possível compreendê-lo e estudá-lo a partir do seu enquadramento na problemática das transformações sociais ocorridas nas últimas décadas e tendo em conta os diversos factores que nele intervêm, os individuais, os familiares e os sociais, mas com especial enfoque na família, pois é ela, como afirmam Ciotti e Vaccaro (1985), a primeira experiência de vida em comum, o lugar onde é vital crescer e estar e onde se aprende a preparação para a vida.

Capítulo 2

A Família: Importância e Condicionamentos

2.1. O Lugar e a Importância da Família

Tentar compreender a toxicodependência sem olhar atentamente e em primeiro lugar o «berço» onde nasce e cresce o indivíduo que mais tarde se pode vir a tornar dependente, seria, em nosso entender, para qualquer investigador, uma lacuna imperdoável.

No entanto, no estudo da toxicodependência, nem sempre se deu a devida importância à análise da família, enquanto factor determinante no crescimento e estruturação do indivíduo.

Durante muito tempo parece não ter havido verdadeiro consenso sobre se o ambiente familiar pode exercer influência directa na génese da toxicodependência ou se, pelo contrário, são os comportamentos do toxicodependente causa de distúrbios no seio da família.

Claro que, como a atenção se foi centrando fundamentalmente nos aspectos de carácter remediativo, descurando quase por completo os de efeito preventivo, toda a intervenção contemplou muito mais os primeiros, em detrimento dos segundos.

No início dos anos 90, o organismo governamental de combate à droga de então, “Projecto Vida”, promovia cursos para pais, cujo objectivo era fundamentalmente alertar e ensinar os pais a saberem lidar com o problema da toxicodependência após o seu aparecimento nas suas famílias.

Os primeiros grupos de auto-ajuda, os Alcoólicos Anónimos e, posteriormente, os Narcóticos Anónimos, surgem da necessidade de ajudar pessoas já afectadas pelo problema a saírem dele, pela manutenção da abstinência.

Patrício (1991), ao abordar a questão do relacionamento do indivíduo, afectado pelas drogas, com a família e a sociedade, afirma que o toxicodependente, tem habitualmente relações menos sadias com a família e com a sociedade, mas cabe-lhe a ele alterar esse tipo de relações e só ele poderá fazê-lo, tratando-se.

Hapetian (1997) debruça-se fundamentalmente com a questão: “Que fazer quando há um toxicodependente na família” (p. 147), dando indicações de como perceber porque um filho se droga, o que fazer, quem pode ajudar, como proteger-se.

Actualmente, porém, parece caminhar-se para uma visão sistémica e integradora do problema, isto é, de forma a compreender que tanto pode a família e modo de interagir dos seus membros estar na origem do problema, como ser afectada pelo aparecimento de comportamentos e situações relacionadas com o consumo de drogas de um ou mais dos seus elementos, ou de influências externas de outros sistemas e subsistemas do meio social.

A abordagem sistémica aplicada à família vai buscar as suas raízes à Teoria Geral dos Sistemas do biólogo austríaco von Bertalanffy, cuja proposta, na afirmação de Abreu (2000), mobilizou muitos cientistas a estudar os sistemas não mais como um aglomerado de partes, mas como entidades em interacção permanente.

Desta forma, enquanto a abordagem tradicional via a família como o somatório das pessoas que a compõem, a abordagem sistémica observa-a através das interações dos seus membros, até porque, dentro de qualquer sistema social o que se mantém são mais as interações entre os elementos que o compõem e não tanto as pessoas em si.

Azevedo (2008), faz também referência a von Bertalanffy e à influência da sua teoria no mundo científico, designadamente nas áreas das ciências humanas e sociais, e advoga a necessidade de olhar a família na perspectiva sistémica. A família é vista como um sistema em que os seus membros são considerados também eles sistemas e subsistemas de sistemas mais amplos, sendo pois necessário estabelecer as fronteiras entre os diferentes papéis e funções (parental, conjugal, fraternal), de forma a garantir a diferenciação individual entre todos os membros da família.

Na mesma linha, Cerveny (1994) afirma que a família, sendo um grupo de muita especificidade, não pode ser encarada apenas como um somatório dos seus membros, mas engloba todo o contexto circular de interacção e comunicação, onde o comportamento de um afecta o sistema e é afectado pelo comportamento dos demais. Além disso, sendo a família entendida como um sistema aberto, interage com o meio, no qual pode exercer a sua influência e ser, por sua vez, influenciada por ele.

Por outro lado, a família é também entendida como uma organização onde se definem papéis e funções e, portanto, onde é necessário considerar a existência de uma hierarquia que subjectivamente defina as relações de poder entre os seus membros.

A perspectiva sistémica veio, pois, permitir olhar a família como um sistema aberto, múltiplo e dinâmico e conduzir a uma compreensão da mesma nos seus diferentes contextos, o histórico, o social, o cultural, o económico, o afectivo, o religioso, já que as várias gerações deixam as suas marcas no histórico familiar, desenvolvendo e perpetuando papéis e padrões de funcionamento, em que os valores e normas familiares são derivadas

das experiências transmitidas das geração anteriores, mas também das influências do mundo actual.

Para uma adequada e bem sucedida prevenção da toxicodependência é, pois, necessário pôr o enfoque na família, pois é nela e a partir dela que se desenvolvem os processos de crescimento e maturação dos indivíduos, a partir do momento da sua concepção, passando pelas diferentes fases, da primeira infância à idade adulta, até que o processo de autonomização de encontre devidamente delineado e ancorado.

Para isso, segundo Tavares et al. (2007), não basta conhecer as substâncias e seus efeitos ou os comportamentos desajustados do “drogado” e as suas interferências na vida familiar e social. É imprescindível acompanhar as dificuldades psicossociais de cada criança e de cada jovem e ter em conta todos os factores que interferem no seu mundo e no seu desenvolvimento.

E, no mesmo sentido, trata-se de compreender que os processos de desenvolvimento psicológico do indivíduo são também processos da própria família em que o mesmo se insere, a qual, sendo um organismo dinâmico, deve ter a capacidade de se adaptar aos novos tempos e circunstâncias, isto é, às necessidades de cada um dos seus elementos, ultrapassando a rigidez de estilos educativos e de formas de pensar a que muitas vezes se encontra fixada.

Para Nunes et al. (2007), é através de um trabalho de educação integral que permita à pessoa saber o que quer, como vai alcançá-lo e como se vai sentir realizada no sonho que procurou, que se vencerá na sociedade o flagelo da droga, sendo este, portanto, o meio preventivo por excelência.

A prevenção pressupõe, pois, um processo educativo, ou seja, a formação completa do indivíduo. É necessário educar para as escolhas, para a tomada de decisão, para os valores fundamentais à realização. É um processo personalizado, porque acompanha o

indivíduo na sua realidade concreta, exige um diálogo permanente sobre o positivo e o negativo das situações, respeita a liberdade do indivíduo e implica a transmissão de valores, como verdade, justiça, solidariedade, perdão, partilha e paz, e levará certamente a situações e vivências novas, onde a droga não tem mais lugar.

Por isso, investigar as interações familiares e em que medida elas influenciam as vivências e o comportamento de cada um dos seus membros, com especial incidência na adolescência – idade do crescimento por excelência em que se operam mudanças significativas na vida dos indivíduos e, portanto de maior vulnerabilidade – é tarefa indispensável para quem pretende ir à raiz do problema e compreender as sua verdadeira etiologia.

A este propósito, Cury (2004) alerta para o facto de que não basta que os pais se limitem a cuidar do bem-estar físico, fisiológico e social dos filhos, sob pena de estarem a produzir crianças e jovens ansiosos, alienados, autoritários e angustiados. É preciso que se ocupem também de formar a sua personalidade, ensinando-os a pensar, a fazer escolhas, a decidir, enriquecendo-lhes o espírito, a afectividade e o sentido da vida.

Creemos que é exactamente aqui que entra a família no seu papel principal, inalienável e primeiro de criar, fomentar e sustentar um clima emocional e relacional favorável em que esse processo seja possível e efectivo, na criação de indivíduos afectivamente estáveis e equilibrados, conscientes e livres, produtivos e responsáveis, na vida, na sociedade e no mundo, onde a toxicodependência, de facto, não tenha lugar.

2.2. Factores Favoráveis a Condutas de Risco

Nem sempre se percebe porque é que jovens, normalmente provenientes de famílias de estrato sócio-económico médio/alto e que aparentemente nunca foram expostos a situações de risco, encetam um conjunto de comportamentos desajustados que culminam no consumo abusivo de substâncias ou em actos de rebeldia e pequena/média criminalidade.

Uma primeira explicação encontramos-la em Fleming (2001) quando afirma que a derrocada surge muitas vezes na sequência de um pequeno nada: uma reprovação, a perda de um amigo, um fracasso amoroso, um irmão que é preferido. Um profundo vazio, o sentimento de desvalorização ou de rejeição invade a pessoa e a raiva e o desespero substituem o vazio: alguém ou o mundo cometeu uma profunda injustiça que tem de ser rapidamente reparada. Neste contexto, o encontro e a descoberta dos efeitos poderosos e mágicos do tóxico podem satisfazer de imediato o desequilíbrio e reparar o dano causado.

Uma outra explicação podemos vê-la na referência feita por Gaudet (2006) a factores e condutas de risco que podem contribuir para desenvolver um problema de toxicomania. Entre eles salienta a carência afectiva (agressividade e retracção), os insucessos escolares repetidos, a rigidez ou permissividade excessivas por parte dos pais, a precocidade nos primeiros consumos e o envolvimento com grupos de pares marginais.

A este propósito parece-nos oportuno considerar que o nosso método educativo, seja na família, na escola ou até na sociedade em geral, continua ainda muito mais centrado na repressão, isto é, na aplicação de castigos ou restrições, do que na firmeza, no diálogo, na coerência entre aquilo que se diz e o que se faz, na promoção da pessoa e no respeito pela sua autonomia.

Duclos (2006) afirma isso mesmo, dizendo: “A maioria dos meios educativos adota e coloca em prática uma disciplina mais repressiva do que incitante. Com efeito, as intervenções educativas estão, em geral, mais orientadas para a repressão dos comportamentos incômodos ou perturbadores do que para o encorajamento dos comportamentos positivos” (p.78).

Tudo isto nos leva a considerar que, as crianças e os jovens de hoje, sujeitos que estão a influências negativas da mais diversa ordem: pressão dos pares, envolvimento em relações ocasionais, manipulação dos adultos, acesso fácil e imediato a todo o género de informação, entre outras, se não tiverem um ambiente familiar, onde se sintam aceites, compreendidos, seguros e amados e onde aprendam a conhecer os seus limites, crescerão psicologicamente frágeis vulneráveis.

Também as famílias de hoje apresentam um grau elevado de vulnerabilidade, decorrente das transformações a que estão sujeitas e aos problemas delas resultantes, como descrevemos em 1.3.

Neto (1996) referindo-se a um estudo realizado por Stanton e Todd em 1992, aponta características familiares comuns na toxicodependência que são disso reveladoras:

- Maior frequência de dependência química a nível multigeracional, ou seja, hábitos de consumo de álcool e outras substâncias de pais para filhos, ao longo do tempo;
- Agressividade e autoritarismo na resolução de conflitos, com alianças explícitas;
- Ilusão de independência do paciente identificado por causa do seu envolvimento com grupos de pares orientados para as drogas;
- Mães simbióticas e superprotectores na criação dos filhos, sendo o pai ausente, distante ou desinteressado;

- Incidência enorme de mortes prematuras, inesperadas e fora de tempo, bem como de separações e divórcios, originando sentimentos de perda ou de culpa;
- Manutenção dos laços familiares, através de uma fachada de desafio e independência, fazendo do consumo de drogas um processo de pseudo-individação, provocando assim a manutenção da permanência do jovem na família até tarde.

No mesmo contexto, o autor cita ainda outros estudos que chegaram a conclusões idênticas, acerca das características familiares mais comuns na toxicodependência, como Willis (1971), Amaral Dias (1980), Jafee (1985), Ausloos (1986) e Abelaira (1992).

Por seu turno, Fleming (2001) avança a hipótese de que as mudanças ocorridas nas famílias, nomeadamente o enfraquecimento do consenso social sobre os direitos e os deveres dos jovens e sobre as regras educativas, a desvalorização social da função paterna, o esvaziamento progressivo da função social da família e o seu isolamento, bem como o evitamento do conflito aberto entre pais e filhos, têm conduzido a dinâmicas familiares caracterizadas pelo esbatimento de fronteiras entre gerações e/ou, por vezes, até à sua inversão, com consequências graves ao nível da definição das funções e papéis parentais e filiais.

E, mais adiante, afirma que “as pessoas que estão no terreno sabem que em 99% dos casos, qualquer coisa se passa na infância dos que são toxicómanos, que existe um conjunto de indicadores que dão conta duma fragilidade e duma predisposição” (p. 18), indicando, com isto, que é necessário ter em conta não só o que acontece durante e após os consumos, mas no antes, ou seja, durante o processo de crescimento e desenvolvimento do indivíduo, com particular atenção para a fase da adolescência. Até porque é durante a adolescência que ocorrem e se prolongam, na maioria dos casos, os primeiros consumos de droga.

A adolescência (do latim *adolescere*, crescer, amadurecer) traz consigo sempre grandes transformações quer no plano físico quer no psicológico e psicossocial, comportamentos de contestação dos valores familiares, aquisição de um quadro valores próprio, busca de autonomia, reorganização do processo de identidade, envolvimento com grupos de pares.

Gaudet (2006) refere que, no plano físico com a actividade hormonal, surgem as primeiras menstruações e ejaculações, o pénis e o escroto crescem, a vagina aumenta de volume (características sexuais primárias), aparece o acne, o alongamento dos braços e das pernas, os seios e as ancas definem-se nas raparigas e a voz muda e os ombros alargam-se nos rapazes (características sexuais secundárias). O adolescente vai-se deparando com um corpo em mudança que já não é de criança, mas que se transforma rapidamente em adulto, tendo que aprender a habitua-se a ele e, principalmente a gostar dele.

No plano psicológico, segundo Tavares et al. (2007), o vasto conjunto de transformações corporais adquire uma dimensão central na vida do adolescente, constitui motivo de grande preocupação e pode afectar o seu bem-estar psicológico.

Do ponto de vista cognitivo, o adolescente adquire a capacidade de pensar com maior grau de complexidade, abstracção e flexibilidade mental. Pensa no futuro, constrói hipóteses, projecta, avalia. É nesta fase que, segundo Weiner (1992/1995), se processa a *formação da identidade* descrita por Erikson, como “o processo pelo qual os adolescentes mais velhos e os jovens adultos alcançam uma compreensão bastante clara e estável acerca do tipo de pessoas que são, daquilo em que acreditam e do que querem fazer das suas vidas” (p. 5). Mas tal processo coloca sempre aos adolescentes e jovens enormes desafios, perante os quais muitos podem ser levados a comportar-se de maneira inconsciente e desajustada, podendo então ter origem o que Erikson descreveu como *crise de identidade*.

Todas estas transformações se vão reflectindo na forma como o adolescente entende e organiza a sua relação com os outros. Chega o momento da separação dos pais, o desenvolvimento da autonomia e da independência, de fazer as próprias escolhas que, muitas vezes, colidem com o projecto dos pais e geram conflitos. É o período da argumentação, do desafio e da oposição àqueles que os educam e orientam.

É neste período que o grupo de pares, os amigos, *o gang*, os ídolos, adquirem um valor crescente na vida dos jovens, afastando-os cada vez mais dos pais e levando-os frequentemente à rotura com os mesmos e, conseqüentemente, à saída de casa que, como afirma Fleming (2001), é sempre factor de desequilíbrio da homeostase familiar, o que leva a família a mobilizar-se no sentido da procura de um novo equilíbrio, à custa de negociações explícitas ou implícitas entre pais e filhos.

A perspectiva da saída do jovem de casa é necessariamente causa de turbulência na família, quer a saída se dê por questões de necessidade, de prosseguir os estudos ou trabalhar, por exemplo, quer por motivos de rotura ou afastamento do ambiente familiar.

Sampaio (2001) falando das dificuldades dos pais em comunicar com filhos adolescentes e da necessidade de evitar os equívocos que, muitas vezes, se geram na relação pais-filhos nessas idades, diz que é preciso compreender, em primeiro lugar, as transformações que a família tem experimentado nas últimas décadas, mormente ao nível do tipo de educação; em segundo lugar, que os comportamentos dos adolescentes de hoje são diferentes de quando os pais eram adolescentes; em terceiro lugar, que a separação de gerações é um dos traços essenciais da família saudável, sendo, por isso, desejável que haja opiniões diferentes e confronto de ideias: e, por último, que durante a adolescência os filhos deixam de pertencer aos pais para encetarem um percurso de vida próprio, passando a ser muito mais dos namorados, dos amigos, dos encontros ou dos programas que arranjam, do que da família.

Na falta de tal compreensão podem acontecer roturas dolorosas, tanto para pais como para filhos, e estes poderão ver-se a carregar sozinhos o peso das suas carências e serem tentados a fugir, não só da família e da escola, mas de tudo e de todos. Weiner (1992/1995), referindo-se a um estudo realizado por Margaret Mead (1970), recorda os temas «alienação adolescente» e «fosso entre gerações» como consequência da modernização da sociedade e da influência dos meios de comunicação, em que a juventude de hoje se rebela frequentemente contra os desejos dos pais, rejeita os valores tradicionais, ridiculariza a autoridade, prefere o prazer e a brincadeira ao trabalho e ao planeamento, mergulhando na delinquência, no abuso de drogas e na promiscuidade sexual.

Esteves e Coelho (2007), citando um estudo realizado por Sheehan, Oppenheimer e Taylor (1988) referem que em mais de 90% dos casos, os primeiros consumos ocorrem na adolescência, fase da vida em que os problemas psicológicos são mais frequentes, embora, muitas vezes não reconhecidos. Num período em que as transições psicológicas e sociais se relacionam com a necessidade de independência, autonomia, formação da identidade e aceitação pelos pares, a vulnerabilidade aos comportamentos de risco é maior, sendo o consumo de drogas o que acarreta talvez mais consequências negativas.

2.3. Acontecimentos de Vida: Atribuições de Sentido e Reações Emocionais

Todo o ser humano é confrontado durante a sua existência com um sem número de situações e acontecimentos, com consequências determinantes para o seu percurso de vida e para o seu estado de saúde global.

Tal realidade reveste-se de crucial importância nas fases da vida em que o crescimento se processa de forma mais rápida, sendo a adolescência paradigmática a esse nível, como acabámos de descrever.

É particularmente nessa idade que um acontecimento, aparentemente sem grande significado para os adultos, a perda de um amigo, uma frustração amorosa, uma discussão com os pais, pode destruir o sentimento de segurança e de confiança, no relacionamento com pessoas adultas mais significativas, p. ex. familiares e professores, levando ao afastamento ou à rotura nas ligações afectivas, à auto-desvalorização e a múltiplas situações e condutas de risco, onde se incluem comportamentos desajustados, como furto, violência, consumo de drogas ou álcool, envolvimento com grupos de pares marginais, fuga do ambiente familiar, abandono escolar.

