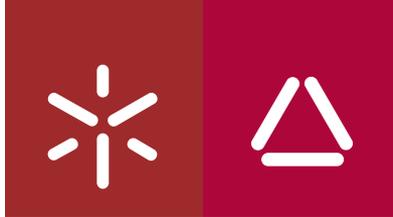


Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Clarisse Correia Queirós

**Percursos na Reinserção Social
pós-exclusão como toxicodependente**



Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Clárisse Correia Queirós

**Percursos na Reinserção Social
pós-exclusão como toxicodependente**

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

Trabalho realizado sob a orientação do
Professor Doutor José Manuel de Sá Cunha Machado

outubro de 2014

Nome: Clarisse Correia Queirós

Endereço eletrónico: clarisse_queiros@hotmail.com

Cartão de Cidadão: 12908004

Título da dissertação:

Percursos na Reinserção Social pós-exclusão como toxicodependente

Orientador:

Professor Doutor José Manuel de Sá Cunha Machado

Designação do Mestrado:

Mestrado em Sociologia

Área de Especialização em Desenvolvimento e Políticas Sociais

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

Universidade do Minho, 17 de Outubro de 2014

Assinatura: _____

Agradecimentos

No final desta árdua e longa caminhada agradeço aos que me confortaram e encorajaram. Sem eles, não teria sido possível a construção deste sonho, que todos vimos crescer. O espaço limitado desta secção de agradecimento, seguramente, não me permite agradecer como devia a todas as pessoas que ao longo do meu Mestrado em Sociologia – Desenvolvimento e Políticas Sociais, me ajudaram, direta ou indiretamente, a cumprir os meus objetivos e a realizar mais esta etapa da minha formação académica. Desta forma, deixo algumas palavras de agradecimento e profundo reconhecimento, em particular:

Ao Professor Doutor José Machado, expresso o meu profundo agradecimento pela disponibilidade manifestada para orientar este trabalho, pelo apoio incondicional que muito elevaram os meus conhecimentos científicos e, sem dúvida, muito estimularam o meu desejo de querer, sempre, aprender mais e a vontade constante de querer fazer melhor. Agradeço a preciosa ajuda na definição do objeto de estudo, pela exigência de método e rigor, pela incansável orientação científica, pela revisão crítica do texto, pelos proficuos comentários, esclarecimentos, opiniões e sugestões, pelos oportunos conselhos, pela acessibilidade, cordialidade e simpatia demonstradas, pelo permanente estímulo. Muito obrigado pelo profissionalismo, pela sincera amizade e pela total disponibilidade que sempre revelou para comigo. O seu apoio e paciência foram determinantes na elaboração desta dissertação.

Aos meus colegas de curso, agradeço o companheirismo nesta caminhada comum.

À Comunidade Terapêutica do Projeto Homem, na sua pessoa da Presidente do Programa, Dra. Virgínia Freitas, pela sua sempre disponibilidade e colaboração. Acompanha o meu crescimento desde 2008, no meu estágio curricular; em 2010, na apresentação do meu primeiro livro “Chutar a Vida”; em 2014, nesta Dissertação de Mestrado, sempre atenta às necessidades que esta investigação apresenta.

A todos os terapeutas e monitores desta instituição, pela simpatia e disponibilidade. Gostaria de deixar uma palavra de apreço ao terapeuta, Dr. Augusto Pinto, pelos ensinamentos transmitidos ao longo destes anos. Sem ele, não teria as bases suficientes, penso que nem ele sabe o quando me ensinou.

Expresso a minha profunda gratidão aos oito entrevistados, todos altas-terapêuticas que generosamente partilharam as suas vidas comigo. Agradeço a vossa entrega e tempo dedicado.

Através do anonimato prestaram uma contribuição fundamental para que este estudo fosse possível e para o avanço da investigação nesta temática da toxicodependência.

A todos os meus amigos, por todas as palavras de força. Em especial, ao Jefferson Biajone, pelo carinho e incentivo, agradeço o apoio prestado e ainda todas as dicas para a defesa desta dissertação, que serão certamente de enorme utilidade.

À Minha Família, principalmente aos Meus Pais, um enorme obrigado por acreditarem sempre em mim e naquilo que faço e por todos os ensinamentos de vida. Espero que esta etapa, que agora termino possa, de alguma forma retribuir e compensar todo o carinho, apoio e dedicação que constantemente me oferecem. A eles, dedico todo este trabalho.

PERCURSOS NA REINserÇÃO SOCIAL PÓS-EXCLUSÃO COMO TOXICODDEPENDENTE

Resumo

Esta pesquisa consiste numa abordagem sobre a toxicoddependência como um dos maiores problemas que as sociedades atuais enfrentam. Os programas para a Reinserção Social são vários; focamos nesta investigação os tratamentos de substituição e os programas de caráter biopsicossocial, o que denota um potencial catalisador para o enriquecimento das vidas dos seus utentes, para lá da desejada liberdade das dependências.

Este estudo tem como objetivo compreender o percurso gradual de passagem de uma vida de exclusão como toxicoddependente, para uma vida reinserida socialmente, a partir do discurso dos sujeitos participantes na amostra da investigação.

Foi necessário efetuar um enquadramento teórico da problemática da reinserção social e da consequente recaída e prevenção de recaída. Complementarmente analisaram-se a perspetiva interacionista simbólica e a sociologia da experiência.

Em termos práticos, o método utilizado foi a pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, mediante entrevistas semiestruturadas, iniciadas após o consentimento oral e escrito dos entrevistados. A interpretação do material seguiu as orientações da análise de conteúdo.

Os resultados obtidos permitem perceber que o que espera estes indivíduos é uma longa e árdua caminhada, durante a qual precisam de ter muita força de vontade, serem persistentes e incentivados a lutar diariamente contra a sua dependência. Este incentivo é tanto mais importante quanto os laços afetivos sejam estreitados, sendo a instituição e a família o elo de ligação mais forte, pois sem as interações quotidianas não seriam capazes de sair da teia da adição em que se encontravam. As alterações do estilo de vida são fundamentais para um processo de mudança de identidade, onde focamos o significado da imagem e o reconhecimento social que pensam que os outros têm acerca deles, enquanto ex-toxicoddependentes reinseridos socialmente.

ROUTES OF SOCIAL REINSERTION POST EXCLUSION AS A TOXIN DEPENDENT

Abstract

This research consists of an approach related to toxic dependence as one of the greatest issues confronted by society nowadays. The programs of social reinsertion are several. In this paper we focus on the investigation of substitution treatments and bio psychosocial trend which denotes a potential catalyst for the enrichment of patient lives beyond the chemical dependence.

This study aims to understand the gradual path of a life of exclusion as a toxin dependent for a life reinserted socially from the subject's speeches who participated in this research.

Thus, a theoretical framework of the social reinsertion problematic was developed as well as for the setback and setback prevention. Besides that, an analysis of the symbolic interactionist perspective and the sociology of experience were also conducted by this study.

In practical terms, the method utilized was the qualitative research, exploratory, through interviews started after the consensus oral and written of the participants. Analysis of content was the technique utilized for data analysis.

The results demonstrate that the waiting time of these individuals is long and hard, throughout which they need a strong willpower, persistence and be motivated to fight daily for their full recovery. This motivation is as important as the sentimental connections they have with institution and family, for without them they would not be able to leave dependence on their own. Life style changes are also desirable as a process of identity changing and social recognition about what other think of them as former toxic dependents socially reinserted.

Índice

Introdução.....	1
1 – Enquadramento teórico	5
1.1 – Identidade Social, Estigma e Desvio.....	5
1.2 – Recaída e Prevenção de Recaída	7
1.2.1 – Modelo cognitivo-comportamental de Marlatt (1979, 1985)	12
1.2.2 – Prevenção da Recaída.....	13
1.2.3 – Modelo de Prevenção de Recaída Biopsicossocial de Gorski (1985)	14
1.3 – A Saída da Toxicodependência	15
1.3.1 – Tratamento Institucional.....	16
1.3.2 – Tratamento de Substituição.....	17
1.4 – Interacionismo simbólico e sociologia da experiência	21
1.5 – Socializar e Inserir.....	24
2 – Metodologia	27
2.1 – Planeamento metodológico do estudo empírico	27
2.1.1 Objetivos.....	27
2.1.2 Técnicas	28
2.1.3 Instrumentos	29
2.2 – Recolha de dados.....	31
2.2.1 – Procedimentos na recolha de dados.....	31
2.2.2 – Participantes.....	31
2.2.3 – Caracterização sociodemográfica dos participantes	33
3 – Análise e discussão de resultados.....	37
3.1 – Percurso biográfico de Reinserção Social	37
3.1.1 – Dimensão da exclusão social atingida, antes da passagem efetiva para o percurso de reinserção social	38
3.1.2 – Significado do conceito de Prevenção de Recaída	40
3.1.3 – Contextualização psicológica, temporal e social do momento-chave de passagem da exclusão para a reinserção social	44
3.1.4 – Tratamentos	47
3.1.5 – Fatores promotores do processo de reinserção social	49
3.2 – Projeto de Reinserção Social.....	51
3.2.1 – Reflexão sobre o significado de projeto de reinserção social.....	51
3.2.2 – Participantes na elaboração do projeto de reinserção social.....	52
3.3 – Transição para o trabalho.....	53
3.4 – Conhecimento de terceiros do problema da toxicodependência	55
3.4.1 – Gestão dos tempos livres	58
3.4.2 – Religião.....	60
3.5 – Reconhecimento Social	61
3.6 – Nova identidade e novo estilo de vida (projetos de vida e reconhecimento social)	63