Serra (1999) diz que os acontecimentos traumáticos ocorridos nos estádios de desenvolvimento podem ter consequências nefastas na vida adulta, dado que os indivíduos são apanhados em fase formativa, de reorganização psicológica e social e, por isso, vulneráveis. Num período crucial de desenvolvimento, o adolescente, vítima de um ambiente familiar hostil, com pais toxicodependentes ou alcoólicos, por exemplo, pode ficar marcado no seu ajustamento futuro e tornar-se inseguro, pouco afirmativo, com dificuldade em se relacionar com outras pessoas, receoso e adquirir formas de comportamento problemáticas.

Ballone (2006) afirma que são cada vez mais os profissionais de saúde que se confrontam com solicitações de estudo e intervenção em necessidades de crianças e adolescentes expostos a acontecimentos traumáticos, individualmente ou em grupo, na medida em que existe um elevado risco de desenvolvimento de problemas psicológicos e comportamentais em consequência de vivências traumáticas ou experiências de vida stressantes.

Importa, porém, considerar que os indivíduos não reagem de igual maneira aos mesmos factores de stresse. Depende sempre do significado que cada um lhes atribui, ou

seja, dos factores perceptivo-cognitivos e também das estratégias adaptativas individuais e das ajudas externas.

Doron e Parot (2001) referem que os acontecimentos de vida adversos, constituem fontes de stresse, pelo que obrigam os indivíduos a reagir de forma mais ou menos intensa para se ajustarem a eles, sendo que o impacto provocado depende das estratégias de ajustamento individuais e dos recursos sociais disponíveis, ou seja, as estratégias de *coping*, como veremos mais adiante.

Ogden (2004), ao analisar o stresse e a sua influência na vida dos indivíduos, reporta-se à teoria dos acontecimentos de vida, desenvolvida a partir de uma escala (a *Schedule of Recent Experiences*) criada por Holmes e Rahe (1967), com o objectivo de estudar o stresse e as mudanças com ele relacionadas e avaliar a relação entre os elementos stressores e o estado de saúde. Partia-se do princípio que, perante determinada experiência causadora de stresse, se a resposta fosse apropriada, o resultado seria um estado de saúde. E se a resposta fosse desajustada, o resultado seria um estado de doença.

Entretanto, surgiu a argumentação de que as experiências de vida não podem ser avaliadas, de per si, como negativas ou positivas, independentemente da interpretação que o sujeito dá às suas vivências. Assim, começou-se a dar importância à classificação individual, ou seja, ao significado que o sujeito lhes atribui, até porque a mesma situação (uma separação, por exemplo), se para um pode significar perda ou fracasso, para outro pode ser sentida como um ganho, na medida em que se libertou de um peso.

Segundo a mesma autora, a teoria dos acontecimentos de vida aparece assim directamente relacionada com o desenvolvimento dos modelos de stresse, desde o de Cannon e Selye (1932) que conceptualizavam o stresse como uma resposta automática a um stressor externo, até ao de Lazarus (1975), cujo entendimento era que o indivíduo não responde passivamente ao mundo exterior, mas interage com ele, de forma a que o mesmo

elemento, objectivamente stressante, pode ser vivido e avaliado de forma diferente, conforme o sujeito.

Anaut (2005) afirma que “é em função não do número ou da importância objectiva dos acontecimentos negativos da vida que se poderá calcular o *stress*, mas dos aspectos subjectivos ou *stress percebido*” (p. 25), introduzindo desta forma a questão da vulnerabilidade individual. Para a autora os percursos de vida destrutivos constituem para o indivíduo situações de crise, sendo esta definida como um transtorno psíquico perante transformações de origem interna (intrapésíquicas) ou externa (acontecimentos de vida) que implicam sempre uma reorganização.

No plano intrapésíquico, qualquer situação nova pode pôr em causa o equilíbrio psíquico do indivíduo, mas situações extremas provocam uma situação de crise que irá pôr à prova os factores dinâmicos e económicos internos. Haverá traumatismo quando o indivíduo se encontrar sob uma intensidade emocional que ultrapasse as possibilidades de integração psíquica e quando os mecanismos de defesa mobilizáveis não forem suficientes para o proteger. Assim, poderá ficar desorganizado pela intensidade emocional de um acontecimento brusco, mas também face às carências ou acontecimentos adversos que, pela sua acumulação, constituem uma intensidade traumática no contexto de vida em que se encontra.

Neste contexto, parece-nos importante fazer referência a dois conceitos que não podem ser dissociados desta problemática. São eles a capacidade de resiliência e as estratégias de *coping*.

De facto, os estudos apontam no sentido de que a população que estudamos é particularmente sujeita a situações e vivências traumáticas na infância e na adolescência, resultantes, em primeira linha, do ambiente familiar, mas também do meio social em que vivem e crescem (Neto, 1996). Além disso, é uma população afectada a atribuir significado

negativo, por vezes de forma desajustada, aos acontecimentos de vida adversos, que implicam alguma contrariedade ou perda, por exemplo, criando um estado emocional que não consegue controlar através dos próprios recursos internos (défice em estratégias de *coping*), sendo que, na maioria das vezes, também não recorre aos meios sociais disponíveis mas sim, em contrapartida, a comportamentos de alienação e de fuga (consumo de drogas, por ex.), não conseguindo manter o equilíbrio e o positivismo psíquico e emocional desejáveis (baixa capacidade de resiliência), não sendo, por isso, bem sucedida, nas diferentes situações (Andrade, 1994).

Em Serra (1999) encontramos referência a um estudo realizado por Lazarus e Folkman em que o *coping*¹ é definido como representando o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais realizados pelo indivíduo para lidar com exigências específicas quer internas quer externas que são avaliadas como ultrapassando os seus recursos e, por isso mesmo, indutoras de stresse.

No já mencionado estudo organizado por Siqueira, Jesus e Oliveira (2007) é referido que existem diferenças individuais nas estratégias de *coping* utilizadas e que estas dependem de diversos factores. Por exemplo, os sujeitos com uma boa auto-estima, tendentes a uma atitude optimista perante a vida, com relação familiar estável, com boas relações sociais e bem integrados no meio, são menos vulneráveis ao stresse do que outros em que essas condições não se verifiquem.

Estreitamente ligada à ideia de *coping* está a de resiliência definida por Anaut (2005) como a arte de se adaptar às situações adversas da vida, desenvolvendo capacidades ligadas aos recursos internos (intrapíquicos) e externos (ambiente social e afectivo) que permitem aliar uma construção psíquica positiva à inserção no meio. Segundo autora, a resiliência (termo francês, originário do latim, e habitualmente usado na física para

¹ Termo derivado do francês, mas introduzido na língua inglesa pelos nobres da corte.

designar a resistência dos materiais a choques elevados e a capacidade de absorverem a energia sem se modificarem) pressupõe dois processos. O primeiro consiste nas modalidades de resistência ao stresse e, portanto, na capacidade de enfrentar, enquanto o segundo tem a ver com a capacidade de prosseguir o desenvolvimento e aumentar até as competências em situações adversas. Sendo certo, porém, que ambos dependem da compreensão do sujeito sobre os problemas, do sentido que lhes atribui e da correspondente reacção emocional.

No supra citado estudo organizado por Siqueira, Jesus e Oliveira (2007) é dito que nas últimas décadas se têm multiplicado as investigações que procuram compreender e analisar porque é que alguns indivíduos são capazes de enfrentar as adversidades com grande capacidade de adaptação, enquanto outros não. Segundo os autores, essa “força”, denominada resiliência é o processo que permite ao indivíduo resistir às situações adversas com que se depara no seu dia-a-dia.

Os processos cognitivos e as reacções emocionais perante determinado acontecimento de vida são indissociáveis e interdependentes. Com efeito, Moniz (1999) afirma que o significado pessoal atribuído a um determinado acontecimento (p. ex. desvalorização, perseguição, dúvida) depende dos processos cognitivos e estes determinam a reacção emocional a esse acontecimento (p. ex. raiva, perda, medo). E afirma também que emoções e cognições, embora constituindo-se em sistemas estruturais separados, estão interrelacionados, não sendo possível determinar a precedência de umas sobre as outras, pois interagem num dualismo circular - o dualismo emocional-cognitivo.

No mesmo sentido, Abreu (1994) afirma que perante uma situação de ameaça, por exemplo, quer a atitude seja de enfrentamento ou de fuga, a reacção depende sempre da avaliação do sujeito, ou seja, do significado que o mesmo lhe atribui: “Uma avaliação inadequada pode levar a uma reacção imprevisível. Neste caso, tanto a luta como a fuga,

em circunstâncias desfavoráveis, constituirão uma reacção patológica” (p. 174). Se a situação for de perda, a reacção, segundo o autor, é quase sempre de tristeza e, portanto, de luto, sobretudo quando se trate de pessoas significativas, podendo até levar a um quadro depressivo. Quanto às vivências de isolamento, o autor refere que elas podem significar perda de liberdade ou autonomia e implicar graves perturbações emocionais devidas ao sentimento de solidão e abandono, provocando até alterações nos principais ritmos biológicos do sono, da alimentação e da actividade, bem como desorientação, alucinações e delírio. Também aqui a reacção comportamental pode ser a de fuga à situação (consumo de drogas, por exemplo).

Outros estudos (Sequeira, Casanova e Silva, 2009) aludem a emoções que, pela relevância que o nosso estudo demonstra, nos importa aqui mencionar. A vergonha, por exemplo, é das emoções que mais acompanha os indivíduos durante a vida e sente-se, sobretudo, quando se tem que mostrar à pessoa ou ao grupo a que se pertence que não se consegue estar à altura das suas normas e grau de exigência, pelo que a reacção é, normalmente, a de se esconder ou evitar. Já a raiva, embora entendida como emoção negativa, pode ser bastante saudável e até indispensável à nossa sobrevivência. O problema é quando nos sentimos fracos e frustrados por termos que reconhecer os nossos limites, sendo a reacção a de agressividade contra outros e até contra nós próprios.

Lembre-se, a este propósito, que, de um certo ponto de vista, o acto de consumir drogas, designadamente por via endovenosa, pode ser considerada uma forma de auto-agressão.

Ao abordar este tema da atribuição de significado e das reacções emocionais face a situações adversas e das suas implicações na vida dos indivíduos, não podemos deixar de fazer referência ao contributo da psicologia da saúde, bem como a algumas abordagens,

designadamente, a centrada na pessoa, até porque é no âmbito das mesmas que se insere a nossa formação mais recente e o presente trabalho.

A psicologia da saúde, tratando-se de uma área emergente na investigação em psicologia, abre novas perspectivas na forma de entender o funcionamento dos indivíduos, não no sentido da doença e do negativo, mas da saúde e do positivo, isto é, não da saúde que já perdeu, mas da saúde que ainda possui e dos meios de que dispõe para a promover. Em Siqueira, Jesus e Oliveira (2007) encontramos a confirmação disso mesmo, ou seja, de que a psicologia da saúde é um domínio recente da investigação em psicologia que se caracteriza por uma abordagem preventiva e da promoção da saúde e não apenas remediativa ou de resolução de situações de doença, como no caso da psicologia clínica, por exemplo. Segundo Ogden (2004), a psicologia da saúde, distanciando-se do modelo linear de saúde, sugere que os seres humanos devam ser encarados como sistemas complexos e que na origem da doença não está um único factor causal, mas uma multiplicidade de causas, onde intervêm e se combinam factores de ordem biológica, psicológica e social. Nesta perspectiva, o indivíduo já não pode ser visto com uma vítima passiva, mas responsável activo, não só pela modificação de seus comportamentos e estilos de vida, como também pela adequação de suas crenças, estratégias e recursos disponíveis.

O tradicional modelo dualista saúde/doença que sugeria a separação entre mente e corpo vem dar lugar a uma abordagem holística da saúde, sendo a pessoa entendida como um todo em que mente e corpo interagem num *continuum* permanente que vai do estado de saúde ao de doença e vice-versa.

A psicologia da saúde aponta, pois, caminhos novos para a compreensão e resolução dos problemas sociais do nosso tempo, tais como o stresse, a ansiedade, a violência, carências de toda a ordem, a falta de sentido da vida e, conseqüentemente, também a toxicodependência, dando relevo à compreensão das emoções e sua vivência, à

capacidade de resiliência e estratégias de *coping* e ressaltando a importância do estudo dos factores de protecção e de risco, na justa medida em que se preocupam com a forma de promover os primeiros e prevenir os segundos.

Também a teoria subjacente à Abordagem Centrada na Pessoa dá, neste mesmo sentido, um contributo importante, uma vez que coloca o enfoque no potencial humano existente no interior dos indivíduos, bem patente, no princípio orientador de Rogers (1983) em que “Os indivíduos possuem dentro de si vastos recursos para a autocompreensão e para a modificação dos seus autoconceitos, das suas atitudes e do seu comportamento autónomo” e que “estes recursos podem ser activados se houver um clima, passível de definição, de atitudes psicológicas facilitadoras” (p. 38). Atitudes essas que Prouty (2001), fazendo referência a Rogers (1963, 1978) diz deverem ser entendidas como uma articulação entre aceitação incondicional positiva, empatia e congruência, que no seu conjunto, ajudam a facilitação da actualização de si mesmo ou da tendência formativa de si mesmo.

Ainda no mesmo contexto, parece-nos importante fazer alusão a um outro conceito, também emergente em psicologia, relacionado com o processo de interdependência dos mecanismos compreensivos e das reacções emocionais na vida dos indivíduos, que é o da “inteligência emocional”. Conforme descrito em Martín e Boeck (1999), a moderna investigação sobre a inteligência atribui um papel importante ao conhecimento que os indivíduos têm de si mesmos e à sua sensibilidade perante terceiros, aquilo que Gardner (1983) designara inicialmente por inteligência intrapessoal e interpessoal e que, no início dos anos noventa, os psicólogos Salovey e Mayer (1990) denominariam “inteligência emocional” conceito que, segundo eles, abarca cinco qualidades fundamentais: o reconhecimento e compreensão das próprias emoções, a capacidade de as controlar, o

saber utilizar os recursos pessoais e sociais existentes, saber pôr-se no lugar dos outros e criar relações sociais positivas, de forma a melhorar a qualidade de vida.

Tais contributos colocam-nos, de novo, na linha de partida do nosso estudo de que é na mudança de perspectiva em relação à abordagem da toxicodependência, rompendo com os modelos tradicionais que entendem o consumo de drogas como doença, que a investigação e a intervenção se tornam mais actuais e necessárias.

Ora, tendo vindo a realizar uma já longa experiência profissional na ajuda a pessoas com problemas de toxicodependência, no âmbito de uma comunidade terapêutica, decidimos dedicar o próximo capítulo deste trabalho às comunidades terapêuticas, enquanto meio privilegiado e eficaz de aproximação às relações sociais e à integração comunitária, onde estão presentes todos os aspectos que fazem parte do quotidiano dos indivíduos e as dimensões essenciais da relação humana estruturante: a confrontação, o feed-back, o afecto e a partilha. Viver em comunidade é viver em solidariedade com o outro e é também ter a possibilidade de experimentar um sentimento de reciprocidade existencial (Nunes, 2001). Nas comunidades terapêuticas são, pois, asseguradas as condições facilitadoras da actualização de potencialidades, do auto-conhecimento, da auto-estima e da procura de um sentido para a vida. E a família é sempre chamada a envolver-se no processo para que, beneficiando dele, o integre na sua reorganização e possa vir a assumir o seu papel de primeiro suporte afectivo e social na vida dos indivíduos.

Capítulo 3

As Comunidades Terapêuticas

3.1. Origem e Evolução das Comunidades Terapêuticas

De acordo com Nunes (2001) a evolução histórica das comunidades terapêuticas deu-se a partir do fim da segunda guerra mundial, no âmbito do chamado Movimento de Saúde Mental Comunitária, cuja ideia base era a contestação à forma como a organização psiquiátrica da época perspectivava as suas acções na relação com o doente mental. Já durante a guerra, tinha surgido a necessidade de dar uma ajuda rápida aos soldados que apareciam com perturbações psiquiátricas e psicossomáticas e, a esse nível, as comunidades terapêuticas revelaram-se uma alternativa de tratamento e de readaptação, em regime residencial, fora dos hospitais psiquiátricos tradicionais.

Assim, o movimento das comunidades terapêuticas surge, como concordam Kooyman (1993), Nunes (2001) e Dias et al. (2001), a partir da ideia de Maxwell Jones em Inglaterra, durante a Segunda Guerra Mundial, que consistia basicamente em transformar o sistema administrativo do hospital que dirigia, assente numa estrutura hierarquizada, num modelo de gestão democratizada em que médicos, enfermeiros, pessoal auxiliar e os próprios doentes eram chamados a participar, capitalizando assim, de forma consciente, todos os recursos da comunidade hospitalar para o tratamento. Esta concepção assentava

em três aspectos fundamentais: tornar as relações mais flexíveis e informais; adoptar como elemento terapêutico a interacção no grupo, através do confronto diário, na chamada reunião comunitária, em que devia participar toda a comunidade hospitalar; introduzir actividades de carácter educativo e lúdico, como meio para o treino de aptidões e competências pessoais e sociais.

Nunes refere que (2001) a proposta de Jones consistia em considerar como factor terapêutico potencial o ajustamento relacional e o auto-conhecimento, desenvolvidos na relação interpessoal de técnicos e pacientes, mas também dos pacientes entre si, na vida em comunidade. “O doente pode ser um elemento terapêutico tanto para si mesmo como para os outros pacientes, através da relação que se estabelece (doentes e pessoal de assistência) no seio da comunidade terapêutica” (p.61).

Este modelo de comunidade terapêutica veio servir de referência à criação de comunidades terapêuticas de carácter residencial extra-hospitalar para pessoas com problemas psiquiátricos, começando nos Estados Unidos (Nova Iorque) com o movimento *Synanon Games* (Kooyman (1993) e as *Daytop Village* (Dias et al. 2001) e estendendo-se progressivamente ao Canadá, França e também a Portugal (Nunes, 2001).

Assim, em 1975, existiam já nos Estados Unidos diversas iniciativas de comunidades terapêuticas para adictos (predominantemente heroinómanos), que vieram a constituir-se em organização, “As Comunidades Terapêutica da América” (Kooyman (1993). A partir daí, vários ex-residentes de *Synanon* e *Daytop* fundaram outras comunidades terapêuticas que, funcionando como grupos de auto-ajuda, tinham por objectivo preparar as pessoas para o retorno à sociedade, cujo principal impulsionador foi Casriel (1963).

Conforme descreve Kooyman (1993), perante tal evolução, profissionais de toda a Europa visitaram os Estados Unidos, viram as comunidades terapêuticas americanas e

regressaram com a ideia de iniciar projectos semelhantes nos seus países. Assim, Ian Christie, fundou a Alpha House, em 1970, em Portsmouth, Inglaterra. Alguns meses mais tarde, Griffith Edwards fundou a Phoenix House em Londres, e em 1972, a famosa ‘Emiliehoeve’ apareceu em The Hague, na Holanda.

Simultaneamente, outros movimentos surgiam também noutros países, incluindo Portugal, dos quais destacamos os seguintes:

- “Le Patriarce” que começou em 1964 nos arredores de Toulouse, onde Lucien Engelmeier, professor alemão de psicopatologia, após uma infância agitada e uma juventude marcada pela guerra e pelas prisões nazis, decidiu instalar-se numa quinta em ruínas, construindo aí a sua nova casa que cedo converteu num lugar de encontro de jovens artistas, todos mais ou menos marginalizados. Pouco a pouco apercebeu-se do consumo generalizado de todo o tipo de drogas entre eles. Conhecedor da complexidade do problema, Engelmajer lançou, pouco tempo depois, as bases da que se tornara, anos mais tarde, uma das organizações pioneiras no combate à toxicodependência (Martins, s.d.). A associação estabeleceu-se em Portugal em 1984, adoptando desde 1999 o nome Associação Dianova Portugal.

- O Desafio Jovem (Teen Challenge), movimento nascido em 1959 nos Estados Unidos, no seio da Convenção das Assembleias de Deus, chegou a Portugal em 1977 pelas mãos do Rev. Howard Foltz que, perante a expansão do problema, incentivou a Convenção a intervir nesta área, a qual se lançou, de imediato, ao trabalho numa quinta adquirida para o efeito em Fanhões, Loures, com a criação do primeiro Centro de Recuperação. O Desafio Jovem é hoje uma instituição autónoma que mantém acordos de cooperação com outras instituições e o Estado Português².

² Historia dos Movimentos Evangelicos em Portugal, em www.portalevangelico.pt

- Em 1978, a Comunidade Terapêutica “Arco-Iris”, de carácter público, nascida do então Centro de Estudos e Profilaxia da Droga (C.E.P.D.) do Centro, em Coimbra, cujos fundamentos teóricos se inspiraram nas acima referidas obra de Jones e as Daytop americanas (Dias et al. 2001).

- Em 1987, o então Director Regional do C.E.P.D. do Sul, o psiquiatra Domingos Neto que, na sequência de uma viagem à Holanda, visitou duas comunidades terapêuticas em Hoog Hullen e Breegwestee, onde o modelo Synanon aí implementado, se encontrava em franco desenvolvimento, o introduziu na recém criada Comunidade Terapêutica do Restelo (Lisboa), preocupando-se, de imediato, em encontrar os fundamentos teóricos de tal modelo, que veio a descobrir na obra de Casriel “A Scream a Way from Happiness”, como o próprio relata:

Em Setembro de 1988, caiu-me nas mãos o célebre livro de Casriel, o médico psiquiatra que tinha vivido em Synanon e fundado Daytop, «A Scream Away from Hapiness». Reli este livro várias vezes, porque descobri aí as raízes e algum fundamento teórico daquilo que tinha visto na Holanda. Em 23 de Novembro de 1988, realizei na Comunidade Terapêutica da Praça de Diu o meu primeiro Grupo de Prospecção³ (Neto, 1990, pp. 15 e 16).

- E em 1991, o Projecto Homem, movimento nascido em Itália em 1979 e inspirado também na metodologia das Daytop americanas e, portanto, nos grupos de auto-ajuda, criou o primeiro centro de recuperação em Portugal (Braga), sob a égide da Arquidiocese.⁴

³ Método terapêutico que utiliza a conversa flutuante ou o confronto focalizados num problema para chegar à expressão dos sentimentos a ele associados: raiva, tristeza, medo.

⁴ In <http://www.fcm.org.pt/contribuicao.asp?id1=6&id2=23>.

3.2. Conceito e Principais Objectivos de uma Comunidade Terapêutica

Em Kooyman (1993) encontramos uma primeira definição e o principal objectivo de uma comunidade terapêutica, inspirada no modelo de origem, o Synanon. Segundo o autor, o primeiro objectivo de uma comunidade terapêutica é o desenvolvimento pessoal que se consegue através da troca de um estilo de vida individual por uma comunidade de pessoas interessadas que, trabalhando em conjunto, se ajudam a si mesmas e umas às outras. Numa comunidade terapêutica as pessoas são membros como numa família e não pacientes como numa instituição. Membros e equipa actuam como facilitadores, dando ênfase à responsabilidade pessoal pela vida de cada um e pelo seu próprio aperfeiçoamento.

Nunes (2001), tomando como referência os aspectos propostos por Jones (1976), define comunidade terapêutica como o lugar que integra os meios que permitem otimizar os benefícios terapêuticos, os quais podem ser alcançados pelo desenvolvimento dos potenciais de adaptação cultural, de auto-realização, de criatividade e de socialização das diferentes pessoas que integram a comunidade terapêutica: doentes, famílias e equipa técnica. Nesta perspectiva, a comunidade terapêutica tem por objectivos: cuidar a pessoa doente, integrando-a num ambiente onde não seja estigmatizada; promover o envolvimento de cada indivíduo no processo terapêutico; ter em conta o valor e a qualidade das diferentes interacções surgidas entre pessoas que entram directa ou indirectamente em contacto, no contexto comunitário; valorizar a qualidade da comunicação, privilegiando a horizontalidade da mesma; iniciar o doente no processo de tomada de decisão e de responsabilização pela sua própria vida.

Segundo a autora, para atingir os objectivos enunciados, a comunidade terapêutica deve ser, para além de um meio social propício ao estabelecimento de contactos sociais favoráveis à gestão e promoção da saúde, um lugar onde a comunicação seja democrática e espontânea, no contexto do grupo, e onde possa ser experimentada a liberdade de expressão, num clima de respeito mútuo, sendo, para isso, necessário que as relações de autoridade sejam horizontais e o exercício do poder partilhado, de modo a permitir que as decisões sejam tomadas por concertação e por consenso. Na comunidade terapêutica, a acção terapêutica baseia-se, portanto, na qualidade das relações interpessoais que se estabelecem na vida quotidiana, o que permite um conhecimento progressivo de si e a utilização de estratégias relacionais mais adaptadas.

Com base em tais pressupostos, uma forma de dar resposta ao problema da droga foi a criação de comunidades terapêuticas para toxicodependentes, cujo objectivo fundamental é ajudar o indivíduo a encontrar um nova maneira de estar no mundo, mediante adesão ao processo terapêutico, adaptação ao novo contexto geográfico e social, mudança e reestruturação de hábitos e formas de funcionar, respeito pelas regras e confrontação com os limites externos e internos, descoberta de novos centros de interesse e actividade, desenvolvimento de estratégias adequadas na forma de lidar com o stresse em situações de frustração e angústia, aceitação da autoridade e integração de novos valores na sua vida.

Para Neto (1990) uma comunidade terapêutica para toxicodependentes não é ainda a vida, mas pode ser uma boa preparação para tal. É não só uma casa onde se aprende a levantar cedo e a ter vontade de trabalhar, mas é, sobretudo, “um meio continente e um espaço transitivo onde, mediante terapias adequadas, os jovens internados (residentes) mudam o estilo e as características das suas relações de objecto. Ascendem a uma

consciência mais plena de si próprios e uma maior sensibilidade, poder e bondade sobre eles mesmos e sobre os outros” (p. 25).

3.3. Principais Modelos de Intervenção em Comunidades Terapêuticas

Como se sabe, as comunidades terapêuticas para toxicodependentes, de modo geral, fiéis talvez ao modelo inicial e segundo a lógica da política, da sociedade, da medicina, da psicologia, designadamente as correntes behaviorista e psicanalítica, e até da religião, sempre adoptaram modelos, cujo objectivo tem sido o “combate” à droga, inimigo a abater, segundo uma visão um pouco maniqueísta do bem e do mal, combate esse representado na consecução e manutenção da abstinência e na eliminação dos comportamentos patológicos associados ao consumo, deixando ao abandono as questões relacionados com os valores, o processo educativo e as aspirações mais intrínsecas do Homem, incluindo a intimidade e as relações.

Manuela Fleming (2001) é peremptória em afirmar que, até hoje, se tem assistido à crescente proliferação de modelos teóricos oriundos dos mais diversos quadrantes, mas nenhum coerente e capaz de compreender a toxicodependência não apenas como um comportamento desviante, mas que “o toxicodependente é, por assim dizer, o produto mais bem acabado de uma sociedade onde progressivamente o valor dos laços e das relações afectivas se vai perdendo e que elegeu o químico e o consumo como valores de felicidade” (p. 13).

Como atrás ficou dito, as intervenções em toxicodependência, designadamente no que se refere a adolescentes e jovens, são relativamente recentes, pois só há pouco mais de

vinte anos se intervém de forma mais específica e continuada junto deste tipo de população.

Segundo Gaudet (2006), os modelos de intervenção começaram por ser copiados dos que, até então, eram utilizados nos adultos e, portanto, particularmente centrados nos aspectos relacionados com o consumo de substâncias, seus efeitos e consequências, quer no próprio indivíduo, quer nos contextos sociais em que se insere, elegendo como objectivo fundamental a manutenção da abstinência e a adesão aos programas terapêuticos para aí direccionados, sejam de carácter ambulatorio, ocupacional ou residencial. A autora enumera, em síntese, alguns desses modelos:

- O modelo bio-médico, incluindo o psiquiátrico, segundo o qual a cura da toxicodependência consiste na paragem dos consumos e manutenção da abstinência, por um lado, e no diagnóstico e acompanhamento médico-medicamentoso das patologias psiquiátricas associadas, por outro, no qual se insere a abordagem psicanalítica sobejamente conhecida;

- O modelo resultante das teorias behavioristas entende a toxicodependência como um conjunto de comportamentos aprendidos, suas consequências e acontecimentos a eles subjacentes, sendo a intervenção direccionada fundamentalmente para a análise e mudança comportamental e para a busca de estratégias de adaptação;

- O modelo ético-religioso ou abordagem moral, segundo o qual o consumo é resultado de uma fraqueza moral do indivíduo. Daí a sua orientação para a transcendência e o alcance da paz espiritual, levando à tentativa de substituir a droga pela exegese de vida e adesão a uma crença religiosa;

- O modelo da auto-ajuda (Alcoólicos Anónimos e Narcóticos Anónimos) que, influenciado pelas acima referidas Daytop americanas e pelo modelo psiquiátrico, considera a toxicodependência como uma doença incurável, sendo apenas possível manter-

se abstinente através da ajuda do grupo, devendo o sujeito considerar-se toda sua vida em recuperação;

- O modelo social, cuja concepção é que as condições sociais precárias em que o indivíduo vive (pobreza, desemprego, pais separados, conflitos sociais) o levam a consumir, como tentativa de adaptação às dificuldades;

- O modelo psicológico considera o consumo como uma resposta a um qualquer desequilíbrio psicológico do indivíduo. Portanto, o acto de consumir é uma tentativa de recuperar o equilíbrio e, dessa forma, sobreviver;

- O modelo sistémico defende que o consumo de drogas é sintoma de uma disfunção familiar. Através do consumo o indivíduo passa a funcionar como elemento estabilizador da balança homeostática familiar, na tentativa de evitar a rotura (Fleming, 2001);

- E, mais recentemente, sobretudo na Europa, o modelo pragmático da minimização de riscos e redução de danos vem colocar no centro de toda a problemática a questão da saúde pública para a qual os toxicodependentes constituem uma verdadeira ameaça, devido, sobretudo, ao risco da transmissão das doenças infecto-contagiosas.

- Além destes, queremos ainda mencionar o modelo baseado na filosofia e psicologia humanistas, cujos principais defensores, citados por Tavares et al. (2007), são Rogers (1967) e Maslow (1968) que consideram que as pessoas são capazes de fazer escolhas acerca das suas próprias vidas e, por isso, tentam maximizar o potencial humano porque acreditam que todos os indivíduos desfrutam de um potencial de crescimento pessoal e de uma orientação positiva. Estreitamente ligada a esta corrente está a filosofia existencialista, na qual se baseiam, conforme Nunes (2001), as terapias existenciais, como a logoterapia de Frankl (1990) e a terapia centrada no cliente de Rogers (1951).

É este o modelo seguido actualmente na comunidade terapêutica onde exercemos a nossa actividade profissional e realizamos o presente estudo, ou seja, a Comunidade Terapêutica Encontro, iniciativa da Caritas Diocesana de Coimbra (IPSS, da qual falaremos mais adiante e com mais detalhe.

II Parte

Estudo Exploratório

Capítulo 4

Definição do Problema e Perspectivas de Investigação

4.1. Delimitação do Problema

Como atrás ficou dito, as intervenções em toxicodependência, designadamente no que se refere a adolescentes e jovens, são relativamente recentes, pois só há pouco mais de vinte anos se intervém de forma mais específica e continuada junto deste tipo de população.

Neste contexto, parece-nos pertinente a observação que encontramos num estudo organizado por Siqueira, Jesus e Oliveira (2007) de que é preciso repensar os modelos tradicionais, cujo objectivo visa a abstinência, avaliados como pouco efectivos, por não terem em consideração a complexidade das variáveis que interferem no problema.

Na mesma linha, Fleming (2001) lembra que nenhuma teoria apareceu, até hoje, capaz de impor práticas de intervenção eficazes. De tal forma, que a crise devida à inexistência de um modelo teórico coerente e integrador de todo o conhecimento, que explique o fenómeno da toxicodependência e a sua génese, se mantém inalterável, muito embora continuem a surgir modelos oriundos de diferentes ciências, da política ao direito, da sociologia e da psicologia à medicina e à psiquiatria.

Tendo em conta tais referências que nos remetem para a necessidade de repensar os modelos existentes, cujo objectivo de baseia na abstinência das drogas, parece-nos oportuno colocar a questão de que a abstinência não seja mais do que a condição *sine qua non* para que se possa dar início a um processo terapêutico que, assente na plena consciência de si e da realidade social, permita ao indivíduo alcançar a realização e, por conseguinte, a autonomia de vida.

A questão que se nos coloca é, pois, de acreditar que, existindo um trabalho psicológico individual e grupal assente na compreensão da subjectividade da vivência das histórias de vida, escritas pelos indivíduos no contexto da comunidade terapêutica, onde se encontram libertos do efeito perturbador das drogas e das avaliações exteriores negativas, possam ser encontrados processos terapêuticos mais eficazes, correspondendo melhor às necessidades e aspirações das pessoas toxicodependentes, possibilitando-lhes encontrar um sentido para a vida mais estruturante. Daí a pertinência do nosso estudo.

4.1.1. Definição dos objectivos

Assim e tendo em conta as questões formuladas, estabelecemos como objectivos da nossa investigação os seguintes:

Averiguar se os dados sugerem uma relação entre as vivências dos indivíduos desencadeadas pelos acontecimentos de vida, designadamente os relacionados com o ambiente familiar e social, e o seu percurso para a toxicodependência e se esse facto se encontra reflectido nas histórias de vida;

Descrever como as relações familiares, os acontecimentos de vida, as condutas de risco e as reacções emocionais podem influenciar e até determinar o percurso de vida dos indivíduos;

Analisar como os indivíduos, em situação, vivenciam e interpretam as circunstâncias adversas de suas vidas, como suportam o impacto psicológico por elas provocado e de que forma as integram na sua existência.

4.2. Questões de investigação

No presente trabalho propomo-nos investigar que factores de ordem individual, familiar e socio-cultural podem influenciar o percurso de vida de um indivíduo que se torna toxicodependente.

A partir desta ideia central, formulámos as seguintes questões:

Será que no tipo de ambiente familiar e tipo de educação da pessoa toxicodependente há factores comuns que possam estar associados ao seu percurso de consumos?

Será que podemos identificar o tipo de comportamentos de risco que conduzem ao consumo?

Será que existem acontecimentos de vida negativos que têm mais impacto na pessoa que consome?

4.3. Metodologia

Pretendemos desenvolver a presente investigação utilizando a metodologia qualitativa, com base nos trabalhos desenvolvidos por Bardin (2004) e Guerra (2006).

A razão de ser de tal opção é o facto de entendermos que este é o tipo de análise que melhor se adequa ao nosso objecto de estudo, isto é, o estudo detalhado das histórias de vida, e, por isso, o elegemos preferencialmente.

Para Ruiz (2004) foi com o movimento narrativo em psicologia, impulsionado por Bruner (1986), que as histórias de vida se tornam um elemento fundamental no pensamento narrativo, pois é ao narrar as nossas histórias que vamos construindo um significado para as mesmas, encontrando assim um sentido para as nossas experiências.

Num estudo realizado por Souza (2003) é feita referência à importância que é dada hoje às histórias de vida, em diferentes áreas das ciências humanas, na medida em que é através das suas experiências e da revelação das aprendizagens efectuadas ao longo da vida, bem como dos significados que atribuem aos diferentes fenómenos que mobilizam e tecem a sua vida individual e colectiva que os indivíduos conseguem o verdadeiro conhecimento de si. Por isso, o uso das histórias de vida como objecto de pesquisa qualitativa se revela pertinente e fecundo, na medida em que nos possibilita uma compreensão do fio condutor da história da pessoa e do impacto que a vivência de determinadas situações pode ter contribuído para o início/manutenção dos consumos.

Os fundamentos da pesquisa qualitativa remontam às conceptualizações de Max Weber, que, como descreve Guerra (2006), “mergulhado numa Alemanha atravessada por apaixonados debates sobre a questão dos métodos que confrontavam as ciências da natureza e as ciências da cultura, irá defender uma nova perspectiva, fazendo da actividade social o fulcro do interesse sociológico. A análise sociológica deveria estar centrada no sentido que lhe é dado pelo(s) actor(es) que orienta(m) os seus comportamentos num contexto de racionalidades variadas em interacção com os outros” (p. 7).

As conceptualizações de Weber retomaram interesse crescente a partir dos anos 70 e emergiram com mais intensidade nos finais do século XX, conduzindo ao aprofundamento das abordagens qualitativas em ciências humanas e sociais, na busca do sentido da acção colectiva, isto é, de conhecer os sentidos e as racionalidades que fazem cada um agir e, por via disso, produzir a sociedade onde todos vivemos.

A utilização das metodologias qualitativas pelas ciências humanas e sociais tem suporte em diversas correntes teóricas e nos métodos e técnicas que delas decorrem, com especial destaque para a hermenêutica, como arte de interpretação de textos e a fenomenologia, que pretende apreender a lógica dos fenómenos subjectivos.

Bardin (2004), ao dedicar-se à análise de conteúdo, como forma de análise qualitativa, dentro da análise categorial, refere-se precisamente à hermenêutica, como arte de interpretar textos e mensagens, como antecedente remoto da análise do discurso e, portanto, da pesquisa qualitativa, enquanto faz uma revisão histórica da evolução desta técnica até ao momento actual, designadamente a influência dos departamentos de ciências políticas que, nos Estados Unidos, a partir de 1940, ocuparam um lugar de destaque no desenvolvimento da análise de conteúdo.