3.6.1 – Sentimento de reabilitação da imagem e identidade perante a sociedade.....	63
3.6.2 – Significado pessoal em relação ao cumprimento do projeto de reinserção social .	64
3.7 – Discussão	65
Conclusão	71
Bibliografia	75
Anexo I – As oito categorias de situações de grande risco de recaída de Marlatt (1985)	79
Anexo II – Fases e sinais de aviso da recaída (Gorski, 1985)	83
Anexo III – Consentimento informado.....	85
Anexo IV – Guião da entrevista.....	87
Anexo V – Grelhas de análise	91
Anexo VI – Registo de observação	123

Índice de tabelas

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica	34
--	----

Índice de figuras

Figura 1 – Decisão Aparentemente Irrelevante (DAI)	11
Figura 2 – Modelo Cognitivo Comportamental de Marlatt (1979-1985)	12
Figura 3 – Trabalho em Rede no âmbito da Reinserção Social (IDT)	25

Lista de abreviaturas e siglas

ICS: Instituto de Ciências Sociais

IDT: Instituto da Droga e da Toxicodependência

PR: Prevenção de Recaída

Ce.I.S: Centro Italiano de Solidarietà

ALP: Abstinência a Longo Prazo

Introdução

A toxicodependência é sem dúvida um dos mais graves problemas da nossa sociedade. O consumo de drogas tem fomentado uma problemática cada vez mais preocupante que afeta centenas de milhares de pessoas em todo o mundo e cujas consequências incluem o desemprego, o isolamento social e afetivo, a degradação familiar, a crise de valores, a criminalidade, entre outras (Cury, 2001).

Também em Portugal os estudos apontam para a existência de cada vez mais toxicodependente. Relativamente aos perfis sociográficos da população toxicómana, a informação existente contradizem os estereótipos sociais, pois grande parte desta população possui emprego ou estuda e vive em casa dos pais. Os seus problemas de inserção resultam do isolamento social, consequência do abandono dos amigos não-toxicodependentes, pois as relações de amizade são substituídas por relações funcionais de cumplicidade em torno das drogas. Esta solidão reflete-se quando os indivíduos param os consumos, consistindo a enorme dificuldade na *“criação de novas amizades fora dos ambientes propícios à recaída e em reaprender outros tipos de relacionamentos, em suma, conseguir a sua ressocialização”* (Azevedo, 2002, p. 71).

Historicamente, em Portugal, a droga surgiu no século XVI com as descobertas marítimas. No entanto só se desencadeou após o 25 de Abril de 1974 devido às transformações sociais que a sociedade portuguesa atravessou. O fenómeno da toxicodependência encontrava-se localizado nos grandes centros e regiões litorais e hoje em dia, está presente em todas as vilas e aldeias do nosso país. Também deixou de ser um problema só de algumas classes passando a ser um problema de todos. Compete a todos nós, enquanto sociedade, a responsabilidade de ajudar a controlar e a amenizar os danos causados pela dependência das substâncias psicoactivas, pelo que a prevenção da toxicodependência e a reabilitação dos indivíduos toxicodependentes devem tornar-se importantes prioridades. Poiares indica que *“a legislação portuguesa reconheceu... em 2000/2001, que a questão das drogas não é de cariz criminal, mas de saúde... razão pela qual reprogramou todos os mecanismos, dispositivos e racionalidades de intervenção”* (Poiares, 2004, p. 207).

A “droga” define-se como sendo toda a substância de natureza química que afeta a estrutura e o funcionamento de um organismo vivo, ou seja, engloba tudo o que o indivíduo ingere, inala, injeta e absorve, seja lícito ou ilícito (Nowlis, 1990; Patrício, 1991)., mas *“mais do que a substância é a atitude da pessoa face à substância que gera a toxicod dependência”* (Patrício, 1991 como citado em Rosa, 2000, p. 27).

As drogas constituem substâncias exógenas e o seu uso provoca adição física e/ou psíquica: *“são todas as substâncias exógenas... que provocam alterações de humor e da consciência dos utilizadores, vividas com tonalidade agradável, mas que deterioram o convívio e a relação humana destas pessoas com outros”* (Neto, 1996 como citado em Rosa, 2000, p. 26).

Também Colle (1996) partilha deste ponto de vista, referindo que os consumos de drogas provocam modificações da percepção e da consciência, isolando os indivíduos do seu contexto e modificando o seu relacionamento com a realidade.

Os indivíduos dependentes têm desejo compulsivo pela substância, o que vai afetando a sua inteligência. A dependência gera nos indivíduos comportamentos semelhantes aos dos amantes, ou seja, inquietação, irracionalidade e impulsividade. A sociedade vê a origem da dependência nos fatores sociais e/ou económicos como por exemplo, a raça ou os rendimentos. No entanto, segundo Dupont, a dependência encontra-se a um nível mais profundo, *“a raiz da dependência encontra-se no cérebro humano”* (Dupont, 1997, p. 143).

Tomando este ponto de partida, na verdade, os toxicod dependentes têm poucos momentos de felicidade, não são pessoas livres. Bem pelo contrário, são prisioneiras da substância e da dependência, precisam do efeito das drogas para estimular a emoção. À medida que a dependência se agrava, os consumidores desenvolvem um estado de angústia, ansiedade e irritabilidade. Cury procura explicar este fenómeno afirmando que *“eles procurarão os efeitos das drogas, não para obter prazer, mas para tentar aliviar a dor decorrente do aprisionamento da alma. No início, drogavam-se porque as drogas produziavam um oásis, porém agora, drogavam-se porque o oásis também se tornou seco e sem vida como o deserto”* (Cury, 2001, p. 15).

O objetivo da presente dissertação é dar um contributo para o conhecimento da reinserção social e, sobretudo, para a compreensão dos contextos sociais que envolvem a possibilidade de reinserção social em pessoas que vivem um período das suas vidas encarceradas na dependência de drogas, na marginalidade e exclusão social.

Para o enquadramento teórico desta investigação, foi realizada uma revisão bibliográfica que se considerou pertinente e atualizada para os assuntos e problemáticas do objeto de estudo. Este

inicia-se com os conceitos de Identidade Social e Desvio na mudança dos toxicodependentes que vivem experiências de reinserção social, não esquecendo o papel do estigma como barreira de interação social nos processos em análise. A recaída e prevenção de recaída de toxicodependentes são focadas com o objetivo de contextualizar e integrar numa perspetiva compreensiva, a investigação nessas problemáticas.

Posteriormente passamos para a apresentação teórica dos modelos de investigação qualitativa que serviram de guia à investigação e à compreensão da problemática objeto de estudo – o Interacionismo Simbólico e a Sociologia da Experiência.

Chama-se a atenção para o facto de não ser relevante abordar nos percursos em estudo o que levou as pessoas a uma vida socialmente considerada desviante ao enveredarem pelos consumos de substâncias ilegais, mas antes, compreender aquilo que as levou a proceder a um desvio dos seus percursos de exclusão no sentido de uma reinserção social e estilo de vida convencional e considerado “correto” na sociedade de origem.

Para a implementação do estudo empírico desta investigação justificou-se a utilização de uma metodologia qualitativa, pois esta está amplamente indicada para estudar histórias e percursos de vida de pessoas, comportamentos e relações interpessoais. Esta metodologia justifica-se pois proporciona os caminhos e instrumentos mais adequados.

Finalmente, no último capítulo, são analisados e discutidos os resultados desta investigação.

1 – Enquadramento teórico

1.1 – Identidade Social, Estigma e Desvio

Cada indivíduo possui uma identidade social que o caracteriza enquanto ator com atributos estabelecidos pelos diversos organismos sociais. Segundo Rey (1985), o toxicómano não é um marginal, mas sim um marginalizado. Este autor vê o toxicómano como um indivíduo rejeitado, mal preparado para enfrentar a realidade social e, por isso, sem hipótese de ser livre ou concretizar os seus sonhos. Por outro lado, Colle surge com uma definição mais física e estigmatizada do indivíduo dependente, caracterizando-o como sendo “jovem, cabeludo, contestatário e sujo... era apresentado como ignóbil, doente, mesmo violento, que martirizava a sua família e influenciava os amigos para que eles se drogassem também” (Colle, 1996, pp. 56-57).

Esta definição em muito se assemelha à de Goffman, pois segundo este autor, a sociedade estabelece categorias para as pessoas considerarem os indivíduos como tendo atributos naturais ou não. Quando um estranho nos é apresentado, a nossa primeira impressão irá permitir prever qual a sua categoria, ou seja, a sua “identidade social”. Por um lado, existem aqueles que se afastam negativamente, designados por Goffman, de “normais”, que discriminam e constroem uma teoria do estigma. Quanto ao indivíduo estigmatizado, este sente que é um ser humano normal e permanece “isolado por sua alienação, protegido por crenças de identidade próprias” (Goffman, 1988, p. 16). Este autor mostra dois pontos de vista: por um lado, o olhar da sociedade, porque se o estigma não for visto nem conhecido, “o indivíduo não é desacreditável enquanto mantiver o atributo escondido” (idem, p. 16). Por outro lado, o olhar do indivíduo estigmatizado, porque se o estigma é visível ou conhecido, “o indivíduo é desacreditado e sente-se desacreditado” (Xiberras, 1993, p. 138). Assim, o normal e o estigmatizado não são pessoas mas sim perspetivas.

O indivíduo desviante era visto como sendo “anormal”, tendo sintomas ou expressões de desequilíbrio e/ou doenças, onde, segundo Velho (1974), bastava diagnosticar o mal de que sofria e tratá-lo. Claro que existiam males controláveis e outros “incuráveis”. Assim, o mal estaria localizado no indivíduo, definindo o fenómeno como endógeno ou hereditário. Becker afirma ainda

que o comportamento desviante é criado pela sociedade, ou seja, são os grupos sociais que criam o desvio quando estabelecem regras “cuja infração constitui desvio” (Becker, 1963 como citado em Velho, 1974, p. 23). Assim, o desvio não é o ato que o indivíduo faz, mas sim a consequência da aplicação de regras e sanções por parte de outrem ao “transgressor”.

A ideia de estigmatização aproxima-se da noção de “desvio social”, pois este conceito, tal como o de estigma, não pode ser pensado isoladamente. A temática do desvio é herdeira do pensamento de Durkheim e Simmel, pois este constrói-se pelo conceito de anomia e também “a partir de uma hipótese ainda por verificar: quando a densidade social aumenta, a densidade moral decresce” (Xiberras, 1995, p. 95). Assim, quando a densidade moral decresce, aparecem as patologias sociais modernas: vícios, criminalidade, anomia, desvio, marginalidade, etc.

O conceito de desvio aplica-se às condutas individuais ou coletivas que transgridem as normas de uma dada sociedade/grupo. Ao definir os comportamentos socialmente aceitáveis, define-se também as condutas desviantes. O desvio pode ser visto “como um atentado à ordem social”, mas também pode ser concebido “como um signo da incapacidade dos grupos e das sociedades em matéria de socialização e contenção dos comportamentos dos seus membros” (Ferreira, 1995, p. 429). Segundo este autor, o desvio não é exclusivo de indivíduos ou grupos mas deve ser analisado enquanto processo social interativo, ou seja, por pessoas desviantes e não desviantes, pois os indivíduos participam da construção da própria realidade social desviante. Assim, os diversos tipos de desvio considerados altamente disfuncionais para a sociedade, como a toxicodependência, não é um mero produto de transgressões de indivíduos e grupos “anormais”, mas uma forma de reação social.

O desvio constitui “uma propriedade que não pertence nem à pessoa desviante, nem ao seu comportamento mas à interação entre dois grupos: aqueles que transgridem e aqueles que regem o ato de transgressão” (Xiberras, 1993, p. 119).

Os comportamentos desviantes começaram a ser investigados sociologicamente com a Escola de Chicago, na década de 50 do século passado. Vários foram os investigadores a darem o seu contributo.

Edwin Lemert (1951) foi um dos autores que mais contribuiu para a construção da Teoria da Rotulagem. Segundo este autor, as formas de desvio comportamental passam por duas fases: o desvio primário e o desvio secundário. O desvio primário choca com os valores, normas, papéis e ideologias de uma dada sociedade mas o seu significado não é muito relevante nem para o indivíduo nem para a sociedade. Por outro lado, existe o desvio secundário, que surge quando

intervém uma operação de rotulagem. Assim, o controlo social é fundamental para a definição de desvio, pois é ele que “ao reprimir, estigmatizar e segregar os desviantes, os transforma em agentes ativos do desvio, obrigando-os com a sua intervenção a construir uma identidade especificamente desviante” (Ferreira, 1995, pp. 444-445).

Howard Becker (1963) afirma ser possível observar dois pontos de vista diferentes e ambas as conceções são visões da realidade. Por um lado, existe “o dos drogados, que afirmam que os não drogados os julgam injustamente, sendo inspirados por motivos moralmente baixos como por exemplo, a inveja” (Becker, 1963 como citado em Xiberras, 1993, p. 120). Por outro lado, existe o ponto de vista das pessoas “que estimam que o drogado constitui uma categoria de delinquente, com uma personalidade perturbada, totalmente destituída de moralidade” (Becker, 1963 como citado em Xiberras, 1993, p. 120). Assim, a sociedade pode ou não aceitar um ato como desviante ou não. E o desviante pode estar de acordo com o facto de ser desviante ou, pelo contrário, pode achar-se normal e injustamente estigmatizado.

Alain Touraine (1991) apontava a exclusão como sendo a oposição entre os de “dentro” e os de “fora”. A exclusão abrange grupos, mas os próprios indivíduos não se veem como grupo. A exclusão de hoje, nada tem a ver com o conceito dos anos 70: tratava-se de uma exclusão residual, ou seja, “o afastamento de uma fração da população que não conseguia apanhar o comboio do progresso e inscrever-se na modernidade” (Soulet, 2000, p. 12). Hoje em dia, a exclusão é pensada como marginalização em relação à sociedade, “apresentada como um estar de fora do social” (Soulet, 2000, p. 13). A exclusão não funciona como conceito solitário; encontra-se associado ao conceito de inclusão ou de integração, ou seja, “não há excluído total que não seja um pouco incluído” (Soulet, 2000, p. 13).

1.2 – Recaída e Prevenção de Recaída

Tem vindo a ser reconhecido pelos investigadores o envolvimento do Homem em relação à sua atividade com a droga, “com prejuízo para a sua saúde física, mental ou social, mantendo este comportamento apesar de verbalizar a intenção de o interromper” (Esteves e Coelho, 2007, p. 5).

A investigação cerebral sobre a dependência ajuda a desmistificar e compreender melhor esta afirmação, pois as pessoas agem como se estivessem hipnotizadas, “como se os centros de

prazer... as mandassem consumir drogas com uma voz inacessível às suas mentes conscientes” (Dupont, 1997, p. 152). Este processo é denominado de negação, como se a dependência dissesse ao ouvido dos indivíduos para irem consumir, que não existe problema. A negação pode impedir o toxicodependente de ver a sua atitude de dependência. Como se essa voz hipnótica da dependência dissesse que nada está a acontecer e que o próprio indivíduo não está a fazer aquilo. “Quando confrontamos os toxicómanos com o seu comportamento de dependência, estes negam-no. Será que estão a mentir conscientemente, ou a ser enganados pela própria doença?... Ambas as respostas estão certas” (Dupont, 1997, p. 153).

Os toxicodependentes perdem o controlo das suas vidas, negam os comportamentos causados pela adição assim como os problemas que eles provocam. Mantêm os seus comportamentos de dependência em oposição às normas sociais, às leis e aos valores religiosos. Ou seja, qualquer indivíduo, seja qual for a sua classe social se torna desonesta e irresponsável: o poder da dependência não pode ser subestimado pois controla o comportamento humano, independentemente da inteligência ou da personalidade.

Muitos autores acreditam que os impulsos para o consumo sejam um dos muitos motivos explicativos em muitos casos de recaída. Os dados estatísticos relativos à recaída mostram que 2/3 dos pacientes recaem no período subsequente ao término do tratamento (3 meses). Segundo Gorski (1991), “cerca de um terço das pessoas que fazem tratamento atinge a sobriedade à primeira tentativa, outro terço tem um período breve de uma ou duas recaídas antes de atingir a abstinência continuada e, finalmente, o último terço tem recaídas repetidas e eventualmente morre em consequência da dependência de substâncias” (Gorski, 1991 como citado em Henriques, 2004, p. 387).