Para a autora esta técnica funciona por operações de divisão do texto em unidades, em categorias, segundo reagrupamentos analógicos, sendo que o processo de análise se inicia com a pré-análise, cuja primeira actividade consiste em estabelecer contacto com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações, através de uma primeira leitura – a leitura «flutuante».

Por sua vez, Guerra (2006), define a análise categorial como sendo “a identificação das variáveis cuja dinâmica é potencialmente explicativa de um fenómeno que queremos explicar”(p. 80). E, a este respeito, cita Poirier e Valladon (1983), para os quais categoria é uma rubrica significativa ou uma classe que junta, sob uma noção geral, elementos do discurso.

A mesma autora propõe, nomeadamente, que se proceda a uma leitura cuidadosa da narrativa, em que, numa primeira operação, se sublinham a cor algumas frases do texto, conforme temas e problemáticas comuns. Numa segunda operação, se faça o resumo da

leitura, registando, de um lado, uma pequena síntese da narrativa (análise temática) e, do outro, se anotem as problemáticas e o seu significado (análise problemática).

E indica como se constroem sinopses do discurso, mediante uma grelha, de forma a reduzir o montante do material a trabalhar, permitir uma visão global sobre a totalidade do discurso e suas componentes e facilitar a comparação entre as diferentes narrativas.

Também Caregnato e Mutti (2006), abordam a análise de conteúdo em pesquisa qualitativa, a partir de textos, dizendo que a maioria dos autores se refere a ela como uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objectiva produzir inferências do conteúdo da comunicação escrita, onde o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem.

É, pois, nestes parâmetros que pretendemos realizar um estudo de carácter exploratório, seguindo o método da pesquisa qualitativa - análise de conteúdo - com recurso à técnica da análise categorial, a partir da narrativa escrita de histórias de vida.

Com efeito, as histórias de vida podem ser o espelho reflexivo dos percursos pessoais desajustados que culminam nos consumos patológicos de substâncias, em que os seres humanos intervêm como autores das suas próprias histórias e construtores activos dos significados que lhes atribuem. Por isso, se tornam um objecto fértil de estudo, pelo que serão eleitas na nossa investigação como material de análise preferencial.

Para a recolha dos dados procedemos ao levantamento das histórias de vida que queremos submeter a análise de conteúdo, a partir dos processos individuais dos utentes da comunidade terapêutica onde trabalhamos.

4.3.1. População

A população a que se reporta a presente investigação é constituída por 24 sujeitos afectados pela utilização de substâncias psicoactivas, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos, que integraram ou integram o programa da Comunidade Terapêutica Encontro, valência da Caritas Diocesana de Coimbra (IPSS), em funcionamento desde Outubro de 1991, situada na vila de Maiorca, concelho da Figueira da Foz, à qual demos início e onde exercemos a nossa actividade profissional desde então, na qualidade de director técnico. Apresentamo-la seguidamente, de forma mais detalhada.

4.3.1.1. Breve caracterização da Comunidade Terapêutica Encontro

Segundo o Decreto-Lei nº 16/99 de 25 de Janeiro, “*as Comunidades Terapêuticas são unidades de internamento para estadas prolongadas...com suporte psicoterapêutico e ou socioterapêutico e apoio médico de clínica geral, com supervisão de um médico psiquiatra*”.

É neste enquadramento legal que a Comunidade Terapêutica Encontro (CTE) se constitui como uma unidade especializada no apoio psico-socioterapêutico a pessoas com problemas de uso e abuso de substâncias psicoactivas.

A unidade, licenciada pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência com capacidade para 32 camas, das quais 25 estão convencionadas por aquele instituto, adoptou durante mais de uma década, o modelo americano das Daytop que Domingos Neto importara da Holanda, como atrás ficou dito, numa lógica de que o consumo das drogas é um comportamento “aditivo” a que se associam outros, tendencialmente marginalizantes,

aos quais só é possível por termo pela abstinência completa e permanente das drogas e pela adoção comportamentos alternativos.

No entanto, conscientes da extrema complexidade do ser humano, neste caso toxicodependente, dos factores que interferem no seu desenvolvimento e aprendizagem, e da multiplicidade de fenómenos e situações emergentes da sua relação com as drogas e com os sistemas e contextos sociais que o envolvem, sempre nos preocupámos em investigar e evoluir numa atitude mais aberta e ampla no entendimento do fenómeno e nas respostas a dar.

Por outro lado, tendo recebido uma educação e formação, quer ao nível pessoal quer profissional, marcadamente influenciadas pelos valores do humanismo e do existencialismo cristãos e pelo pensamento fenomenológico e antropológico, não podíamos deixar de nos colocar muito mais numa perspectiva de compreender o toxicodependente como pessoa que precisa de crescer e se desenvolver, a fim de tornar-se capaz de encarar a vida de forma construtiva e fazer face aos desafios que a mesma lhe coloca com optimismo e eficácia, do que naquela outra que o considera um doente que precisa de tratamento e assistência, tornando-o muitas vezes dependente dessa mesma assistência, dos tratamentos continuados ou dos programas de substituição.

Assim, após um longo percurso de intervenção na CTE, de formação contínua e, sobretudo, a partir de 2001, altura em que iniciámos o curso teórico-prático⁵ em psicoterapia e *counselling* segundo uma perspectiva humanista promovido pela Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa e Counselling, pensámos ser possível adoptar uma atitude coerente com aqueles valores, no acompanhamento e ajuda aos toxicodependentes, no seu caminho da libertação das inúmeras “dependências”, ou seja,

⁵ Este curso foi introduzido e desenvolvido em Portugal pelo Professor Doutor João Hipólito, presidente honorário da Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa e Counselling - APPCPC

das múltiplas fragilidades e necessidades de que padecem e dos domínios e influências a que são vulneráveis.

Foi assim que, com a aprovação da Direcção da Caritas Diocesana e o apoio incondicional do psiquiatra supervisor e director clínico da CTE, decidimos desenvolver e dar corpo a um projecto de intervenção comunitária, que visava transformar a comunidade terapêutica, até aí a funcionar nos moldes tradicionais, num espaço de abertura, liberdade e responsabilidade de ser e de estar e, por isso, facilitador do desenvolvimento pessoal e da autonomia, com vista à consecução do sentimento de realização e felicidade e da libertação do *vazio* de que tanto falam os que utilizam drogas para *encher* a cabeça.

Apesar de todas as dificuldades e limitações, é necessário encarar os indivíduos como pessoas que, embora profundamente afectadas até ao mais íntimo de si mesmas e apesar do estado de degradação a que chegam, possuem em si enormes capacidades que, exploradas e desenvolvidas, lhes permitem recuperar a força necessária para a libertação e reencontrarem um sentido para a vida.

De facto, se, por um lado, mostram ser pessoas muito abaladas, nas quais predominam tanto sentimentos de rejeição e abandono, de desconfiança e medo, como tendência para o isolamento, para a fuga, para atingir fins sem olhar a meios, também revelam grande aptidão para a estima, para a confiança, para a responsabilidade, para a solidariedade, para o respeito, para o afecto.

Por outro lado, o não saberem como lidar com a vida e com os desafios que a mesma lhes coloca, sentirem-se sós, sem objectivos, à deriva, sem aceitação e reconhecimento, sofrerem a ameaça permanente dos problemas que vão acumulando, a pressão social, as influências do meio, o *vazio*, o tédio, e a falta de sentido torna-as ainda mais vulneráveis.

Nesta perspectiva, a CTE é hoje não uma comunidade para *tratar*, mas uma comunidade para compreender, acompanhar e facilitar o processo de autonomização das pessoas que a ela recorrem, ajudando-as, por meio de um reforço positivo de suas capacidades, aptidões e interesses, a encontrarem o seu próprio caminho e as suas próprias razões de viver.

Neste sentido, a CTE assume-se como um espaço, físico, social, humano e afectivo, em que a pessoa se pode não só recompor do mal-estar do corpo, mas também sentir-se compreendida e aceite, valorizada e útil, aprendendo a usar a sua liberdade de forma responsável e conseguir ver-se realizada e feliz, capaz de enfrentar a vida, respondendo com eficácia e optimismo aos seus desafios.

Orientando-se por um quadro de princípios e valores elaborado mediante a participação e colaboração de todos e, portanto, inteiramente assumido como o conjunto de normas básicas de funcionamento, a CTE é um ambiente colectivo facilitador, na medida em que as pessoas, num quadro de completa liberdade e aceitação, encontram forma de se afastarem da ambiência das drogas, dos conflitos e desassossego em que viveram e se integram num grupo e numa dinâmica que lhes servem de suporte.

A CTE incentiva as pessoas a serem, elas mesmas as protagonistas do seu processo, pois, no grupo em que se inserem, realizam actividades, assumem funções de maior ou menor responsabilidade, conforme as capacidades e competências de cada um, dando lugar á criatividade e interesse, num esforço partilhado, onde todos indiscriminadamente têm acesso às mesmas oportunidades.

Na CTE é hoje visível aquele aspecto fundamental referido por Rogers (1983) sobre a formação de comunidades temporárias centradas na pessoa, em que diz que “nessas comunidades, a maioria dos participantes vivencia tanto uma percepção aguda do seu próprio poder, quanto um sentimento de união estreita e respeitosa com todos os demais

membros do grupo. No desenrolar do processo, verificam-se uma comunicação interpessoal cada vez mais aberta, um senso de união crescente e uma psique colectiva harmoniosa, de natureza quase espiritual” (p. 53).

Na CTE a equipa técnica garante o funcionamento pleno da comunidade, fornece o apoio logístico e humano, acompanha, no dia-a-dia, o processo do grupo e de cada um dos seus membros, mantém o quadro previamente definido e promove a tranquilidade, a segurança, o bem-estar e o progresso de todos.

É este olhar que temos desenvolvido e transmitido na comunidade terapêutica ao longo dos últimos anos. Cremos que o vamos conseguindo, através, não só da nossa própria percepção e experiência, mas também da partilha com técnicos e residentes, onde são expressos, num clima de abertura e atenção ao outro, vivências traumáticas do passado, sentimentos contraditórios, circunstâncias assustadoras, ideias confusas, conflitos, raivas, tristezas, medos, frustrações, etc., mas também conquistas, alegrias e sucessos do dia-a-dia.

E, à medida que vamos avançando na compreensão das pessoas, verificamos que progredimos também no conhecimento de nós mesmos e que isso nos torna mais confiantes e seguros para continuar.

A CTE tem por missão prestar um serviço de excelência à população portadora de problemas relacionados com a toxicodependência e sua visão é tornar-se uma comunidade terapêutica de referência a nível nacional.

A CTE recebe temporariamente, toxicodependentes, com idade superior a 18 anos, em regime residencial de internamento prolongado.

Para a consecução dos objectivos propostos, a Comunidade Terapêutica desenvolve e assegura uma dinâmica comunitária, com base no plano geral de funcionamento da unidade, exposto em local bem visível e de fácil acesso, no âmbito da qual as pessoas

vivem e funcionam juntas, vinte e quatro horas por dia, comunicando e interagindo, mediante a execução de tarefas e actividades, seja as de carácter doméstico, como manutenção e limpeza das instalações, serviço de cozinha e lavandaria, como as de horticultura, jardinagem, trabalhos oficinais, espaços lúdicos e criativos, desporto, ginástica, passeios, etc..

A vida em comunidade é regulamentada por normas e regras de convivência, conduta e funcionamento, definidas no Regulamento Interno, a que todos têm acesso e que são amplamente explicadas, discutidas e partilhadas. Delas se destacam as chamadas regras básicas, nomeadamente, a proibição ao uso de drogas e ou álcool; a exclusão de relações promíscuas ou menos claras, em relação aos objectivos da CTE; interdição de qualquer tipo de violência ou ameaças. Promove-se a clareza e a abertura relacionais; o respeito, o interesse, o optimismo e a colaboração.

O programa tem a duração regular de 12 meses e está dividido em 4 fases:

A primeira, de duração aproximada de 1 mês, consiste no “corte” com a ambiência das drogas e na adaptação ao ambiente e dinâmica da Comunidade Terapêutica.

A segunda dura cerca de 3 meses e tem como metas a participação activa no grupo e na dinâmica; a compreensão de si e dos outros; a tomada de consciência e avaliação do passado e do caminho a percorrer no presente e no futuro; a realização de tarefas de responsabilidade progressiva; a retoma progressiva dos contactos com familiares e pessoas significativas.

A terceira decorre ao longo de 3 a 4 meses e nela os indivíduos deverão ser capazes de assumir progressivamente e funções de maior responsabilidade no grupo e na casa; progredir na capacidade de organização pessoal, ao nível das ideias, do funcionamento e da afectividade; explorar intensivamente dos recursos existentes em si mesmo e aprofundar das relações dentro da comunidade terapêutica.

A quarta fase e última é a fase da preparação para a saída, tem a duração aproximada de três meses e proporciona uma aproximação à realidade social, com suporte de um pequeno grupo e da mesma equipa técnica; busca e aprofundamento de relações positivas e consistentes fora da comunidade terapêutica; reforço das competências e capacidades adquiridas, através de uma ou mais actividades, de carácter laboral ou de formação e elaboração de um plano individual de autonomização definitiva.

4.3.2. Amostra

A amostra sobre que recai a nosso estudo é de conveniência e composta por 18 sujeitos, 16 do género masculino e 2 do género feminino que, na altura da recolha se encontravam na comunidade terapêutica, cuja caracterização desta apresentamos nas tabelas seguintes:

Tabela 1 – Caracterização da amostra por idade, género e estado civil

| | idade | n | % |
|-----------------------|------------------------|----------|----------|
| Escalão etário | 20 aos 24 anos | 1 | 6 |
| | 25 aos 29 anos | 3 | 17 |
| | 30 aos 34 anos | 4 | 22 |
| | 35 aos 39 anos | 6 | 33 |
| | 40 aos 45 anos | 4 | 22 |
| | TOTAL | | 18 |
| Género | Masculino | 16 | 89 |
| | Feminino | 2 | 11 |
| | TOTAL | 18 | 100 |
| Estado Civil | Solteiros | 9 | 50 |
| | Casados/União de facto | 2 | 11 |
| | Divorciados/Separados | 7 | 39 |
| | TOTAL | 18 | 100 |

Legenda: Distribuição do número e percentagem da idade, género e estado civil

A tabela 1 permite-nos verificar que a classe etária de 35 aos 39 anos é a mais representativa (33%, n=6), que a maioria da amostra é do género masculino (89%, n=16) e que metade da amostra se inclui no estado civil solteiro (0,5%, n= 9), sendo a classe de casados/união de facto a menos representativa (0,11%, n=2).

Tabela 2 – Caracterização da amostra por escolaridade, idade de início de consumos e droga principal

| Escolaridade | n | % | Início dos consumos | n | % | Droga principal | n | % |
|------------------------|----|-----|---------------------|----|------|-------------------|----|-----|
| 1º ciclo ensino básico | 2 | 11 | Dos 11 aos 14 anos | 10 | 55,5 | Heroína | 10 | 56 |
| 2º ciclo ensino básico | 9 | 50 | Dos 15 aos 18 anos | 7 | 39 | Heroína e cocaína | 4 | 22 |
| 3º ciclo ensino básico | 6 | 33 | Dos 19 aos 24 anos | 1 | 5,5 | Heroína e álcool | 4 | 22 |
| Secundário | 1 | 6 | | | | | | |
| TOTAL | 18 | 100 | TOTAL | 18 | 100 | TOTAL | 18 | 100 |

Legenda: Distribuição do número e percentagem do grau de escolaridade, idade de início dos consumos e droga principal.

A tabela 2 mostra-nos que metade dos sujeitos têm o 2º ciclo do ensino básico (50%, n=9), que a maioria iniciou os consumos entre os 11 e os 14 anos de idade (0,55%, n=10) portanto, na adolescência, e que o tipo de droga mais consumida é a heroína (0,55%, n=10).

4.3.3. Delineamento do Estudo

Baseando-nos na perspectiva de Van der Maren (1987), citado por Goyette & Boutin (1990) consideramos que este é um estudo qualitativo, realizado a partir de dados não métricos (análise de texto), cujo método classificamos como indutivo exploratório

assente no pressuposto de interpretação ou, mais correctamente dito, de compreensão do significado das vivências dos sujeitos em estudo.

4.3.4. Procedimentos

O facto de pertencermos ao quadro técnico da comunidade terapêutica permitiu-nos adquirir uma amostra de conveniência, escolhendo apenas indivíduos que, na altura da recolha, se encontravam na instituição e que já tinham terminado de escrever as sua história de vida. A escrita da história de vida faz parte do procedimento da instituição, sendo uma das tarefas a realizar após o ingresso na mesma. Uma vez concluída, é guardada uma cópia no processo individual, ficando o original de posse do interessado, destinado à partilha e análise nas reuniões terapêuticas, com salvaguarda, é certo, da liberdade individual.

Num primeiro momento, reunimos o grupo presente na altura na comunidade terapêutica, num total de 24 sujeitos e, após exposição detalhada do trabalho de investigação que estávamos a realizar e do interesse em compreender factores do seu percurso existencial expressos nas histórias de vida, perguntámos quem estaria disponível para que o seu texto fosse reproduzido por fotocópia e utilizado para esta finalidade. Apenas dois sujeitos ainda não tinham terminado de escrever, mas mostraram-se todos disponíveis.

A partir do arquivo dos processos individuais que se encontra no gabinete da equipa técnica e também com o consentimento da mesma, retirámos 18 das histórias de vida mais completas, sobre as quais, após supressão dos dados identificativos, reproduzimos para análise.

Num segundo momento, reunimos novamente o grupo, explicámos porque só tínhamos escolhido aquelas 18 histórias de vida e pedimos então que assinassem o consentimento informado que elaborámos (Anexo I).

Posto isto, começámos por fazer uma leitura flutuante/livre das histórias de vida que constituíam a nossa amostra (Bardin, 2007). Depois, começámos a sublinhar com a mesma cor unidades de texto com algo em comum entre si (Guerra, 2006). Seguidamente, agrupámos todas as unidades da mesma cor em níveis de análise ou categorias (Guerra 2006).

Cada um desses grupos foi, depois, subdividido em subgrupos ou subcategorias e sub-subcategorias, tantas quantas as necessárias para a uma análise o mais exaustiva possível da narrativa, chegando às unidades de sentido extraídas do texto e que citamos ente aspas e com a respectiva numeração entre parêntesis (Mutti 2005).

Limitámo-nos a assinalar e contabilizar as referências claramente expressas no texto e a agrupá-las segundo o tema a que diziam respeito, evitando assim interpretações ou inferências que pudessem, de alguma forma, comprometer ou enviesar os resultados

Escolhemos, por isso, apenas 4 níveis de análise (categorias): Ambiente Familiar/Tipo de Educação, Conduas de Risco, Acontecimentos de Vida Negativos e Consequências dos Acontecimentos de Vida Negativos.

A cada uma destas categorias atribuímos uma cor com a qual sublinhámos as subcategorias correspondentes a essa categoria. A cada subcategoria atribuímos uma letra maiúscula. Às referências no texto relativas a cada uma das subcategorias atribuímos algarismos sequenciais, tantos quantos as referências encontradas, obtendo assim os resultados de cada subcategoria.

No último nível, Consequências dos Acontecimentos de Vida Negativos, desdobrámos cada uma das subcategorias – 1. Atribuições de Sentido, 2. Reacções

Emocionais, 3. Comportamentos - em sub-subcategorias e analisámos cada uma delas, atribuindo também algarismos sequenciais a cada referência relativa a essa sub-subcategoria. Assim, a letra maiúscula assinala a subcategoria, os algarismos 1, 2 e 3, as sub-subcategorias. O número de referências no texto, também expresso em algarismos sequenciais, são separados dos primeiros com um ponto (ex. A1. 7, B4. 23, C1. 20).

A quantidade e a percentagem de ocorrências no texto das histórias de vida de cada um dos factores foram contabilizadas, de forma a evidenciar a sua prevalência. Assim, estruturámos o nosso estudo em 4 níveis de análise ou categorias (Anexo II).

No nível 1 agrupámos as referências no texto (unidades de sentido) relacionadas com o ambiente familiar e ao tipo de educação;

No nível 2 agrupámos as expressões relacionadas com as condutas de risco;

No nível 3, os acontecimentos de vida vivenciados como negativos pelos sujeitos;

E, no nível 4, agrupámos as consequências dos acontecimentos de vida negativos, cujas variáveis ou subcategorias, foram subdivididas, cada uma delas em sub-subcategorias, conforme as consequências dos acontecimentos de vida negativos dissessem respeito a atribuições de sentido, a reacções emocionais ou a comportamentos.

Capítulo 5

Apresentação dos Resultados

No presente capítulo, debruçamo-nos sobre os resultados da nossa pesquisa, com o propósito de verificar a prevalência dos factores (subcategorias) nos diferentes níveis de análise seleccionados (categorias), e a relação entre eles, ou seja, de que forma e em que contexto os sujeitos os expressam e associam, e em que medida podem ter determinado o seu percurso de vida, enquanto toxicodependentes.

Apresentamos seguidamente os níveis de análise referidos, em tabelas (da tabela 3 à tabela 9), para uma melhor visualização do número de ocorrências e respectivas percentagens. Correspondente a cada tabela, elaborámos também um gráfico, pretendendo, desta forma, pôr em evidência as diferentes subcategorias ou sub-subcategorias e a sua prevalência.

No primeiro nível de análise agrupámos na mesma categoria o ambiente familiar e o tipo de educação por aparecerem no texto das histórias de vida claramente associados e correlacionados. A esta categoria atribuímos a cor laranja. As sete subcategorias apresentadas na tabela 3 foram, portanto, sublinhadas com marcador laranja, totalizando 102 referências.

Tabela 3 – Ambiente familiar/ Tipo de educação

| CATEGORIA | SUBCATEGORIAS | Nº DE REFERÊNCIAS | % |
|------------------------------------|--|-------------------|------------|
| AMBIENTE FAMILIAR/TIPO DE EDUCAÇÃO | A. Agressão/Repressão | 45 | 44,1 |
| | B. Desavenças/Violência | 24 | 23,5 |
| | C. Separação/Divórcio | 2 | 2,0 |
| | D. Pai alcoólico | 11 | 10,8 |
| | E. Ausência/Desinteresse do pai | 6 | 5,9 |
| | F. Superproteção/Permissividade da mãe | 6 | 5,9 |
| | G. Excesso de liberdade | 8 | 7,8 |
| | TOTAL | 102 | 100 |

Legenda: Distribuição de frequências das subcategorias pertencentes à categoria Ambiente familiar / Tipo de educação

Notamos, em primeiro lugar a prevalência de um estilo educativo marcado pela *agressão e ou repressão*, com 45 referências (44,1%). Transcrevemos seguidamente algumas unidades de sentido que o demonstram, colocando entre parêntesis o respectivo número de referência no texto: “O meu pai punha-me de castigo” (A9); “Tive uma educação muito ríspida, à base de agressividade e violência” (A12); “O que ganhei com isso foi uma valente tarefa com o cinto” (A24); “Fui entregue à minha tia-avó que me maltratava” (A31); “Recordo-me de levar tanto pontapé que me escondi debaixo do móvel” (A36).

Em segundo lugar, a prevalência de um ambiente familiar marcado por *desavenças e violência* com 24 referências (23,5%). Por exemplo: “Muitas vezes eu próprio ouvia discussões entre os meus pais” (B2); “Aos seis anos tenho as primeiras recordações das brigas dos meus pais” (B17); “O ambiente em minha casa era só guerras, discussões e pancadaria” (B20);

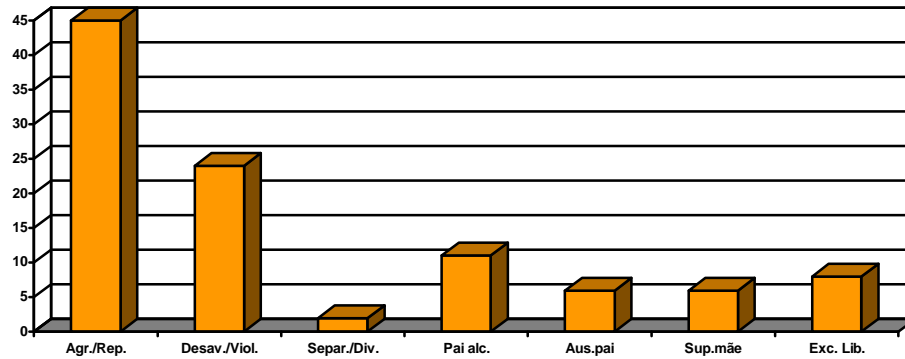
Em terceiro lugar aparecem as situações de *pai alcoólico*, provocando mau ambiente em casa, com 11 referências (10,8%). Por exemplo: “O meu pai era um homem da noite, das mulheres, da rua e do álcool”, “batia na minha mãe e partia tudo lá em casa (D4 e B9); “O meu pai todos os dias consumia álcool em excesso” (D6); “Com três anos já tinha sido abandonado pelos meus pais, ele era alcoólico” (D9)

Em quarto lugar, aparecem situações relacionadas com *excesso de liberdade*, com oito referências (7,8%), que consideramos estar directamente relacionada com as duas outras subcategorias, a *ausência/desinteresse do pai*, com seis referências (5,9%) e a *superprotecção/missividade da mãe*, também com seis referências (5,9%). Por exemplo: “Comecei a ter a minha própria independência financeira e muita liberdade” (G2); “Eu tinha uma grande liberdade por ausência do meu pai” (E6); “A minha mãe fazia-me as vontades todas” (F1).

Por último, a subcategoria *separação/divórcio* é a menos frequente, surgindo apenas duas vezes (2%). Por exemplo: “Os meus pais separam-se, tinha eu um ano de idade” (C2).

No gráfico 1 que seguidamente apresentamos podemos visualizar, na vertical, o número de referências correspondente a cada uma das subcategorias que se encontram na horizontal: *agressão/repressão*, *desavenças/violência*, *separações/divórcios*, *pai alcoólico*, *ausência do pai*, *superprotecção/missividade da mãe* e *excesso de liberdade*, sendo que a prevalência recai claramente sobre a *agressão/repressão*, como o tipo de educação mais referido, o que nos leva a inferir que este tipo de comportamentos caracteriza o modelo educativo.

Gráfico 1 – Ambiente familiar/Tipo de educação



Legenda: prevalência das subcategorias correspondentes ao Ambiente Familiar/ Tipo de educação

No segundo nível ou categoria analisámos as condutas de risco que subdividimos igualmente em sete subcategorias. De acordo com a perspectiva de Doron e Parot (2001), consideramos *conduta de risco* todo o comportamento susceptível de gerar efeitos perigosos para o sujeito e para o meio em que se insere.

Para assinalar esta categoria usámos a cor rosa, com a qual marcámos todas as subcategorias pertencentes a este nível de A a G, num total de 352 referências.

Tabela 4 – Condutas de risco

| CATEGORIA | SUBCATEGORIAS | Nº DE REFERÊNCIAS | % |
|-------------------|---|-------------------|------------|
| CONDUTAS DE RISCO | A. Fuga de casa/Rotura c/ os pais | 24 | 6,8 |
| | B. Envolvimento c/ grupos de pares | 38 | 10,8 |
| | C. Adopção de comportamentos transgressores | 108 | 30,7 |
| | D. Recurso a consumos de drogas/álcool | 100 | 28,4 |
| | E. Envolv.c/ pessoas de influência negativa | 19 | 5,4 |
| | F. Abandono escolar | 26 | 7,4 |
| | G. Envolv. em relações amorosas ocasionais | 37 | 10,5 |
| | TOTAL | 352 | 100 |

Legenda: Distribuição de frequências das subcategorias pertencentes à categoria Condutas de risco

A maior prevalência é notória nas subcategorias C – *adoção de comportamentos transgressores* – com 108 referências (30,7%) e D – *recurso a consumo de drogas/álcool* – com 100 referências (28,4%).

Sob *comportamentos transgressores* agrupámos roubos, ameaças, assaltos, maus tratos a terceiros, danificação de objectos, tráfico de drogas, mentiras e falsificações, que ilustramos com os exemplos seguintes: “Andava a roubar o lanche aos outros, era muito rebelde” (C 71); “Roubava dinheiro” (C 75); “Também fazíamos assaltos a residências de emigrantes e carros que íamos vender à sucata” (C 7); “Tratava a professora mal” (C 78); “Ia roubar o lanche aos outros e batia neles” (C 77); “Comecei a traficar em grandes quantidades” (C 105).

É de notar que a descrição destes comportamentos é feita, muitas vezes, na sequência das referências ao tipo de educação ou ambiente familiar, nomeadamente: “A minha infância foi muito triste, o meu pai bebia, andava com outras mulheres, batia a minha mãe e partia os móveis de casa. Da parte do meu pai nunca tive muita educação. Da minha mãe tive alguma. Nunca fui muito esperto na escola, não aprendia as coisas, andava sempre a roubar o lanche aos outros, era muito rebelde” (C71); “Tinha medo da minha mãe e do meu pai porque eles me batiam, fugia de casa, fazia asneiras, partia vidros” (C15).

Embora se considere o recurso ao consumo de drogas ou álcool também como um comportamento transgressor, decidimos classificá-lo numa subcategoria à parte, dada a sua relevância, no âmbito do nosso estudo. Apresentamos algumas frases ilustrativas: “Já não queria saber de ir às aulas, era só café, fumar, jogar e comecei a beber álcool” (D33); “Comecei a fumar haxixe aos 14 anos” (D2); “Comecei a passar os dias a beber e a fumar charros” (D81).

A subcategoria *envolvimento com grupos de pares* surge em terceiro lugar, com 38 referências, correspondentes a 10,8%. Como exemplo, referimos: “Conheci outras pessoas que também tinham alguns gostos iguais aos meus, principalmente gostar de Heavy Metal” – B25); “No colégio (...) andava em grupos” (B 17); Conheci também pessoas que frequentavam festas de trance” (B 32).

A subcategoria *envolvimento em relações amorosas ocasionais*, segue-se em quarto lugar com 37 referências (10,5%): “Já tinha reprovado o ano escolar devido a faltas, foi um ano de boémia, de namoricos” G 37); “Andava com uma rapariga chamada Isabel e falei-lhe da *ganza*” (G 16); “Comecei a ganhar mais vícios, a beber mais, a fumar mais ganzas, a conhecer raparigas...” (G 26).

A subcategoria *abandono escolar*, com 26 referências (7,4%), vem em quinto lugar. Como exemplos: “Nesta idade foram-me acontecendo coisas assim, até sair da escola aos 16 anos” (F 22); “Já não queria saber de ir às aulas” (F 12); “Faltava às aulas e acabei por chumbar o ano outra vez” F 5).

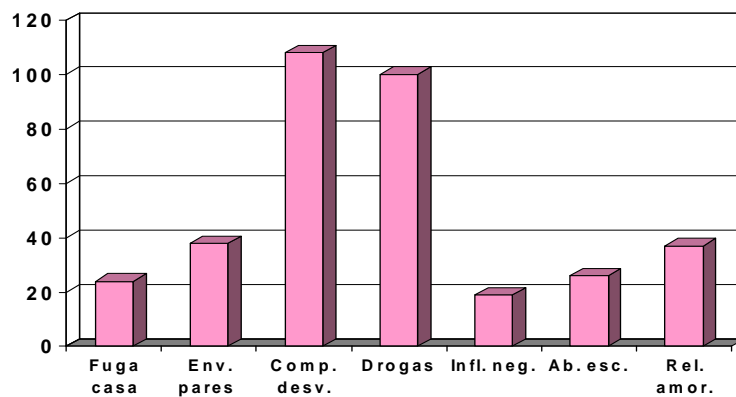
A subcategoria *fuga de casa ou rotura com os pais* ocupa o sexto lugar, com 24 alusões (6,8%). Por exemplo: “Muitas vezes, eu próprio ouvia discussões entre os meus pais e avós e eu, como já estava farto daquela gente, optei por sair de casa” (A19); “Preferi fugir de casa e optei por viver na rua” (A13); “Falei novamente com os meus pais e tive que sair de casa” (A 9); “... e aos 17 anos fui-me embora de casa dos meus pais” (A 24).

A subcategoria *envolvimento com pessoas de influência negativa*, tais como amigos, amigas e até familiares, aparece em último lugar, ainda assim, com 19 referências (5,4%). Nesta subcategoria agrupámos situações de envolvimento com pessoas, normalmente mais velhas, que vieram a exercer influência sobre os indivíduos e os levaram a qualquer uma das situações registadas sob as outras subcategorias. Por exemplo: “O meio onde o meu tio vivia era bastante frequentado por grandes barões da máfia, da

noite, pelo tráfico de droga e de mulheres” (E16); “Tinha a tendência de me juntar às pessoas mais velhas...” (E11); “...era a mãe de um colega meu que por sua vez era quem me vendia a droga” (E 10).

O gráfico 2 que a seguir apresentamos evidencia a prevalência clara das subcategorias – *comportamentos transgressores e recurso às drogas* – sobre as restantes subcategorias.

Gráfico 2 – Condutas de risco



Legenda: Prevalência das subcategorias correspondentes às Condutas de risco

No nível 3, analisámos os acontecimentos de vida vivenciados como negativos e subdividímo-los em seis subcategorias, conforme os textos das histórias de vida nos sugeriram.

A esta categoria de análise atribuímos a cor amarela e, assim, sublinhamos com marcador dessa cor todas as subcategorias a ela respeitantes, tendo registado um total de 243 referências.

Tabela 5 – Acontecimentos de vida negativos

| <u>CATEGORIA</u> | <u>SUBCATEGORIAS</u> | <u>NÚMERO DE REFERÊNCIAS</u> | <u>%</u> |
|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------|
| ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS | A. Perdas temporárias | 35 | 14,4 |
| | B. Perdas definitivas | 21 | 8,6 |
| | C. Condições de vida adversas | 139 | 57,2 |
| | D. Doença/Acidente | 19 | 7,8 |
| | E. Insucesso escolar | 15 | 6,2 |
| | F. Mudança de escola | 14 | 5,8 |
| | TOTAL | 243 | 100 |

Legenda: Distribuição de frequências das subcategorias pertencentes à categoria Acontecimentos Negativos

A subcategoria C, relativa às *condições de vida adversas*, é a que mais se destaca, com 139 referências (57,2%). Apresentamos como exemplo: “Andava a trabalhar como armador de ferro, um bocado duro para a minha idade” (C 105); “Aos 12 anos fui trabalhar para a construção civil para ajudar a minha mãe” (C 29); “Punha-me junto a ele e obrigava-me a estudar até altas horas da madrugada no quarto e quando eu adormecia com o livro nas mãos, era despertado com chapadas na cara” (C 120).

Segue-se a subcategoria A - *perdas temporárias* - onde anotámos 35 alusões (14,4%). Por perdas temporárias entendemos separações de amigos ou namoradas, perda do trabalho, afastamento do ambiente familiar. Por exemplo: “Ele disse-me que não sabia de nada da Maria João e virou-me as costas” (A 25); “Durante um ano e meio foi quanto durou o emprego, acabei por ser despedido” (A 35).

As *perdas definitivas*, por abandono, morte ou separação, ocupam o terceiro lugar, na subcategoria B, com 21 referências (8,6%). Exemplificando: “Com três anos já tinha sido abandonado pelos meus pais” (B 9); “Com a idade de 16 anos, faleceu o meu pai” (B 20). “Com 2 anos a minha mãe faleceu” (B15).

Na subcategoria *doença/acidente* registámos 19 referências (7,8%). Por exemplo: “Tive um acidente de carro, estive às portas da morte” (D 3); “Fui internado num hospital psiquiátrico, foi horrível, choques eléctricos, comprimidos que me paralisaram os músculos, eram dores terríveis” (D 18).

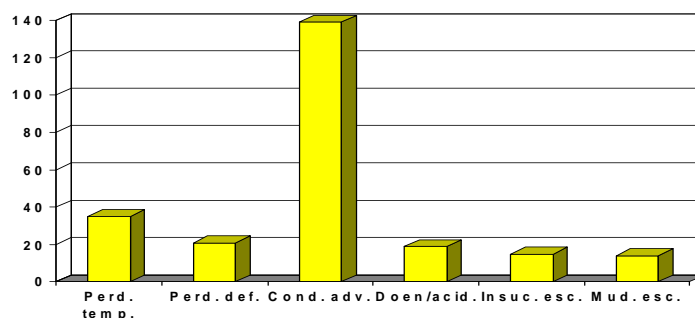
Na subcategoria E, relativa ao *insucesso escolar*, registámos 15 ocorrências (6,2%). Como exemplo, referimos: “Comecei o ciclo, nos três primeiros anos reprovei sempre” (E 3); “No oitavo ano voltei a chumbar por faltas” (E 10); “Em relação à escola também não posso dizer que enveredasse pelos melhores caminhos...” (E 13).

Por fim, na subcategoria F, *mudança de escola*, fizemos 14 registos (5,8%). Por exemplo: “Aos 11 anos, quando fui pró ciclo, comecei a tornar-me num rebelde” (F3); “Quando entro então para a preparatória, começa o caos” (F 11); “Aos 11 anos fui para o ciclo fazer o primeiro ano e chumbei nesse ano” (F 2).

No gráfico 3 que apresentamos de seguida encontram-se representadas as seis subcategorias que estudámos neste nível de análise: Perdas temporárias, perdas definitivas, condições de vida adversas, doenças ou acidentes, insucesso escolar e a mudança de escola.

Como mencionámos acima, a que mais se evidencia, em relação a todas as outras, é a das condições de vida adversas.