Quando o indivíduo cai, não volta ao início dos consumos, isto porque “a doença da dependência continua a progredir. Isto significa que, quando se começa de novo a consumir drogas, não se volta ao ponto onde se estava quando se deixou de consumir. Quando se tem uma recaída, começa-se no ponto onde se estaria se nunca se tivesse parado” (Dupont, 1997, p. 387). No entanto, uma recaída não deve ser entendida como uma perda de uma guerra, pois uma guerra é composta de muitas batalhas. Cury (2001) mostra que uma recaída deve ser encarada como a perda de uma das batalhas. Mesmo após as recaídas, é fundamental incentivar os indivíduos e continuar a lutar contra a dependência, para os ajudar a vencer. A recaída não significa que o indivíduo falhou, mas sim que teve um percalço e por isso tem mais para aprender. Quando os indivíduos decidem entrar num processo de recuperação, o primeiro passo passa pela aceitação

da perda, ou seja, os dependentes químicos precisam entender e aceitar que têm uma doença crônica e precisam fazer mudanças no seu funcionamento global para conseguir lidar com as dificuldades do dia-a-dia sem recorrer a substâncias psicoativas.

A qualquer tipo de perda segue-se o processo de luto. Isto porque, quando o indivíduo deixa a sua dependência, sofre inúmeras perdas. A primeira perda é a substância que é considerada uma amiga fiel, que afasta o sofrimento e ter uma melhor opinião de si mesmo. O uso esteve sempre presente: “Passar sem ele pode ser devastador. De repente ficamos sem as nossas muletas e pensamos que temos de aguentar sozinhos sem qualquer espécie de ajuda” (McDonald, 1997, p. 5). Outra perda significativa é a dos amigos, pois a droga tem simultaneamente um velho círculo de amigos. Existe ainda a perda da autoimagem e da autoestima, pois sob o efeito da substância, os indivíduos acreditam que controlam qualquer situação, que não se prejudicam nem prejudicam os outros. Por isso, quando deixam de consumir, os indivíduos percebem que não é bem assim. “Tomar consciência destes factos constitui um terrível golpe para muitos... e destrói a autoestima e as ilusões” (McDonald, 1997, p. 6). Por causa do uso e abuso de substâncias, muitos indivíduos perdem também a família (pais, esposos, filhos), acabando por perder também a sua razão de viver.

Para mudar é necessário mudar as atitudes, ou seja, comportamentos e atitudes individuais que são determinadas por percepções e normas culturais. O processo de mudança é uma aprendizagem, ou seja, é a integração de uma informação nova no campo da percepção. Lewin mostra que a mudança acontece em grupo, ou seja, na dinâmica da mudança social, “a mudança de atitudes individuais é mais fácil de se operar numa situação de grupo: assim que os indivíduos se encontram em grupo, eles têm tendência para se apoiar na dinâmica deste grupo de forma a modificar as suas atitudes” (Lewin, 1948 como citado em Fischer, 2001, p. 11).

A prevenção da toxicodependência é da responsabilidade de todos e nunca termina. Consiste num processo de redução e não de eliminação da toxicodependência. Qualquer programa de prevenção visa a “melhoria da saúde, bem-estar e condições de existência do indivíduo, o que, em termos específicos, passa pela melhoria dos níveis de saber e de competência, pela promoção da responsabilidade individual e pelo desenvolvimento de laços sociais e comunitários” (Morel *et al.*, 2001 como citado em Borges & Filho, 2004, p. 253).

Para prevenir a recaída é necessário compreender em que consiste e pôr em causa as ideias preconcebidas a respeito. A adição é uma doença mas, quando alguém tenta ajudar e se depara com uma recaída, tende a classificar o indivíduo como alguém desmotivado e sem solução. Por

isso, é necessário conhecer os fatores-chave de risco e os fatores protetores. A recaída reúne um conjunto de fatores individuais, mas alguns fatores comuns podem ser identificados. Para Esteves & Coelho (2007), o fator mais importante nas recaídas corresponde ao impulso incontrolável de consumir, que pode manter-se muito tempo após o indivíduo estar livre de drogas. Por outro lado, o consumo de drogas provoca tensões e rupturas nas relações interpessoais. Finalmente, existe a tomada de decisão, ou seja, a decisão explícita de voltar a consumir.

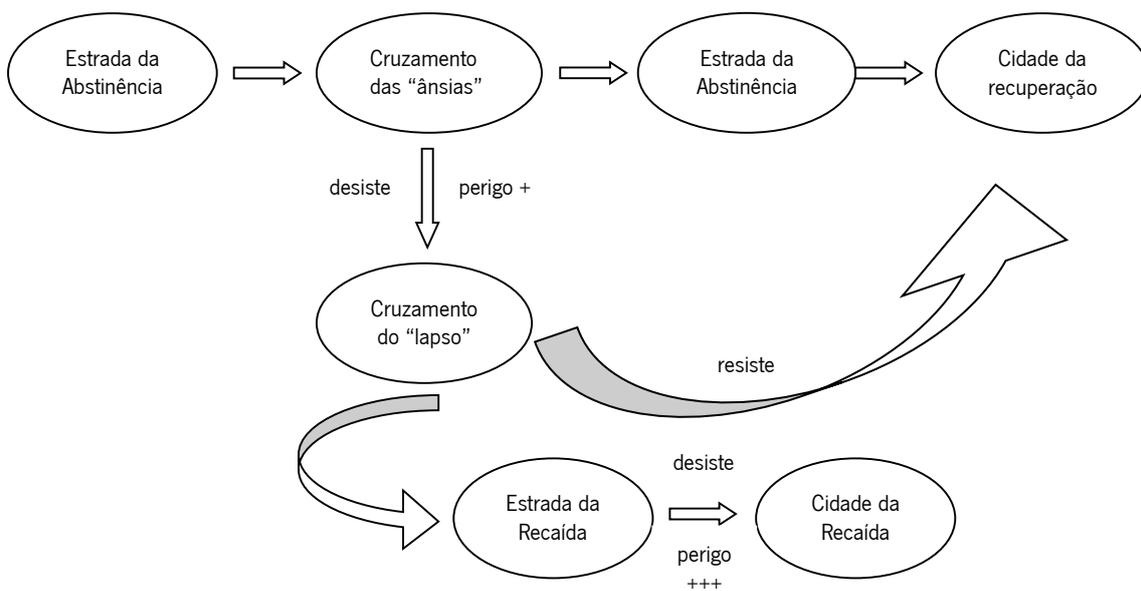
Existem dois conceitos que se diferenciam pois as implicações terapêuticas são diferentes: lapso e recaída. Schulman (2002) estabelece as diferenças entre lapso e recaída. Segundo este autor, existe por um lado o lapso, que se caracteriza como sendo impulsivo; trata-se de um consumo único ou de curta duração, acompanhado de culpa. Existem consequências relativamente pequenas e o desejo honesto de vontade de regressar à abstinência. Por outro lado, existe a recaída, que se caracteriza como sendo planeada, onde já existem longos períodos de uso e o indivíduo torna-se muito defensivo e justificativo. Existem consequências relativamente grandes e o desejo de voltar à abstinência é incerto. Henriques (2004) partilha desta ideia, referindo que para ser eficaz, um programa de prevenção da recaída previne o lapso e, no caso de este acontecer, evita que esse lapso inicial se transforme numa recaída. “No lapso, a pessoa passa do estágio de manutenção para o de recaída e volta rapidamente à ação, pede ajuda e reorganiza o programa de recuperação ajustado à nova realidade. Na recaída a pessoa fica no estágio de contemplação e ambivalente sobre parar de novo... não faz esforços ou não pensa sequer em voltar a parar os consumos” (idem, p. 390).

A Roda dos Estágios de Mudança foi pensada por Prochaska e DiClemente (1982, 1986), na qual delinearão sete estágios principais de mudança. A primeira fase refere-se à Pré-Contemplação, onde o indivíduo não está em processo de mudança, pois não se apercebe que tem um problema. Na fase da Contemplação, já existe admissão da necessidade de mudança, mas existe também uma atitude ambivalente, ou seja, uma parte da pessoa sente que tem de mudar e a outra resiste à mudança. O momento de viragem dá-se na fase da Determinação/Preparação: esta pode ser gradual até atingir um ponto de maturação. Pode ainda existir uma crise motivacional que pode ser desencadeada por um acidente, doença ou crise laboral ou familiar. Numa quarta fase, o indivíduo parte para a Ação, onde faz concretamente algo para mudar. É a fase da mudança inicial que corresponde, normalmente, ao tratamento propriamente dito. A Manutenção é o grande desafio da mudança dos comportamentos aditivos. Manter a abstinência é uma tarefa muito complicada. Se a fase da ação é sobretudo uma fase

intensiva e de qualidade, a fase de manutenção é de persistência e extensiva. A Recaída é o regresso ao uso da substância ou ao comportamento aditivo que se queria mudar. Após a recaída, a pessoa pode ter uma atitude derrotista e de desistência. O indivíduo desmoraliza e temporariamente desiste da mudança, continuando a consumir. A outra alternativa, não destrutiva, é reconhecer a recaída, passando de novo à ação, interrompendo os consumos, reavaliando o programa de recuperação e de prevenção de recaída e aprendendo novas estratégias para manter a recuperação ativa e evitar novas recaídas. Por fim, a sétima e última fase corresponde ao Término ou Saída Permanente, sendo a dependência química uma doença crónica, esta fase caracteriza-se por ser um estágio de manutenção do processo de mudança em que se atinge um grau elevado de estabilidade nas estratégias de manutenção e em que a pessoa sai do ciclo de mudança.