Gráfico 3 – Acontecimentos de vida negativos



Legenda: Prevalência das subcategorias referentes aos Acontecimentos de vida negativos

No nível seguinte, ou seja, na categoria 4, analisámos as *consequências dos acontecimentos de vida negativos*, à qual atribuímos duas cores: azul para as subcategorias de sentido positivo e verde para as de sentido negativo. Embora se trate de consequências de acontecimentos de vida negativos, o facto é que há indivíduos capazes de interpretar e reagir com positividade a circunstâncias negativas.

Tabela 6 – Consequências dos Acontecimentos de Vida Negativos

| CATEGORIA | SUBCATEGORIAS | Positivo (cor azul) | | Negativo (cor verde) | |
|-----------------------------|---------------------------|------------------------|-------------|-------------------------|-------------|
| | | Nº de referências | % | Nº de referências | % |
| CONSEQUÊNCIAS DOS A.V.N. | A. Atribuições de sentido | 23 | 10,4 | 76 | 34,4 |
| | B. Reacções emocionais | 15 | 6,8 | 71 | 32,1 |
| | C. Comportamentos | 6 | 2,7 | 30 | 13,6 |
| | TOTAIS | 44 | 19,9 | 177 | 80,1 |

Legenda: Distribuição de frequência das subcategorias correspondentes às Consequências dos Acontecimentos de Vida Negativos

Nesta categoria, registámos um total de 44 referências de sentido positivo, em contraste com 177 (quatro vezes mais) de sentido negativo. Citamos exemplos para cada uma das subcategorias, um de sentido positivo, que assinalamos com sinal + a seguir à referência da subcategoria de sentido positivo, e outro de sentido negativo, que assinalamos com sinal – a seguir à referência da subcategoria de sentido negativo.

Assim, na subcategoria A – *atribuições de sentido* – encontramos 23 referências de significado positivo (10,4%) contra 76 de significado negativo (34,4%). Exemplos: “Então, eu tinha mais liberdade” (A 2 +); “Eu achava isso humilhante”(A 7 -).

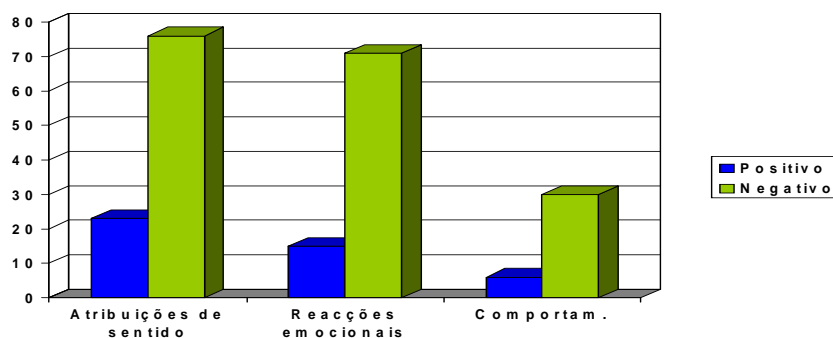
Na subcategoria B – *reacções emocionais* – verificámos a existência de 15 referências de sentido positivo (6,8%) contra 71 referências de sentido negativo (32,1%).

Exemplos: “...tentando adoptar um estilo de vida apropriado ao local, tive que me acalmar bastante” (B 4 +); “Eu tinha vergonha à beira dos colegas” (B 9 -).

Relativamente à subcategoria C – *comportamentos* – registámos 6 referências positivas (2,7%) e 30 referências negativas (13,6%). Como exemplos: “ No trabalho fazia mais produção do que todas as pessoas que lá trabalhavam” (C1 +); “Pensei em acabar com todo aquele sofrimento e tomei toda a medicação” (C 5 -).

Seguidamente apresentamos o gráfico 4 referente à categoria *consequências dos acontecimentos de vida negativos*, onde se verifica a prevalência das consequências de sentido negativo, em relação às de sentido positivo, sendo que, quer numas quer noutras, o maior número se refere à subcategoria *atribuições de sentido*, seguida da subcategoria *reações emocionais* e, por último, a subcategoria *comportamentos*.

Gráfico 4 – Consequências dos Acontecimentos de vida negativos



Legenda: Prevalência das subcategorias referentes às Consequências dos Acontecimentos de vida negativos

Como atrás referimos, subdividimos cada uma das subcategorias referentes à categoria *consequências dos acontecimentos de vida negativos* em sub-subcategorias, trabalhando, portanto, cada uma das três subcategorias – *atribuições de sentido*, *reações*

emocionais e comportamentos – separadamente. No entanto, limitámos o nosso estudo apenas às subcategorias de sentido negativo, dada a sua notória prevalência sobre as de sentido positivo, às quais atribuímos letras. Assim a letra A corresponde à subcategoria *atribuições de sentido negativo*, a letra B corresponde à subcategoria *reações emocionais negativas* e a letra C corresponde à subcategoria *comportamentos negativos*.

Assim, dividimos a subcategoria A – *atribuições de sentido negativo* – em oito sub-subcategorias e obtivemos um total de 76 registos, conforme representado no quadro 7.

Tabela 7 – Subcategoria A – Atribuições de Sentido Negativo

| SUBCATEGORIA A <u>Atribuições de sentido negativo</u> | <u>SUB-SUBCATEGORIAS</u> | <u>Nº de referências</u> | <u>%</u> |
|---|----------------------------------|--------------------------|----------|
| | 1. Sentir-se inferior | 7 | 9.2 |
| | 2. Sentir-se preso | 9 | 11.8 |
| | 3. Sentir-se controlado | 13 | 17.1 |
| | 4. Ilusões/Desilusões | 20 | 26.3 |
| | 5. Desconfiança | 6 | 7.9 |
| | 6. Considerar-se inútil | 8 | 10.6 |
| | 7. Sentir-se humilhado/reprovado | 7 | 9.2 |
| | 8. Sentir-se injustiçado | 6 | 7.9 |
| TOTAL | 76 | 100 | |

Legenda: Distribuição de frequência das sub-subcategorias referentes à subcategoria A – Atribuições de Sentido Negativo.

Prevalecem as situações interpretadas pelos sujeitos como de *ilusões/desilusões* (sub-subcategoria 4) com 20 registos (26,3%). Exemplos: “Também criei na minha cabeça a ilusão...” (A 4.13); “Foram voos muito altos para a minha capacidade” (A 4.18).

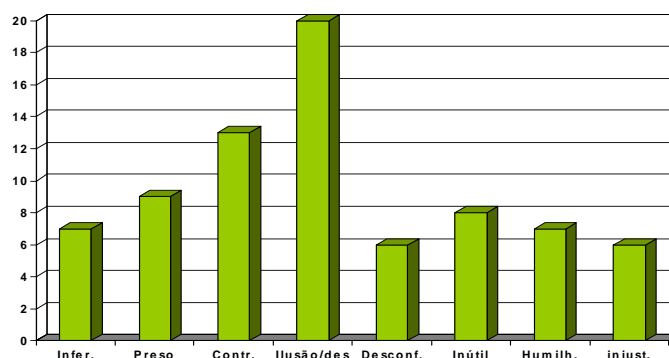
Segue-se a sub-subcategoria 3 – *sentir-se controlado*, com 13 registos (17,1%). Exemplos: “A minha mãe e o meu pai começaram a andar em cima de mim” (A 3. 8); “Não o aguentava a pressão que sentia por parte dos meus tios” (A 3. 10).

As sub-subcategorias 2 e 6 – *sentir-se preso* e *considera-se inútil* – apresentam 9 e 8 resultados (11,8 e 10,6%), respectivamente. Por exemplo: “ Não gostava de estudar, porque me sentia preso” (A 2. 1); “Comecei a pensar, não valho nada” (A 6. 3).

As sub-subcategorias 1 e 7 – *sentir-se inferior* e *sentir-se humilhado/reprovado* – apresentam 7 resultados (9,2%) cada, seguidas das sub-subcategorias 5 e 8 – *desconfiança* e *sentir-se injustiçado* – com 6 (7,9%) cada. Exemplos: “... e sentia-me uma pessoa inferior por ter de usar óculos” (A 1. 2); “Eu achava isso humilhante” (A 7. 1); “... é claro que eu era culpado, mais uma quebra da confiança” (A 5. 2); “Pensei que já não saía dali com vida e eu era inocente” (A 8. 6).

Através do gráfico 5, podemos ficar com uma perspectiva mais clara da prevalência da sub-subcategoria referente às *ilusões/desilusões* sobre as restantes, como a atribuição de sentido negativo às consequências dos acontecimentos de vida negativos de maior relevância, sendo a sub-subcategoria que aparece em segundo lugar mais referenciada é a sub-subcategoria *sentir-se controlado*.

Gráfico 5 – Subcategoria A – Atribuições de sentido negativo



Legenda: Prevalência das sub-subcategorias referentes à subcategoria A - Atribuições de sentido negativo.

Apresentamos agora os resultados referentes à da subcategoria B – *Reacções emocionais negativas* - às consequências dos acontecimentos de vida negativos.

Dividimos esta subcategoria em nove sub-subcategorias numeradas de 1 a 9, em que registámos um total de 168 reacções negativas às consequências dos acontecimentos de vida negativos.

Tabela 8 – Subcategoria B – Reacções emocionais negativas

| SUBCATEGORIA B <i>Reacções emocionais negativas</i> | SUB-SUBCATEGORIAS | Nº de referências | |
|---|----------------------|-------------------|------|
| | 1. Tristeza | 16 | 9.5 |
| | 2. Revolta | 39 | 23.2 |
| | 3. Timidez | 2 | 1.2 |
| | 4. Solidão | 25 | 14.9 |
| | 5. Medo | 29 | 17.3 |
| | 6. Abandono/Rejeição | 12 | 7.1 |
| | 7. Frustração | 8 | 4.8 |
| | 8. Culpa | 17 | 10.1 |
| | 9. Vergonha | 20 | 11.9 |
| TOTAL | 168 | 100 | |

Legenda: Distribuição de frequência das sub-subcategorias referentes à subcategoria B – *Reacções Emocionais Negativas*

As reacções emocionais negativas com maior número de referências são as de *revolta* (sub subcategoria 2) com 39 registos (23,2%), por exemplo: “De imediato, senti raiva, porque ele fazia mal à minha mãe” (B 2. 16); “Por vezes queria sair aos domingos (...) e ficava muito contrariado (B 2. 28).

As reacções de *medo* (sub-subcategoria 5) aparecem em segundo lugar com 29 registos (17,3%). Exemplos: “Eu e o meu irmão desatámos a chorar, pois estávamos cheios de medo” (B5.6); “Pensei mesmo que já não saía a dali com vida (B 5. 27).

Em terceiro lugar estão as reacções emocionais relacionadas com a sub-subcategoria 4 - *solidão* - com 25 referências (14,9%). Por exemplo: “ Da minha escola antiga eu era sozinho, não tinha ninguém conhecido” (B 4.11); “Sentia falta, sentia-me sozinho” (B 4. 22).

Em quarto lugar aparecem as reacções relacionadas com a *vergonha* (sub-subcategoria 9) com 20 referências (11,9%) relativamente à qual damos como exemplos: ”Fui apanhado, apanhei uma grande vergonha” (B 9. 6); “Também me lembro quando passei por uma das maiores vergonhas” (B 9. 13).

Em quinto lugar, a sub-subcategoria 8, relativa às reacções de *culpa*, em que registámos 17 referências (10,1%). Exemplos: “...chegando a sentir-me culpado” (B 8. 8); “Eu a ver que eles não estavam a ser felizes com o meu comportamento” (B 8. 14)

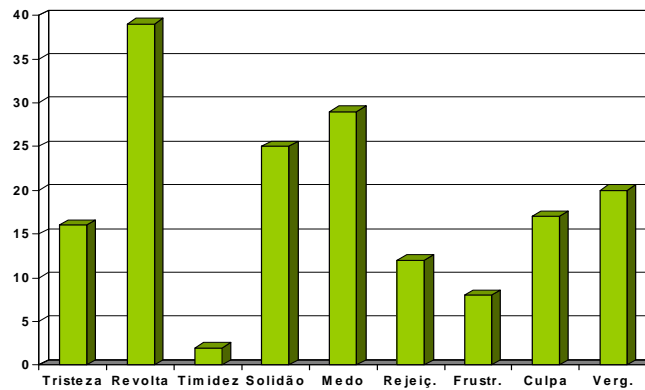
Figuram em sexto lugar as reacções de *tristeza*, correspondentes à sub-subcategoria 1, com 16 referências (9,5%), por exemplo: “A minha infância foi muito triste” (B 1.7); “Faleceu o meu pai e eu entro numa grande depressão” B 1. 16).

Ainda com alguma expressão aparecem as reacções emocionais de *abandono/rejeição*, correspondendo à sub-subcategoria 6, com 12 referências (7,1%), como por exemplo: “...ia brincar com os outros miúdos e era rejeitado por andar mal vestido” (B 6. 2); “Ao fim e ao cabo, sentia-me rejeitado” (B 6. 12).

Por fim, aparecem as reacções de *frustração* (sub-subcategoria 7) com oito referências (4,8%) e as relacionadas com a *timidez* (sub-subcategoria 3) com apenas duas referências. Exemplos: “...foram dias de muita frustração” (B 7. 7); “Quando comecei a fumar haxixe, sentia-me contente, era uma pessoa tímida” (B 3. 1).

Através do gráfico 6 que seguidamente apresentamos é possível verificar melhor a prevalência das diferentes sub-subcategorias, sendo as reacções de *revolta*, *medo*, e *solidão* as mais expressivas.

Gráfico 6 – Subcategoria B – Reações emocionais negativas



Legenda: Prevalência das sub-subcategorias referentes à subcategoria B – Reações emocionais negativas

Apresentamos de seguida, os resultados relativos à subcategoria C – *Comportamentos negativos* – em consequência dos acontecimentos de vida negativos.

Dividimos esta subcategoria em quatro sub-subcategorias: Sub-subcategoria 1 - *Uso de droga para ultrapassar sentimentos negativos*; Sub-subcategoria 2 - *Satisfação da curiosidade*; Sub-subcategoria 3 – *Manipulação/chantagem*; Sub-subcategoria 4 – *Tentativas de suicídio*.

Registámos um total de 31 ocorrências referentes a esta subcategoria, como apresentamos no quadro 9.

Tabela 9 – Subcategoria C – Comportamentos negativos

| SUB-SUBCATEGORIAS | | Nº DE REFERÊNCIAS | % |
|--|--|-------------------|------------|
| SUBCATEGORIA C <u>Comportamentos</u> <u>negativos</u> | 1. Uso da droga para ultrapassar sentimentos negativos | 21 | 67.7 |
| | 2. Satisfação da curiosidade | 4 | 12.9 |
| | 3. Manipulação/Chantagem | 4 | 12.9 |
| | 4. Tentativas de suicídio | 2 | 6.5 |
| TOTAL | | 31 | 100 |

Legenda: Distribuição de Frequência das sub-subcategorias referentes à subcategoria C – Comportamentos negativos.

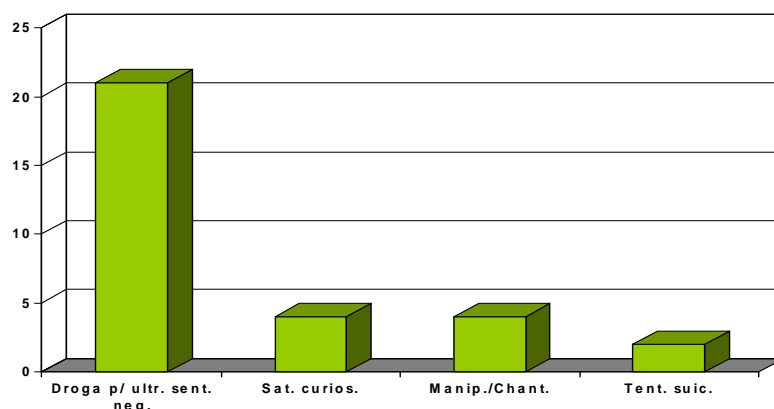
A sub-subcategoria 1 – *Uso de drogas para ultrapassar sentimentos negativos* – aparece em primeiro lugar, com 21 referências (67,7%). Exemplos: “De alguma forma, as drogas iam preenchendo o vazio que sentia” (C 1. 7); “...comecei o uso da heroína para esquecer o sentimento de perda” C 1.12).

As sub-sucategorias 2 e 3 – *Satisfação da curiosidade e manipulação/chantagem* vêm em segundo lugar, com 4 referências cada (12,9%). Exemplos: “Depois, meti-me na heroína, não sabia o que era, mas foi por curiosidade” (C 2.1); “...mas sentia-me bem, embora poucos gostassem de mim, já manipulava as pessoas” (C 3.1).

Por último, a sub-subcategoria 4 – *Tentativas de suicídio* – com 2 registos (6,5%). Como exemplo: “Pensei em acabar com todo aquele sofrimento e tomei toda a medicação” (C 4. 1).

O gráfico 7 reflecte a inequívoca prevalência da sub-subcategoria 1 - *Recurso à droga para ultrapassar sentimentos negativos* - como o comportamento negativo mais repetido, em consequência de acontecimentos de vida negativos.

Gráfico 7 – Subcategoria C – Comportamentos negativos



Legenda: Prevalência das sub-subcategorias referentes à subcategoria C – Comportamentos negativos

Capítulo 6

Discussão dos resultados

Neste capítulo propomo-nos rever cada uma das categorias ou níveis de análise e respectivas subcategorias, procurando discutir e compreender qual o nível de relação existente entre os resultados obtidos e os aspectos teóricos abordados.

Assim, no primeiro nível de análise debruçámo-nos sobre a qualidade do ambiente familiar e o tipo de educação dos sujeitos da amostra.

Os resultados mostram que o maior número de referências dizem respeito a um tipo de educação marcado por actos e atitudes de carácter *repressivo-punitivo e de agressão* (44,1%), o que vem confirmar as considerações feitas anteriormente sobre a urgência em rever os métodos educativos, na sua maioria orientados para a prática de uma disciplina muito mais repressiva do que incitante, sendo as intervenções educativas centradas predominantemente na aplicação de castigos e restrições, ou seja, na repressão dos comportamentos incómodos ou perturbadores e não no encorajamento e valorização dos comportamentos positivos (Duclos, 2006).

Consideramos também que o processo educativo é o meio preventivo por excelência. Andrade (1994) diz, aliás, que o tipo de educação proporcionada aos jovens pode ser determinante na adopção de certos hábitos e que cada ser humano é marcado por determinadas predisposições em consequência das sua educação e das suas vivências e daí pode receber provisões e uma certa bagagem interior para o caminho que terá que

percorrer durante a vida. E Cury (2004), afirmando que “ser educador é ser promotor da auto-estima” (p. 146), refere-se à necessidade de formar seres humanos inteligentes e felizes, capazes de sobreviver numa sociedade stressante como a nossa, e que esse papel cabe aos educadores. A educação deve contemplar a formação completa do indivíduo, isto é, ser um processo personalizado que exige um diálogo permanente sobre o positivo e o negativo das situações, não deixando de ser firme, mas mantendo como princípios o respeito pela liberdade da pessoa, a preocupação na transmissão de valores, como a verdade, a coerência de vida, a justiça, a solidariedade, o perdão, e conseqüentemente, neste contexto, a droga não terá lugar (Nunes et al., 2007).

As segunda e terceira subcategorias com maior número de referências são as respeitantes a um ambiente familiar disfuncional caracterizado por *desavenças e violência* (23,5%), designadamente entre os cônjuges, em que a figura paterna se revela dominante, muito embora seja sob o efeito do álcool – *pai alcoólico* (10,8%).

A nossa hipótese leva-nos a considerar que estes dois aspectos se encontram intimamente correlacionados, isto é, o facto de o pai ser alcoólico pode ser potenciador de um clima de desavenças e violência (Neto, 1996) e, por sua vez, o ambiente vivenciado é motivador da fuga e da demissão por parte do pai (5,9%), levando-o ao consumo excessivo de álcool.

Em nosso entender, os resultados reflectem a necessidade de reforçar a importância do sistema familiar na criação e manutenção de um ambiente favorável ao desenvolvimento e estruturação da pessoa, facto que não pode estar desligado do cuidado pelo equilíbrio psicológico, emocional e relacional entre todos os membros da família, com especial atenção para o que os autores (Sanchez et al, 1982; Nunes et al, 2004) referem relativamente à ausência de modelos e valores na família e na sociedade de hoje, considerando-a uma das principais causas da toxicodependência.

De facto, sendo a família o «berço» onde nascem e crescem os indivíduos, ela é o lugar onde é importante criar condições que sejam potenciadoras de bem estar. De outra forma podem ser geradas situações que desencadeiam a contestação e a fuga do ambiente familiar, como veremos mais adiante.

Tendo em conta as três subcategorias mais referenciadas neste nível de análise - *agressão/repressão, desavenças/violência e pai alcoólico* - verificamos que elas, só por si, caracterizam bem o tipo de ambiente das famílias dos sujeitos que estudamos. Por isso, nos referimos à necessidade de olhar a família como tendo um papel determinante no desenvolvimento dos indivíduos, ou seja, na construção de afectos, atitudes e estilos de vida que tornem possível e promovam laços de confiança, estima e pertença que, aliados à consciência de si e ao esforço individual e colectivo, tornem os indivíduos capazes de elaborar e investir num projecto pessoal de vida. De outra forma, terão uma elevada probabilidade de crescer deprimidos, desorientados, desiludidos e irritados com a incoerência, a arbitrariedade e o domínio dos que sobre eles têm poder e, por isso, contestam o papel que lhes é reservado e a direcção que lhes é imposta.

A subcategoria *excesso de liberdade* (7,8%) aparece em quarto lugar neste nível de análise, o que pode ser indicativo de que, em causa, está o problema da ausência dos limites no processo educativo. De facto, referimo-nos a isto, ao acentuarmos a necessidade da opção preferencial pelo modelo preventivo na abordagem da toxicodependência, o que pressupõe, como já dissemos, um processo educativo orientado para a formação integral do indivíduo (Nunes et al., 2004), no sentido de aprender a fazer escolhas, a tomar decisões, a usar a sua liberdade, adquirindo a noção dos limites internos e externos que a mesma implica, ou seja, do respeito por si e pelos outros.

Com menor grau de expressividade, mas ainda assim não despiciendas, são as referências relativas a *ausência/desinteresse do pai* (5,9%), em número igual às de

superprotecção/ permissividade da mãe (5,9%). Aliás, os estudos de Stanton (1982), Ausloos (1986) e Abelaira (1992) citados por Neto (1996) referem que as situações de mãe superprotectora e pai ausente se contam entre os padrões familiares mais frequentes nas famílias de toxicodependentes. Falam da predominância de uma mãe sobreprotectora, controladora e indulgente, capaz de fazer tudo pelos filhos, excepto ajudá-los a crescer, em contraste com uma figura paterna demitida e ausente. Afirmam que a ausência ou insuficiente presença do pai e uma mãe hiperprotectora constituem elementos frequentemente encontrados na dinâmica das famílias de toxicodependentes.

A nossa compreensão, fruto da nossa experiência é **a de** que os sujeitos se referem menos a este tipo de situações nos seus relatos, porque as interpretam como sendo favoráveis à manutenção do *status quo*, ou seja, da envolvimento nos ambientes e nas relações da droga em que se encontram e dos quais não querem ou não podem sair, o que leva obviamente à lógica da perpetuação do que é negativo para si e para os outros, do adiamento, do «deixa andar», do não pedir ou rejeitar ajuda, uma vez que têm quem lhes «apare o jogo», isto é, que não lhe imponha limites. Aliás, na comunidade terapêutica, é frequente ouvir jovens referirem-se à mãe superprotectora e permissiva, como sendo a pessoa de quem mais gostam porque sempre os ajudou quando precisavam. Só que, muitas vezes, essa ajuda se traduzia em dinheiro para a droga e, nesses casos, a ausência do pai era até facilitadora da situação.

A subcategoria que, neste nível de análise, mostra o menor número de referências (apenas duas) é a relativa às situações de *separação/divórcio* (2%). O certo é, porém, que autores, como Willis (1971), Dias (1980) e Stanton (1982), citados igualmente por Neto (1996), as consideram frequentes nas famílias de toxicodependentes, integrando-as na *patologia da perda*, conjuntamente com a morte prematura de um dos pais, afirmando a existência, por exemplo, em famílias de heroíno-dependentes, de um certo défice da

autoridade parental e falhas de suporte ou apoio por morte ou separação, em que se juntam a patologia da divergência do casal e a patologia da perda.

Do nosso ponto de vista, um motivo possível para esta divergência entre os resultados obtidos nesta subcategoria e as referências dos autores poderá estar associado à explicação que aventámos no ponto anterior, de que a separação/divórcio dos pais possa ser interpretada pelos sujeitos não necessariamente como uma perda ou um situação negativa, mas como algo que vem permitir, por um lado, um ambiente menos estruturante e mais permissivo e, conseqüentemente oferecendo um maior facilitismo nas aventuras da droga.

No segundo nível de análise estudámos as *condutas de risco*, ou seja, todo o comportamento susceptível de gerar efeitos perigosos para o sujeito e para o meio em que se insere (Doron & Parot, 2001) e inferimos que algumas delas se relacionam directamente com o ambiente familiar e o tipo de educação.

Observámos que o maior número de referências recai sobre a *adopção de comportamentos transgressores* (30,7%) sendo que, nesta rubrica agrupámos roubos, ameaças, assaltos, maus tratos a terceiros, danificação de objectos, tráfico, mentiras, falsificações, entre outros. Tendo em conta que o próprio consumo de drogas/álcool (28,4%) pode também ser considerado um comportamento transgressor, então temos duas subcategorias que, só elas, representam mais de metade de todas as referências desta categoria. Estes dados são, em nosso entender, indicadores de que alguns comportamentos transgressores estão directamente relacionados com o consumo de drogas e vice-versa, sendo os comportamentos associados a actos de rebeldia e contestação e a precocidade na experimentação e consumo de substâncias psicoactivas, os mais referidos.

Vemos aqui reflectidas as conclusões do estudo realizado por Sheehan, Oppenheimer e Taylor (1988) citados por Esteves e Coelho (2007) que demonstra que, em

mais 90% dos casos, os primeiros consumos ocorrem na adolescência, fase da vida em que os problemas psicológicos são mais frequentes. Tratando-se de um período em que as alterações psicológicas e sociais se relacionam com a necessidade de independência, autonomia, formação da identidade e aceitação pelos pares, a vulnerabilidade a comportamentos de risco é maior, sendo o consumo de drogas o mais sintomático e o que acarreta mais problemas.

Também as subcategorias *envolvimento com grupos de pares* (10,8%), *envolvimento em relações amorosas ocasionais* (10,5%) e o *abandono escolar* (7,4%) aparecem com alguma expressividade, confirmando as referências de autores (Gaudet, 2006; Duclos, 2006) a factores e condutas de risco que podem desenvolver um problema de toxicodependência, salientando a carência afectiva, os insucessos escolares, a rigidez ou permissividade excessivas por parte dos pais e o envolvimento com grupos de pares marginais, como os mais significativos.

Face a resultados encontrados, impõe-se reflectir e reorganizar pontos de vista assumindo que a formação integral de crianças e jovens depende em primeira linha da família, lugar por excelência onde é importante estar e crescer, contudo, não se pode deixar de desvalorizar a interacção concertada e coesa com a escola e a comunidade, isto é, o restante tecido social (sistemas e subsistemas) em que se insere e com o qual interage (Ciotti e Vaccaro, 1985). Só assim será possível, em nosso entender, minimizar o impacto causado na sua organização pelas transformações sociais ocorridas nas últimas décadas, em que a coesão da família nuclear se tem vindo a degradar progressivamente, acompanhada do fechamento sobre si mesma e do conseqüente alheamento da (con)vivência comunitária e da família mais alargada, bem como do desprezo pela importância dos valores tradicionais e dos laços afectivos na construção do *self* e das suas relações. De outra forma, as crianças e jovens acabam vítimas de uma sociedade em que o

consumismo e o hedonismo, representados na posse de bens materiais e do prazer a qualquer preço, são os meios oferecidos para saciar a «fome» de afecto e preencher o «vazio» existencial, alimentando a ilusão de independência e felicidade, mas em que o valor e o suporte dos laços e das relações afectivas, na realidade, não existe.

Embora a conduta de risco *fuga de casa/rotura com o ambiente familiar* (6,8) apresente, no nosso estudo, o menor grau de prevalência, ela é apresentada por diversos autores (Fleming, 2001; Weiner, 1995; Sampaio, 2001, entre outros) como acontecendo particularmente na fase da adolescência, período em que o valor do grupo, do *gang* e dos ídolos se torna dominante na vida dos jovens, levando-os ao afastamento e rejeição dos pais, à rotura com o ambiente familiar e conseqüentemente à saída de casa. Pensamos que o relativamente baixo grau de expressividade no nosso estudo desta subcategoria pode ficar a dever-se ao facto de, como diz Neto (1996), por um lado, o envolvimento do adolescente com grupos de pares orientados para as drogas lhe dar uma falsa e passageira noção de independência e, por outro, não ser mais que uma fachada de desafio e provocação, querendo, através do consumo de droga, transmitir uma imagem de pseudo-autonomização, com saídas e reentradas sucessivas, de curta duração, mas o que acaba por acontecer é a sua permanência na família até tarde e o atraso na autonomização definitiva.

No terceiro nível de análise, *acontecimentos de vida negativos*, verificamos que as *condições de vida adversas* (57,2%) representam, por si só, mais de metade do total de referências. Tais resultados reflectem bem, em nosso entender, o que atrás ficou dito sobre a vulnerabilidade dos sujeitos face às situações de stresse induzidas pelas circunstâncias de vida adversas que levam os indivíduos a reagir intensamente para se ajustarem a elas (Doron & Parot, 2001), mas em que os recursos internos são escassos para manter o equilíbrio. Segundo Anaut (2005), a vulnerabilidade individual é calculada em função do *stress percebido* pelo sujeito perante situações adversas provocadas pelos acontecimentos

de vida negativos, induzindo um estado de crise, dando lugar a um transtorno psíquico que implica sempre uma reorganização do sujeito, nem sempre bem sucedida. No plano intrapsíquico qualquer situação pode perturbar o equilíbrio do indivíduo, mas as situações extremas originam uma crise que irá por à prova os factores dinâmicos e económicos internos. Haverá traumatismo quando a pessoa sofrer uma intensidade emocional de tal maneira forte que ultrapasse a capacidade de integração psíquica e quando os mecanismos de defesa disponíveis não forem suficientes para o proteger. Poderá então ficar desorganizado não só pela intensidade emocional provocada pelo acontecimento negativo, mas também devido à carência de recursos internos, face a circunstâncias adversas que, pela sua acumulação, constituem uma intensidade traumática no contexto de vida em que se encontra. O resultado pode ser então o recurso a substâncias alienantes que lhe permitam a ilusão de ter recuperado o equilíbrio, ainda que de forma muito passageira.

Serra (1999), por sua vez, fala em acontecimentos de vida traumáticos ocorridos nos estádios de desenvolvimento que podem ter consequências negativas na vida adulta, pois os indivíduos são apanhados em fase de reorganização psicológica e social e, por isso, mais vulneráveis. O autor considera que o adolescente, numa fase crucial do seu desenvolvimento, sendo vítima de um ambiente familiar hostil, pode ficar marcado no seu ajustamento futuro e tornar-se inseguro, pouco afirmativo, com dificuldade em se relacionar com os outros e adquirir formas de comportamento problemáticas.

As subcategorias que figuram em segundo e terceiro lugares deste nível de análise, são as *perdas temporárias* (14,4%) e as *perdas definitivas* (8,6%). Definimos como perdas temporárias situações de separação ou perda de um amigo ou namorado, do trabalho, afastamento coercivo, por exemplo de casa. E, como perdas definitivas, as situações de morte, separação ou abandono definitivos.

Embora já tenhamos abordado acima o problema da perda, a propósito da morte, separação ou divergências na família, queremos, face aos resultados obtidos nestas subcategorias, reforçar a importância que pode ter, sobretudo na adolescência, uma situação de perda, seja de carácter temporário ou definitivo. Aliás Fleming (2001) refere-se a esta problemática dizendo que a derrocada pode surgir, muitas vezes, até de um pequeno nada, como a perda de um amigo ou um fracasso amoroso, podendo originar um sentimento de profundo vazio que só os efeitos poderosos e mágicos do tóxico podem preencher de imediato e reparar assim o dano causado.

Devemos considerar ainda os resultados das três restantes subcategorias deste nível de análise, ou seja, situações de *doença e acidente*, *insucesso escolar* e *mudança de escola* que, em conjunto perfazem 19,8% das referências obtidas. Segundo a nossa compreensão, estas subcategorias tanto podem constituir situações de perda como de adversidade e, portanto, serem consideradas como circunstâncias de vida adversas ou perdas ou ambas. Aliás, fizemos referência a autores, como Fleming (2001) e Gaudet (2006), que as consideram como indutoras de comportamentos de risco e, portanto, potenciadoras de um problema de toxicomania.

Consideramos que os resultados obtidos no quarto nível de análise - *consequências dos acontecimentos de vida negativos* - reflectem também eles a realidade da vulnerabilidade individual deste tipo de população, acima referida, na medida em que as três subcategorias *atribuições de sentido*, *reações emocionais* e *comportamentos* são predominantemente de sentido negativo (80,1% do total). Com já referimos no capítulo anterior, foi este elevado grau de prevalência nas três subcategorias que nos levou a limitar a nossa análise apenas às de sentido negativo.

Pode isto, mais uma vez, ser indicativo de que a população que estudamos, sujeita que é a situações e vivências de stresse extremo, designadamente na fase da adolescência,

como atrás ficou dito, resultantes em primeira linha do ambiente familiar e das condições de vida adversas, tende à atribuição de significados negativos, a reações emocionais desajustadas e à adoção de comportamentos de alienação e de fuga, não conseguindo, portanto, manter o equilíbrio psíquico e emocional necessário para ultrapassar de forma satisfatória tais situações.

Considerando agora os resultados obtidos na análise de cada uma das subcategorias relativas às *consequências dos acontecimentos de vida negativos* verificamos que, na subcategoria *atribuições de sentido negativo* - as sub-subcategorias das *ilusões/desilusões* (26,3%) e do *sentir-se controlado* (17,1%) são as mais referenciadas. Na subcategoria – *reações emocionais negativas* - as três sub-subcategorias com maior número de referências são as de *revolta* (23,2%), *medo* (17,3%) e *solidão* (14,9%). Mas também as de *vergonha*, *culpa* e *tristeza* se apresentam com número significativo de referências. Na subcategoria – *comportamentos negativos* – vemos que a sub-subcategoria *uso de droga para ultrapassar sentimentos negativos* se destaca das restantes com 67,7% das referências.

Quanto às ilusões/desilusões, os dados parecem demonstrar o que verificamos na nossa experiência, ou seja, que os sujeitos se revelam com dificuldade em ajustar a percepção que têm dos acontecimentos à realidade dos mesmos, em conjugar o ideal e o possível, em adaptar os objectivos imaginados aos meios reais disponíveis. E, quanto à questão do sentir-se controlado, trata-se, em nosso entender, de um problema de interpretação negativa do controle, devido talvez à falta de interiorização e, portanto, ao desvio e contestação dos modelos e valores familiares e sociais.

Relativamente às reações emocionais negativas e ao comportamento de recorrer às drogas para ultrapassar os sentimentos delas resultantes, os dados vão no sentido de dar suporte à ideia de que os sujeitos estudados padecem de acentuado défice de estratégias de

coping e baixa capacidade de *resiliência* e, portanto, apresentam acentuada dificuldade em enfrentar e se adaptar às situações adversas da vida, de lhes atribuir um significado positivo e, portanto, de reagir às mesma adequadamente, quer do ponto de vista emocional quer comportamental, sendo o recurso à droga, neste contexto, frequente, como vimos repetidamente sustentado pelos autores a que aludimos.

Entendemos que também a afirmação de Abreu (1994), de que uma avaliação inadequada pode levar a uma reacção imprevisível e, nesse caso, quer a atitude seja a de enfrentar ou de fuga, em circunstâncias adversas, haverá sempre uma reacção patológica, que de alguma forma podemos encontrar reflectida nestes dados. Segundo o autor, se a situação for de perda, a reacção é quase sempre de tristeza, podendo até levar a um quadro depressivo. As vivências de isolamento, por sua vez, podem implicar graves perturbações emocionais, devidas ao sentimento de solidão e abandono que provocam.

Sequeira, Casanova e Silva (2009) dizem que, a respeito de emoções como a vergonha, por exemplo, ela acompanha os indivíduos durante a vida e sente-se sobretudo quando se tem de mostrar à pessoa ou ao grupo a que se pertence que não se consegue estar à altura das suas normas e grau de exigência. Referindo-se à raiva, afirmam que, em situações de fraqueza ou frustração por ter de se reconhecer os próprio limites, ela pode resultar em agressividade contra si e contra os outros, manifesta, por exemplo, no acto de consumir drogas, designadamente, por via endovenosa.

Lembramos, por último, o estudo realizado por Moniz (1999) que considera os processos cognitivos e as reacções emocionais indissociáveis e interdependentes, integrando assim a trilogia do pensamento, das emoções e do comportamento na psicologia do desenvolvimento socio-cognitivo dos indivíduos. Segundo ele, o significado pessoal atribuído a um determinado acontecimento depende dos processos cognitivos e estes determinam a reacção emocional a esse acontecimento, por exemplo, raiva, tristeza, ou

medo, sendo que, emoções e cognições, embora se trate de sistemas estruturais distintos, estão inter-relacionados e interagem num dualismo circular (o dualismo cognitivo-emocional), de forma a determinarem-se mutuamente.