Marlatt (1985) descreve a situação de um indivíduo viciado no jogo. No entanto, iremos fazer a mesma análise mas referindo-nos a um indivíduo com problemas a nível de substâncias psicoativas. Assim, o indivíduo está de volta à sua casa e teve uma discussão com alguém próximo e “sem querer” optou pela estrada que levava ao bairro. O aparecimento de pessoas ligadas ao consumo, todo o ambiente que é vivido, todas as lembranças, as associações, tudo isto cria a condição de recaída. Toda a “cadeia de acontecimentos permite perceber que a recaída era inevitável após a decisão errada – Decisão Aparentemente Irrelevante (DAI), de entrar na estrada de risco” (Marlatt, 1985 como citado em Henriques, 2004, p. 395) (Figura 1).

Figura 1 – Decisão Aparentemente Irrelevante (DAI)

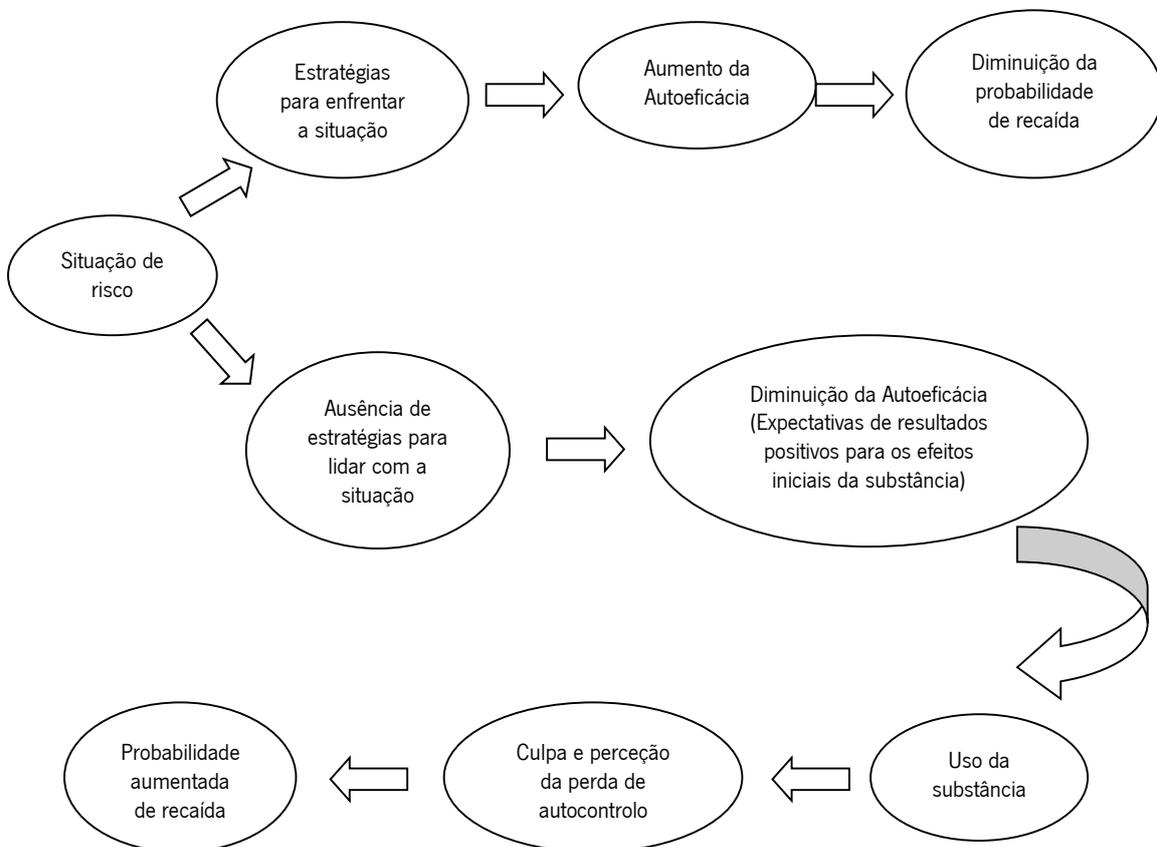


1.2.1 – Modelo cognitivo-comportamental de Marlatt (1979, 1985)

Este modelo baseia-se na identificação das situações de risco de recaída e no desenvolvimento e treino de competências e estratégias para lidar com elas. “Uma situação de grande risco é aquela que constitui um desafio importante à capacidade de controlo da pessoa e pode aumentar o risco de uma recaída” (Henriques, p. 393).

Sempre que o indivíduo enfrenta (com sucesso) as suas dificuldades, aumenta o sentimento de autoeficácia e diminui a probabilidade de recaída. Pelo contrário, quando o indivíduo não se sente capaz ou não tem estratégias para lidar com as situações de risco, pode levar a uma diminuição da motivação e levar a um lapso inicial. Este lapso inicial pode desencadear um estado de vergonha e atribuição da culpa por ter falhado e precipitar-se uma recaída. A metodologia da prevenção de recaídas de Marlatt baseia-se, essencialmente, na “identificação das situações de risco de recaída e o desenvolvimento e treino de estratégias para lidar com elas” (Henriques, 2004, p. 394), tal como está descrito na Figura 2.

Figura 2 – Modelo Cognitivo Comportamental de Marlatt (1979-1985)



Marlatt e Gordon (1985) registaram três grandes categorias da situação de risco, onde se predispõe o facto de não ficar muito tempo numa situação ZECS (Zangado, Esfomeado, Cansado, Sozinho), como se poderá verificar no Anexo I:

- Estados emocionais negativos – raiva, frustração, depressão, ansiedade, aborrecimento (35%)
- Pressão social para consumir – oferta ou persuasão para consumir (pressão direta) ou estar em lugares onde outras pessoas consomem (pressão indireta) (20%)
- Situações de conflito interpessoal – discussões conjugais ou familiares, conflitos laborais, discussões com amigos (16%)

1.2.2 – Prevenção da Recaída

Existem dois períodos ligados à prevenção: antes da Sida e depois da Sida (a partir de 1985). Antes da Sida, existiram debates no seio da classe média. Desde 31 de Dezembro de 1970, as estatísticas mostram um aumento dos consumidores de drogas e um aumento de detenções. A prevenção tinha apenas um objetivo: a abstinência. Claude Olievenstein (1980) distingue consumidores recreativos de consumidores doentes. Para este autor, muitas pessoas recorrem a substâncias psicoativas, pondo-lhes termo sem recorrer a qualquer instituição especializada. Por isso, existia o medo enorme da informação e da prevenção: "... falar de drogas era provocar nos jovens que até aí ignoravam a sua existência o desejo de as experimentarem. Exibir toxicómanos que abandonavam o consumo era dar a entender que se podiam conduzir experiências com drogas proibidas, sendo depois fácil levar ao abandono do seu consumo" (Olievenstein, 1980 como citado em Colle, 1996, p. 56). A prevenção resumia-se a conversar com os jovens mas sem falar em substâncias estupefacientes, ou seja, o objetivo era assustar, não fazer distinção das drogas, não falar do assunto e apenas confirmar a tese dos riscos de escalada e dependência. Nesta altura, a prevenção significava apenas repressão do uso e dissuasão sistemática: restringir o acesso a seringas foi considerado uma medida dissuasora, assim como proibir medicamentos contendo opiáceos.

Em 1982 foi criada a Comissão Interministerial de Luta contra a Toxicomania que recebeu a incumbência de coordenar as ações de prevenção da toxicomania, prevendo três tipos de prevenção. A Prevenção Primária visa impedir o problema, ou seja, o seu principal objetivo é

informar os jovens e os adultos para que não experimentem, mesmo em caso de oferta de estupefacientes. A prevenção primária reduz as “probabilidades de um indivíduo usar uma substância, como as que promovem o fortalecimento de fatores protetores e diminuem os fatores de risco” (Borges & Filho, 2004, p. 244). A Prevenção Secundária visa identificar o problema, a fim de travar o processo; interrompe “o abuso e dependência de substâncias, como é o caso de intervenções breves quer de tratamento e reabilitação propriamente ditos” (idem, p. 244). A Prevenção Terciária visa impedir o desenvolvimento dos sintomas e tratar as sequelas enquanto se mantiverem os contextos que provocaram as dificuldades, ou seja, “mantêm o indivíduo abstinente a longo prazo, como os cuidados pós-tratamento ou mesmo de prevenção de recaída” (ibidem, p. 244).

Depois da Sida, em 1985, o consumo elevado de medicamentos é a confirmação do falhanço das políticas de informação baseadas unicamente na dissuasão. Percebeu-se então que se tornava necessário falar do assunto com os jovens. “Os adolescentes curiosos não esperam pelas sessões de informação para se esclarecerem sobre as drogas. A imensa maioria dos adolescentes faz a distinção entre os derivados da cannabis e as drogas mais duras... em todos os meios, eles estabelecem a diferença entre um uso recreativo do álcool e da cannabis e os comportamentos devastadores dos junkies” (Colle, 1996, p. 61).

A prevenção de recaída é considerada uma técnica de pós-tratamento mas deve ser uma continuidade no processo terapêutico como forma de manter a abstinência. Sendo que a doença aditiva afeta o indivíduo no seu todo, também o processo de recuperação e de prevenção devem ser biopsicossocial e espiritual. “A PR abrange tanto as estratégias de manutenção, de antecipação e prevenção das situações que possam levar à recaída” (Henriques, 2004, pp. 391-392).

1.2.3 – Modelo de Prevenção de Recaída Biopsicossocial de Gorski (1985)

Gorski (1985) fez um estudo exaustivo que permitiu caracterizar o percurso de recaída e de sinais de aviso para interromper esse mesmo processo. A terapia da prevenção de recaída “ensina a pessoa a identificar e a gerir os sinais de aviso e aprender estratégias para interromper o processo de recaída” (Henriques, 2004, p. 397).

Segundo Gorski, o processo de recaída pode iniciar-se com um acontecimento stressante, desorganizando o processo de recuperação, reativando os sintomas de abstinência, antes da

pessoa pedir ajuda: “... inicia-se uma mudança de atitude, face à recuperação, pondo em causa o compromisso com a mudança, questionando o bem-estar e a possibilidade de manter a sobriedade, iniciando uma fase de emoções e sentimentos negativos” (idem, p. 397). O indivíduo desiste da recuperação e pode regressar aos consumos. Após a recaída “agravam-se os sentimentos de culpa e vergonha, com perda do controle sobre os consumos e agravamento dos problemas de vida e de saúde” (ibidem, p. 398).

Como se poderá verificar no Anexo II, o Modelo de Prevenção de Recaída Biopsicossocial de Gorski (1985) pressupõe três grandes fases:

- 1ª Fase: Disfunção interna
Nesta fase, os sinais de aviso são os sintomas ALP (Abstinência a Longo Prazo) e só o próprio indivíduo poderá interromper o processo e regressar à recuperação. O sujeito sente dificuldades em pensar com clareza, problemas de memória, dificuldade em gerir sentimentos, emoções e stress, não consegue dormir repousadamente. Regresso à negação de todos estes sintomas: o indivíduo faz de conta que não sente.
- 2ª Fase: Disfunção externa
Nesta fase regressam os padrões de comportamento anterior, o indivíduo torna-se defensivo, isola-se, abandona o programa de recuperação, perde a capacidade de avaliar e tem reações exageradas.
- 3ª Fase: Perda de controlo
Nesta fase, o indivíduo já se isolou, perdeu contactos sociais de apoio. O indivíduo perde o controlo do seu comportamento e reconhece a perda de controlo.

1.3 – A Saída da Toxicodependência

A saída da toxicodependência não é um processo claro e unilateral. A recuperação não faz parte da doença: recuperar exige dedicação, tanto da pessoa dependente como de todos os membros da família; é difícil pois é necessário vencer “o comando poderoso do cérebro egoísta do toxicodependente” (Dupont, 1997, p. 281). O problema do indivíduo não é a dependência física, mas a perda de controlo, consequência da estimulação química dos centros de prazer do cérebro. Outro problema é a desonestidade relativamente a esse consumo e aos problemas que

provoca. A recuperação da dependência implica a opção por um novo estilo de vida para a pessoa dependente e para as pessoas co-dependentes da família do toxicómano.

O tratamento político e social da toxicodependência tem sido alvo de debates. O grande objetivo do tratamento é a abstinência e, no entanto, é “legal e prática corrente – prescrever opiáceos a um toxicodependente e considerar que isso faz parte do seu tratamento” (Geismar-Wieviorka, 1999, p. 11).

As teorias explicativas da saída da toxicodependência têm sido alvo de grande discussão, não existindo uma resposta universal. O tratamento pode ser diversificado, desde as comunidades terapêuticas, ao acompanhamento social e aos tratamentos de substituição. Existem ainda saídas sem tratamento, o que não significa que o tratamento seja inútil pois “quanto mais desfeitos estiverem os laços sociais, mais isolado e doente estará o consumidor e mais necessário será o tratamento” (Lowenstein *et al.*, 1998, p. 41). O tratamento tem vários papéis, não sendo o mesmo para todos os indivíduos: enquanto uns terão necessidade de um acompanhamento contínuo a nível psicológico e social, outros irão necessitar de um tratamento de substituição ou apenas de um tratamento em situações de crise, conseguindo assim ultrapassar os seus obstáculos. A mudança de cada um é longa e dependendo da estrutura e das diversas variáveis, poderá necessitar de acompanhamento, quer este seja profissional ou não. Isto porque enquanto o consumidor não desejar o distanciamento ou a paragem nos consumos e não conceber uma alternativa, ou seja, enquanto a substância lhe for útil/necessária, a cura só poderá ser um fracasso.

1.3.1 – Tratamento Institucional

Portugal foi um país pioneiro nos empreendimentos psicossociais. Em 1965 foi construído um centro de tratamento psicossocial em Macau (território associado ao jogo e ao ópio). No entanto, este novo paradigma só voltou a ser seguido nos anos de 1975-76, por razões políticas: “... a problemática da droga foi relacionada com o movimento da oposição. O discurso público tentava convencer que a toxicodependência era antipatriótica, e representava uma ameaça para a ordem pública” (Sommer, 2004, p. 49). Após a Revolução de 25 de Abril de 1974 foram adotadas algumas medidas que previam o tratamento de toxicodependentes, sendo criadas estruturas médico-reabilitativas. O avanço foi lento pois o objetivo consubstanciou-se na tentativa de alargar a perspetiva da droga. Contudo, devido a razões políticas, não foi posta corretamente em prática.

Qualquer instituição que trata toxicómanos tem o principal objetivo de ajudar a mudar os indivíduos que a elas se dirigem, normalmente de livre vontade. Cada indivíduo é único mas as instituições possuem regras de funcionamento dirigidas a todos. “Estas regras serão tanto mais impostas quanto mais «pesada» for a instituição, isto é, do tipo internato, e tanto mais moduladas quanto mais «ligeiras» esta for, como por exemplo, um consultório médico” (Geismar-Wieviorka, 1999, p. 154).

Uma característica relevante no tratamento da toxicodependência é a terapia comportamental e cognitiva: os terapeutas ajudam os utentes a aprender novas maneiras de pensar e de se comportar. Esta terapia baseia-se na “teoria de aprendizagem social que considera que a dependência está relacionada com grandes problemas psicológicos da vida do toxicómano... A terapia treina os toxicómanos a identificarem os elementos pessoais que desencadeiam o consumo... e a aprenderem novas técnicas para lidar com esses problemas” (Dupont, 1997, p. 363). Este modelo de tratamento inclui uma equipa multidisciplinar, que trabalha cada indivíduo num plano individual e social, para ir ao encontro das necessidades específicas de cada um. Com estes programas, os pacientes aprendem a perceber o significado da dependência, que esta doença é progressiva, crónica e que pode ser fatal. A sinceridade é o antídoto para a toxicodependência, sendo este o conceito mais simples para resumir um tratamento de qualidade e sucesso: a sinceridade na vida pessoal, familiar e social é essencial para a recuperação da dependência.

No entanto, o tratamento da toxicodependência tem vindo a ser criticado pela sua eventual ineficácia; críticas injustas e irrealistas, que refletem a falta de conhecimento em relação ao tratamento da dependência. Existem duas observações sobre as investigações da eficácia a longo prazo do tratamento da toxicodependência. “Em primeiro lugar, quanto mais tempo o toxicómano permanece em tratamento melhores resultados essa pessoa tem a longo prazo. Em segundo lugar, quanto mais frequente e mais longa continuar a ser a participação do dependente nas associações... mais positivos serão os resultados a longo prazo de qualquer tipo de dependência” (Dupont, 1997, p. 381).