Em resumo, podemos inferir que os resultados do nosso estudo reflectem, em boa medida, os aspectos teóricos abordados, sendo assim reveladores daquilo que defendemos, nomeadamente que a perspectiva de abordagem da toxicodependência se deve inclinar predominantemente para os aspectos de carácter preventivo e não tanto para os de apanágio remediativo, como tem acontecido até ao presente. Assim, consideramos que as estratégias de intervenção têm que ser rapidamente orientadas para o apoio à família, à escola e à comunidade, ou seja, aqueles três sistemas que, segundo Duclos (2006), em interacção concertada e coesa, são estruturantes no desenvolvimento dos indivíduos.

Conclusão

Consideramos que os resultados obtidos no presente trabalho respondem às questões de investigação que nos motivaram a realizar o presente estudo. Assim, relativamente à primeira pergunta elaborada - Será que no tipo de ambiente familiar e tipo de educação da pessoa toxicodependente há factores comuns que possam estar associados ao seu percurso de consumos? – verificamos existir um elevado grau de convergência entre os dados obtidos e os aspectos teóricos abordados e, portanto, será pertinente considerar que o problema do consumo de substância psicoactivas no mundo de hoje deva definitivamente ser encarado de um ponto de vista muito mais estrutural do que conjuntural. Um problema que parece ter as suas raízes num défice de desenvolvimento e estruturação dos indivíduos, cujo processo assenta fundamentalmente não só nas suas próprias experiências e vivências pessoais e nos significados que lhes atribuem, mas também com muita veemência na estrutura e funcionamento da família onde nascem e crescem, bem como no meio social em que se inserem e nos papéis que aí lhes são atribuídos.

É de salientar que na nossa análise encontrámos factores comuns no tipo de ambiente familiar e de educação dos indivíduos toxicodependentes, como os que são referidos por Neto (1996) e Fleming (2001), designadamente, autoritarismo e agressividade, desavenças, separações e divórcios, ausência e comportamentos de alcoolismo na figura paterna e super protecção da mãe. Efectivamente é na infância e, sobretudo, na adolescência que existe maior grau de vulnerabilidade, em que é necessário

identificar um conjunto de indicadores, de âmbito familiar, escolar e comunitário, antes que o problema da droga apareça (Fleming 2001).

Os dados encontrados levam-nos também a encontrar concordância com o afirmado por alguns autores (Anaut, 2005; Gaudet, 2006; Siqueira, Jesus & Oliveira, 2007), designadamente que em famílias onde não se promove a auto-estima e a auto-confiança, isto é, em que o ambiente familiar e um tipo de educação são desfavoráveis, os indivíduos têm mais tendência a uma atitude negativista perante os acontecimentos de vida indutores de stress e são mais pobres em estratégias de *coping* e em capacidade de resiliência.

Relativamente à segunda questão de investigação - Será que podemos identificar o tipo de comportamentos de risco que conduzem ao consumo? - identificámos, através da análise minuciosa das histórias de vida, comportamentos de risco que podem levar ao consumo de drogas, como adopção de comportamentos transgressores, o próprio recurso a consumo de drogas ou álcool, a pressão dos pares, a fuga de casa e o abandono escolar, e que existem acontecimentos de vida que têm forte impacto na vida do consumidor, como as condições de vida adversas, as perdas temporárias e definitivas e o insucesso escolar.

Na formulação da última questão - Será que existem acontecimentos de vida negativos que têm mais impacto na pessoa que consome? – foi também por nós constatado que efectivamente dentro das consequências dos acontecimentos de vida negativos sobressaem o impacto da vivência das ilusões/desilusões, os sentimentos de opressão devido ao controle da família, os frequentes sentimentos de revolta desencadeados por acontecimentos de violência vivenciados no decorrer da sua existência, os sentimento de insegurança e de solidão provocados pela não aceitação social dos seus comportamentos e, consequentemente, o surgimento da culpabilidade e da frustração, mas essencialmente é referido com significativa importância o abandono e a rejeição vivida quer nas relações

interpessoais significativas (família e pares) quer a não aceitação social da sua actividade transgressora.

Assim, parece-nos poder dizer, em concordância com a revisão bibliográfica efectuada e os dados encontrados no nosso estudo, reflectido através das histórias de vida, que existe uma relação directa entre as vivências dos indivíduos desencadeadas pelos acontecimentos de vida negativos e as condutas de risco, relacionados predominantemente com o ambiente familiar e com o percurso para a toxicodependência. Avaliámos também como é que os indivíduos, em situação, interpretam e vivenciam as circunstâncias de vida adversas e suportam o impacto psicológico por elas provocado e de que forma as integram na sua vida.

Não podemos deixar de enfatizar que psicologia da saúde, enquanto área emergente na investigação científica e que abre novas perspectivas na compreensão do funcionamento dos indivíduos e da sociedade, vem dar um contributo valioso, no sentido de uma abordagem preventiva e de promoção da saúde, também no âmbito da toxicodependência, em que os seres humanos são encarados como autores e protagonistas do seu próprio percurso de vida, distanciando-se assim dos modelos tradicionais que os tratam com vítimas passivas de uma doença para a qual só os técnicos poderão encontrar remédio. E, no mesmo sentido, também a perspectiva da abordagem centrada na pessoa, contribui fortemente para uma compreensão preventiva e promocional da saúde, na medida em que coloca o enfoque no potencial humano existente no interior dos indivíduos, o qual Rogers (1983) sintetiza dizendo que os indivíduos são detentores de vastos recursos para a autocompreensão e para a modificação do seu auto-conceito e do seu comportamento e que estes poderão ser activados se houver um clima onde um conjunto de atitudes, como a aceitação incondicional positiva, a compreensão empática e a congruência, estejam presentes.

Apesar da pequenez da nossa amostra, por ser a possível na altura da recolha, uma vez que se tratava de indivíduos internados na comunidade terapêutica, parece mostrar alguma evidência o que definimos como fio condutor do nosso trabalho, que é na mudança de perspectiva na abordagem da toxicodependência, rompendo com os modelos tradicionais centrados no combate à droga e ao consumo e que tomam como objectivo a abstinência, na qual consiste a «cura» da doença, que a investigação se torna actual e pertinente.

De acordo com esta perspectiva é necessário investir em recursos e meios científicos e sociais que permitam encontrar novas formas de educar e formar crianças e jovens, começando prioritariamente pelos pais, pelos novos pais, aos quais é preciso formar e incentivar para novas atitudes, valores e formas de estar na vida e de as transmitir aos seus educandos. Até porque, se há meio século atrás, bastavam as capacidades inatas e as copiadas dos nossos pais para educar, hoje é necessária uma enorme bagagem interior para levar a cabo essa tarefa, tanto mais numa sociedade em que ter normas, valores e contenção nos estilos de vida é cada vez mais raro e até “antiquado”.

Por último, referimos que o nosso trabalho poderia ser mais abrangente, até porque há outros factores que gostaríamos de ter estudado, como características da personalidade, padrões de vinculação, estilos cognitivos, por exemplo, e a sua relação com a toxicodependência. Reconhecemos também que o facto de trabalharmos na mesma instituição onde realizámos este estudo constituiu para nós uma limitação, por não termos o distanciamento necessário para uma avaliação totalmente isenta. Contudo, propomos dar continuidade ao trabalho de investigação que aqui iniciámos, esperando vir a consegui-lo já num futuro próximo, contribuindo, desta forma, para a criação de novos modelos de intervenção em toxicodependência, até porque paixão e entusiasmo por aquilo que

fazemos e com quem o fazemos é algo que nos motiva a dar um contributo no avanço do conhecimento.

Referências Bibliográficas

- Abreu, J. P. (1994). *Introdução à psicologia compreensiva*. Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian.
- Abreu, J. P. (2000). *Abordagem sistémica e teorias da comunicação*. [Electronic version], Retrieved July 13, 2009 from www.medicoscentro.com/Pio_Abreu/livros_on_line.html.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência, ultrapassar os traumatismos*. (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrade, I. (1994). *A face oculta das drogas*. Porto: Porto Editora.
- Azevedo, F, C. (2008). *Família sob as lentes da teoria sistémica*. [Electronic version], Retrieved July 13, 2009 from <http://www.repsi.com.br/portal/modules/smartsection/item>.
- Ballone, G. J. (2006). *Efeitos de vivências traumáticas em crianças e adolescentes*. [Electronic version], Retrieved July 13, 2009 from <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=385&sec=19>.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. (3ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Bevan, J. (1984). *Enciclopédia Médica da Família*, 2º Vol. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Calado, V.G. (2006). *Drogas sintéticas, mundos culturais, música trance e ciberespaço*. Lisboa: Núcleo de Investigação/ODT/IDT.

- Caregnato, R., C. & Mutti, R.(2006). *Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo*. [Electronic version] Retrieved July 15, 2009 from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000400017&script=sci_arttext.
- Casriel, D. (1963). *A scream away from happiness*. Nova Iorque: Grosset & Dunlap.
- Cervený, C., M., O. (1994). *A família como um modelo, desconstruindo a patologia*. São Paulo: Artes Médicas.
- Ciotti e Vaccaro (1985). *Pais, filhos e droga*. Lisboa: Edições Paulistas.
- Cordeiro, M. (1997). *Os adolescentes e a droga*. (ed. nº 6). Lisboa: Quatro Margens Editora.
- Cordeiro, M. (2004). *Dos 10 as 15, adolescentes e adolescências*. (II Vol. 2ª Edição). Jardim dos Ulmeiros. Publisher Team.
- Cury, A. (2004). *Pais brilhantes, professores fascinantes*. Cascais: Editora Pergaminho.
- Dias, C. A. & Colaboradores (2001). *Intervenções em toxicodependências*. Coimbra: Edição dos Autores.
- Doron, R. & Parot, F., (2001). *Dicionário de psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Duclos, G. (2006). *A auto-estima, um passaporte para a vida*. Lisboa: Climepsi.
- Esteves, M. & Coelho, M.,A.,V. (2007). *Toxicodependências*. Porto: QuidNovi.
- Fleming, M. (2001). *Família e toxicodependência*. (3ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Frankl, V. E. (1990). *Logoterapia y analisis existencial*. Barcelona: Editorial Herder.
- Gaudet, E. (2006). *Drogas e adolescência, respostas às dúvidas dos pais*. Lisboa: Climepsi.
- Goyette, G & Boutin, G. (1990). *Investigação qualitativa, fundamentos e práticas*. (Maria João Reis, Trad.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Guerra, I. C., (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo, sentido e formas de uso*. Estoril: Principia Editora.

- Hapetien, I. (1997). *Famílias, entender a toxicodependência*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Hipólito, J. (1999, Maio). Biografia de Carl Rogers. In *A pessoa como centro, revista de estudos rogerianos*, 3, 13-24.
- Jesus, S. N. (2007). *Professor sem stress, realização e bem-estar docente*. Porto Alegre: Editora Mediação.
- Kooyman, M. (1993). *The therapeutic community for addicts*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger Verlag.
- Märtin, D. & Boeck, K. (1999). *O que é a inteligência emocional*. (3ª Edição). Lisboa: Editora Pergaminho.
- Martins, I. (s.d.). *Ex-toxicómano fala da terrível dependência da droga e de como acabar com ela sem recorrer a outras drogas*. [Electronic version] Retrieved July 13, 2009 from <http://ilidio.150m.com/pessoal/texto10.htm>.
- Moniz, L. J. (1999). *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Amadora: McGraw-Hill.
- Neto, D. (1990). *Deixar a droga, tratamento para os anos 90*. Lisboa: Edições 70.
- Neto, D. (1996). *Tratamento combinado e por etapas de heroíno-dependentes*. Lisboa: Universitária Editora.
- Nunes, M. O. (2001). *Drogues, Valeurs et Communautés*. Tese de doutoramento. Universidade de Toulouse-Le Mirail.
- Nunes, R. Ricou, M., & Nunes, C., (2004). *Dependências individuais e valores sociais*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Patrício, L. D. (1991). *Os profissionais de saúde e a droga*. Lisboa: Projecto Vida.
- Rogers, C. (1983). *Um Jeito de Ser*. S. Paulo: EPU.

- Ruiz, A. (2004). *La narrativa en la terapia cognitiva post-racionalista*. [Electronic version] Retrieved September 8, 2009 from http://www.inteco.cl/articulos/002/texto_esp.htm.
- Sampaio, D. (2001). *Inventem-se novos pais*. (Licença editorial da Editorial Caminho para Círculo de Leitores). Rio de Mouro.
- Sanchez, A.M.T., Telles, C., Murad, J.E., Gonçalves, E.L, Trancredi, F.B., Charbonneau, P-E., Kanner, R., Werebe, S., & Fagundes Sanchez, V., (Eds.) (1982). *Drogas e drogados, o indivíduo, a família , a sociedade*. (2ª ed.). São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Serra, A. V., (1999). *O stress na vida de todos os dias*. (1ª ed.). Coimbra: Autor.
- Siqueira, M. M., Jesus, S. N., & Oliveira, V. B. (Eds.) (2007). *Psicologia da saúde, teoria e pesquisa*. São Paulo: Universidade Metodista.
- Souza, E. C. (2003). Pesquisa narrativa e história de vida, a arte de contar e trocar experiências. [Electronic version] Retrieved September 8, 2009 from <http://www.farnettig.br/entrevist/docs>.
- Tavares, J., Sousa Pereira, A., Allen Gomes, A., Monteiro, S., & Gomes, A. (Eds.) (2007). *Manual de psicologia do desenvolvimento e aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Weiner, I. B. (1995). *Perturbações psicológicas na adolescência*. (2ª Ed.). (F. Anderson, Trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Obra original publicada em 1992).

Bibliografia

- Abreu, M. V. ((2002). *Cinco ensaios sobre motivações* (2ª Ed.). Coimbra: Almedina.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1994) *A construção social da realidade* (11ª Ed). Rio de Janeiro, Editora Vozes.
- Bergeret, J. (1988). *Personalidade normal e patológica* (Alceu Edir Fillmann, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Borges, M. I. (1983). *A Organização do objecto e os primeiros meses da criança*. Lisboa: A Regra do Jogo.
- Bozarth, J. (2001). *Terapia centrada na pessoa: Um paradigma revolucionário*. Lisboa: Edual.
- Eysenck, H. J. & Wilson, G. D. ((1986). *Manual de psicologia humana*. (A. Vaz Serra & col., Trad). Coimbra: Livraria Almedina.
- Feytor Pinto, V. (1994). *A toxicodependência e a sociedade civil* (2ª Ed.). Lisboa: Projecto Vida.
- Frankl, V. (1968). *O Homem incondicionado, Lições metaclínicas* (G. Oliveira, Trad): Coimbra: Arménio Amado, Editor.
- Gabinete de Planeamento e de Coordenação de Combate à Droga (1994). *Droga e sociedade*. Lisboa: Autor.
- Gabinete de Planeamento e de Coordenação de Combate à Droga (1988). *As Nações Unidas e a droga, documentos adoptados na conferência de Viena*. Lisboa: Autor.
- Guimarães Lopes, R. (1993). *Clínica psicopedagógica, perspectiva antropológica, fenbomenológica e existencial*. Porto: Hospital do Conde de Ferreira.

- Guimarães Lopes, R. (2006). *Psicologia da pessoa e elucidação psicopatológica*. Porto Higiomed Edições.
- Hegel, G.W.F. ((1993). *Fenomenologia do espírito* (Parte II, 2ª Ed.).Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Hipólito, J. Campiche, C., Hippolyte J. (s.d). *A comunidade como centro*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbekian
- Hipólito, J. & Nunes, O. (2000). *Patologia somática grave: um olhar da abordagem centrada na pessoa*. In *A Pessoa como centro: Revista de Estudos Rogerianos*, N° 6, pp. 95-101.
- Jesus, S. N. (1996). *A motivação para a profissão docente. Contributo para a clarificação de situações de mal-estar e para a fundamentação de estratégias de formação de professores*. Aveiro: Estante.
- Jesus, S. N., & Rezende, M. (2009). *Saúde e bem-estar*. In *Bem estar e qualidade de vida. Contributos para a psicologia da saúde*. (Coord), Pestana, C. Jesus, N., S. & Nunes, C. Alcochete: Textiverso.
- Malpique C. (1990). *A ausência do pai* (2ª Ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Maisonneuve, J. (2004) *A dinâmica dos grupos*. (O. Figueiredo, Trad). Lisboa: Editora Livros do Brasil.
- Marinoff, L. ((2001) *Mais Platão, menos prozac*. (S. Barata, Trad.). Lisboa: Editorial Presença.
- Nunes, O. (1999). *Uma Abordagem sobre a relação de ajuda*. In *A Pessoa como Centro: Revista de Estudos Rogerianos*, N°3, 59-64.
- Picchi, M. (1984). *Intervista sulla droga e sull'uomo*. Milão: Bompiani
- Pio Abreu, J. L. (2006) *Como tornar-se doente mental*. Lisboa: Dom Quixote.

- Riemann, F. (1982) *Grundformen der Angst, eine tiefenpsychologische Studie*. München Ernst Reinhardt Verlag.
- Rogers, C. ((1978). *Orientacion psicologica y psicoterapia*. Madrid: Narcea Ediciones.
- Rogers, C. & col. (1983). *Em busca de vida, da terapia centrada no cliente à abordagem centrada na pessoa* (A. H. Fonseca, Trad.). São Paulo: Summus Editorial.
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa* (7ª Ed.). Lisboa: Moraes Editores.
- Servais, E. (1993). *Antes que seja tarde, manual de prevenção primária*. Braga: Associação de Famílias.
- Simon, S. & Seller, J-L ((1977). *A descoberta da personalidade*.Lisboa: Edições Ática.
- Sommer, M. (2004). *Carreiras de saída da toxicodependência*. Lisboa: Climepsi.
- Wood, J. K.& col.(1994). *Abordagem centrada na pessoa*. Vitória: Fundação Ceciliano Abel de Almeida, Universidade Federal do Espírito Santo.
- .

Anexos

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____,

abaixo assinado, na qualidade de utente da Comunidade Terapêutica “Encontro”, tendo sido devidamente informado, declaro, pela presente, consentir que a minha História de Vida, escrita no decurso do processo terapêutico nesta unidade, seja utilizada para fins de investigação e estudo, no âmbito da dissertação de mestrado em psicologia, ou outro, pelo Dr. Albano Rosário, e que a mesma, rasurada a minha identificação, possa fazer parte integrante dos trabalhos a realizar e a apresentar.

Maiorca (Figueira da Foz), ____/____/____

ANEXO II

NÍVEL DE ANÁLISE Nº (número de ordem)
(nome)

| <u>CATEGORIA</u> | <u>SUBCATEGORIAS</u> | Nº DE | |
|--|----------------------|--------------|---|
| | | REFERÊNCIAS | % |
| (nome da categoria: o mesmo do respectivo nível de análise) | A. | | |
| | B. | | |
| | C. | | |
| | D. | | |
| | E. | | |
| | F. | | |
| | G. | | |
| | | TOTAL | |