1.3.2 – Tratamento de Substituição

O tratamento de substituição surgiu em França, como último recurso na terapêutica da toxicodependência, ou seja, quando os indivíduos tentavam a abstinência sem êxito ou quando os

consumos já duravam há mais de sete anos ou ainda para cuidar das doenças infecciosas dos doentes. Assim, o tratamento de substituição atenua as tensões, protege a saúde do consumidor, afasta-o do mundo da delinquência e da marginalidade, controla o seu consumo em termos de frequência e de quantidade mesmo que o indivíduo não encare ainda uma vida sem droga. Segundo Lowenstein, este tratamento induziu “uma imagem dos cuidados numa ótica humanitária, sem reais objetivos terapêuticos” (Lowenstein, 1998, p. 47).

Na farmacodinâmica, a heroína e a metadona são substâncias bastante semelhantes, encontrando-se a diferença no tempo de ação. Strengers faz uma distinção entre as suas substâncias: “... a história recente mostra-nos uma verdadeira luta para que as representações da heroína e da metadona se oponham, para que a segunda se torne um verdadeiro medicamento sem nada em comum com a heroína... todo um conjunto de medidas que criariam dois produtos perfeitamente distintos” (Strengers, 1995 como citado em Fernandes, 1998, pp.68-69).

O tratamento de substituição (metadona, LAAM, Buprenorfina) pode ser iniciado sem necessidade de internamento, nem fazer a desintoxicação. Faz-se uma troca, ou seja, quando o indivíduo apresenta sinais de falta da heroína (sintomas de ressaca), inicia-se a toma do substituto. A substituição pretende prevenir a recaída; com este tratamento, o indivíduo não tem sofrimento físico, nem necessidade física de consumir, reduz o mal-estar psicológico causado pela droga. A desabitação faz-se mediante a administração de doses decrescentes de um medicamento opiáceo. Por um lado, existe a metadona: este medicamento é o opiáceo sintético mais utilizado no tratamento da dependência. Este fármaco substitui o consumo de heroína, estimulando menos euforia, embora provocando uma intensa dependência física e psicológica. É muito importante perceber que muitos dependentes tomam metadona para não sentirem a ressaca e consomem ao mesmo tempo bebidas alcoólicas para potenciar o efeito. Outros existem que tomam metadona consumindo cocaína. Se o dependente tomar uma pequena dose de metadona, esta alivia ou anula o sofrimento provocado pela privação; se a tomar diariamente em doses intermédias, não sentirá sintomas de privação mas se o indivíduo consumir heroína, sentirá o seu efeito de euforia. Se o indivíduo tomar diariamente em doses elevadas, o dependente não sente sinais de privação e se consumir heroína também não sentirá o seu efeito. Se o doente for apoiado pode realizar este tratamento em regime ambulatorio. No entanto, para evitar que o programa seja pervertido é preferível o doente ir à unidade de saúde tomar o medicamento, pois “há sempre que ter em atenção a possibilidade de o doente consumir outras drogas... a facilitação é relaxada, surgem as consequências adversas. Disso são testemunho as situações de uso indevido, de tráfico e mercado

negro, de acidentes, de overdose, situações conhecidas de intervenientes em toxicod dependência na sua atividade quotidiana” (Patrício, 2002, p. 155).

Por outro lado, existe a Buprenorfina Sublingual considerada uma alternativa interessante do ponto de vista clínico. Este medicamento é um opiáceo semissintético que suprime os sintomas de privação opiáceos nos dependentes, sendo bastante eficaz absorvida por via sublingual (5 a 10 minutos). Este fármaco é utilizado em terapia de substituição desde 1985. Nos indivíduos dependentes não provoca nem euforia nem sedação, ou seja, anula os sintomas de privação, a falta e a ânsia de consumir. Se o indivíduo desejar voltar a sentir euforia, “deixará de tomar o medicamento, porque sob o efeito de Subutex®, em dose de estabilização, a heroína não bate. Mas, há quem derive dos consumos ilícitos para outras substâncias, como sejam a cocaína (situação mais grave, pelos riscos de desorganização mental), o álcool e os sedativos” (Patrício, 2002, p. 161). A buprenorfina desencadeia síndrome de privação, se o indivíduo parar subitamente o tratamento. Mas com uma redução gradual e controlada não surgem sintomas.

Desde 1985 que o Dr. Marc Reisinger demonstra o interesse pelo estudo dos tratamentos de substituição. Em 1994, na Conferência Interuniversitária de Consensus, transmitiu a sua experiência na prescrição de buprenorfina a 150 pacientes durante 10 anos e de metadona a 70 pacientes durante 3 anos. “Com a buprenorfina, 60% dos pacientes abandonava imediatamente o tratamento (após um mínimo de três prescrições) e 25% seguiam o tratamento de forma irregular, alternando as tomas de heroína e de buprenorfina. Com a metadona, em contrapartida, os abandonos imediatos do tratamento são quase inexistentes e a percentagem total de abandonos no consultório (em média após seis meses de tratamento) não ultrapassa os 20%” (Reisinger, 1994 como citado em Lowenstein, 1998, p. 53). Esta diferença deve-se aos efeitos diferentes das substâncias, pois com a metadona, os efeitos de descontração e ligeira euforia são sentidos claramente pelos heroinómanos, mesmo que menos intensamente. Em relação à buprenorfina, esta provoca poucos efeitos, apenas um efeito normalizante, representando um certo alívio, o que era considerado um estado insuficiente e por isso era abandonado por não proporcionar os efeitos dos opiáceos.

O tratamento de substituição divide-se em cinco fases. O início do tratamento dura 5 a 10 dias e é a fase em que se reajustam as doses para impedir o aparecimento dos sintomas de abstinência. Este acompanhamento deve ser rigoroso pois quando o indivíduo passa da heroína de rua para a buprenorfina, este precisa reorganizar-se, sendo necessários alguns dias para se

habituar à nova substância e saber distinguir o mal-estar originado pela adaptação ao novo produto daquele que é originado pelos sintomas de abstinência.

Até aos três meses de tratamento, consegue-se perceber se o indivíduo consegue uma primeira estabilização e renunciar completamente ou quase ao abuso de substâncias ou se a estabilização continua problemática. Por vezes, nesta fase, “os consumos são ocasionais, por vezes regulares (durante o fim-de-semana, por exemplo), mas não comprometem o equilíbrio pessoal e social do consumidor” (Lowenstein, 1998, p. 112). Outras vezes, os indivíduos não conseguem ou não desejam renunciar ao prazer da droga: o consumidor confessa o consumo de droga ou queixa-se de um consumo compulsivo, pede tratamento, mas não consegue submeter-se.

Para os consumidores que conseguem uma estabilização em 3-6 meses, surge uma terceira fase, em que o indivíduo pode começar a realizar projetos (procurar alojamento, reestabelecer laços afetivos, inserção profissional, etc.). “Trata-se de uma fase em que o consumidor sofre de solidão, ainda não dispõe de outros investimentos que permitam criar novas relações afetivas e sociais” (Lowenstein, 1998, p. 116). O paciente encontra-se estável mas continua frágil; a sua condição de vida pode ser acompanhada por consumos, sem ameaçar a reconstrução do equilíbrio pessoal e social. Podem ainda surgir momentos de crise que podem ser atribuídos à dificuldade da tarefa de reconstrução, ao sentimento de impotência, ao tédio ou às oportunidades que podem reativar comportamentos ancorados em anos de habituação.

A fase da manutenção surge em indivíduos com mais de três anos de tratamento, onde se construiu um novo equilíbrio, mais ou menos conforme as normas sociais e satisfatório. O fim do tratamento corresponde à última fase do processo, mas é uma questão que não oferece consenso; quanto mais curto for o tratamento, maior será o risco de recaída.

Em oposição a esta descrição, existe o contributo de Patrício (2002) que nos diz que um medicamento, por si só, não cura a toxicod dependência, pois esta doença tem uma enorme carga psicológica, física, sociofamiliar e cultural. O que não invalida que, com o tratamento de substituição, os indivíduos toxicod dependentes criem melhores condições para gerir a sua atividade quotidiana, ou seja, “fala-se menos de droga, cria-se mais espaço para o diálogo, para o processo psicoterapêutico e socio terapêutico” (Patrício, 2002, p. 150). Com este tratamento mantém-se a dependência de opiáceos, ou seja, a substituição pode ser uma boa ajuda mas não é a solução para a cura. Estes medicamentos também provocam dependência e por isso, a metodologia deve ser perspectivada para que mais tarde se termine com essa dependência. É necessário ainda

motivar os indivíduos para investirem no seu tratamento: tomar apenas a medicação, não chega. “Não se pode acreditar que a toma de medicamento opiáceo, por si só significa tudo o que pode ser feito como tratamento da toxicod dependência. Ficamos apenas por esta atitude não se enquadra num programa com objetivos terapêuticos, mas sim em programas com outros objetivos, porventura sociais” (Patrício, 2002, p. 153).

1.4 – Interacionismo simbólico e sociologia da experiência

Como todas as problemáticas associadas à toxicod dependência, a que constitui o presente objeto de estudo possui uma abordagem pluridimensional e complexa. Podemos encontrar diferentes dimensões micro ou macrosociais de análise: individuais, socioculturais, políticas, económicas, farmacológicas ou biológicas. Pretende-se que a perspetiva adotada para este estudo se junte a outras no âmbito da Sociologia, da Antropologia, da Psicologia, da Medicina e que contribua para o conhecimento pluridisciplinar que este fenómeno social exige.

Através da perspetiva interacionista, a Sociologia sempre sentiu necessidade de compreender as interações das ações e atitudes das pessoas no âmbito da sua liberdade, para a procura de significados e sentidos para as mesmas. Tomando o Interacionismo Simbólico como fonte, modelo de base teórica e metodológica deste estudo qualitativo, partimos do pensamento de Strauss (1992) para destacar duas ideias importantes. A primeira pressupõe uma visão da sociedade como um produto coletivo, fruto das interações e relações humanas (encontro entre grupos). A segunda pressupõe a existência de uma relação entre a reflexão e a ação, compreendendo as atitudes e comportamentos humanos, como fruto de seres reflexivos, criativos, ativos e interativos, e não como objetos passivos submetidos a forças sociais que não conseguem controlar.

Segundo Giddens (2002), Mead foi o “pai” do Interacionismo Simbólico, tendo no entanto escrito muito pouco. Este autor defendia que os indivíduos desenvolviam “... a autoconsciência ao verem-se como os outros os veem” (Mead, 1934, como citado em Giddens, 2002, p. 53).

Será interessante referir um contemporâneo de Mead e fazer uma abordagem à Sociologia Compreensiva de Weber, que afirma que esta exige uma dupla recusa metodológica da suspeita e da ingenuidade da imagem de um sujeito e ator completamente cego ou clarividente, típica dos pressupostos epistemológicos positivistas (Dubet, 1994). Weber afirma que a pluralidade e a diversidade das interações sociais que compõem a realidade social manifestam-se como

regularidades sociais, que segundo o mesmo, são em si, expressão de “subjetividade(s) objetiva(s) pelas quais se infere, consoante os tempos históricos, os diferentes tipos de ordem social” (Ferreira *et. al.*, 1995, p. 295). Nestes pressupostos da Sociologia Compreensiva de Weber destaca-se o alerta exigido pelo empreendimento de um trabalho compreensivo da subjetividade, e que esse mesmo trabalho terá de levar em conta dificuldades inerentes, como a influência dos contextos sociais e históricos presentes em todos os sujeitos e atores de investigação.

O que dá características específicas ao ser humano são as suas interações entre si, sendo que nessas interações se dá forma às suas atitudes e qualidades, que lhe dão as características específicas e únicas de ser que é, da forma de estar que assume. Interessará assim compreender como é que as interações e relações das pessoas que passaram por percursos de reinserção social decorrentes de problemas de dependência de drogas tiveram papel decisivo na mudança de identidade, inerente aos percursos referidos, sobretudo quando a visão ou significado a partir daquilo que os outros veem poderá ter um papel relevante na reinserção social de uma pessoa, na área da toxicodependência. Quando pensamos nos problemas relacionados com o estigma, quando estes têm presença e constituem barreiras nos percursos de reinserção social, é na sociologia interacionista e na psicologia social que se encontram as principais abordagens para a compreensão e análise dos mesmos.

A problemática da reinserção social de pessoas que saíram da toxicodependência abordada de acordo com a visão interacionista simbólica, pressupõe como sendo fulcral compreender os estereótipos e outros condicionantes sociais negativos e positivos, que poderão influenciar as interpretações e comportamentos de todas as pessoas e respetivos papéis, no âmbito dos percursos que vão da exclusão à reinserção social de toxicodependentes.

Na sociologia clássica, a ação social é a realização de um papel integral, interiorizando normas e princípios reconhecidos pelos atores e visando a coesão do sistema. Assim, existe um vínculo de inclusão do ator e do sistema, uma identificação total entre os dois, ou seja, “a identidade do ator e do sistema pelo viés da noção de ação” (Dubet, 1994, p. 50). Hoje em dia, esta perspetiva desfez-se. Numa sociedade que se caracteriza pela diversidade cultural, pela multiplicidade das formas de conflito e de ação social, os atores não podem ser reduzidos a um tipo de papel programado, não podem atuar segundo uma lógica única e determinada: o ator e o sistema separam-se, ou seja, a ação social não é determinada tão-somente pelo sistema. O indivíduo destaca-se pela capacidade de distanciamento em relação ao sistema e pela sua capacidade de iniciativa e de escolha.

Assim, a Sociologia da Experiência preconizada por Dubet (1994) surgiu como (re)atualização teórica dos pressupostos interacionistas, especificamente no que se refere à questão da “experiência social”, de maior relevância teórica na abordagem da presente investigação. Este autor propôs a construção do conceito de “experiência social”, onde se designa uma heterogeneidade das condutas individuais e coletivas, influenciadas por uma diversidade de princípios constitutivos. É nestas dinâmicas individuais exercidas por cada pessoa, que se poderá construir o sentido das suas ações no núcleo da heterogeneidade e onde se assume que “o objeto da Sociologia da Experiência é uma subjetividade dos atores” (Dubet, 1994, p. 100). De acordo com o mesmo autor, os papéis, as posições sociais e a cultura não são suficientes para caracterizar os elementos permanentes das práticas dos atores individuais, na medida em que estes não cumprem um programa pré-estabelecido.

A Sociologia da Experiência pode permitir aos sociólogos uma leitura muito completa de toda a complexidade do fenómeno social que se estuda. E tal é possível com a concessão de uma liberdade de expressão ao ator em estudo, onde este como testemunha da sua própria experiência tem acesso às “... várias lógicas da percepção da ação como experiência e como um drama” (Dubet, 1994, p. 101), proporcionando dados e informações de extrema relevância para a leitura sociológica. A Sociologia da Experiência pressupõe que a prática seja definida pela natureza das relações sociais. Não interessa apenas perceber as orientações normativas e culturais que influenciam a ação e atitudes sociais das pessoas, mas sobretudo compreender a influência das relações e interações sociais ao nível subjetivo de cada pessoa.

Encontramos os pontos comuns e de interesse fulcral para esta investigação, entre o Interacionismo Simbólico e a Sociologia da Experiência: aqueles que dão ênfase à compreensão e ao papel ativo do ator, a sua subjetividade e consciência em relação ao mundo.

A Sociologia da Experiência constrói a experiência social, recusando determinadamente uma igualdade de sentido entre sociedade e sujeito. Dubet justifica a sua teoria afirmando que “a sociedade não é um sistema organizado em torno de um centro” (Dubet, 1994, p. 259) e não é uma personagem nem uma máquina. Acrescenta ainda que, se existem várias lógicas de ação dos indivíduos, é porque a sociedade não pode ser estudada ou vista como única e indivisível. Será, no entanto, conveniente clarificar que Dubet (1994) não chega ao extremo de separar o ator do sistema, como se fossem duas realidades opostas.

A análise e compreensão do papel das relações e interações sociais, no âmbito das experiências de reinserção social dos sujeitos dos percursos analisados, irá assumir assim, um

papel preponderante na presente investigação, na perspetiva sociológica do Interacionismo Simbólico.

1.5 – Socializar e Inserir

Tanto o conceito de integração como o de não-integração reveste vários sentidos, por vezes difíceis de entender. “*Integratio*” significa a ação de tornar completo, inteiro. Assim, pode considerar-se a não-integração como uma ideia de algo incompleto, fragmentado, processo inacabado. Esta confusão nas definições deve-se ao facto de se utilizar termos bastante próximos, como o de adaptação/não-adaptação ou ainda o de inserção/não-inserção, por exemplo. Sociologicamente, “existe uma relação de desigualdade de princípio entre o sujeito que está integrado e aquele que integra... o social integrador não tem de integrar-se a si próprio. É intocável. É o que é preciso reproduzir de maneira idêntica, é o modelo, o limite. É a normalidade. Por conseguinte, tudo o que desvia relativamente a este modelo de integração é conotado pejorativamente: refiro-me ao vocabulário clássico da associabilidade, do desvio” (Barel, 1990 como citado em Queloz, 2000, p. 184).

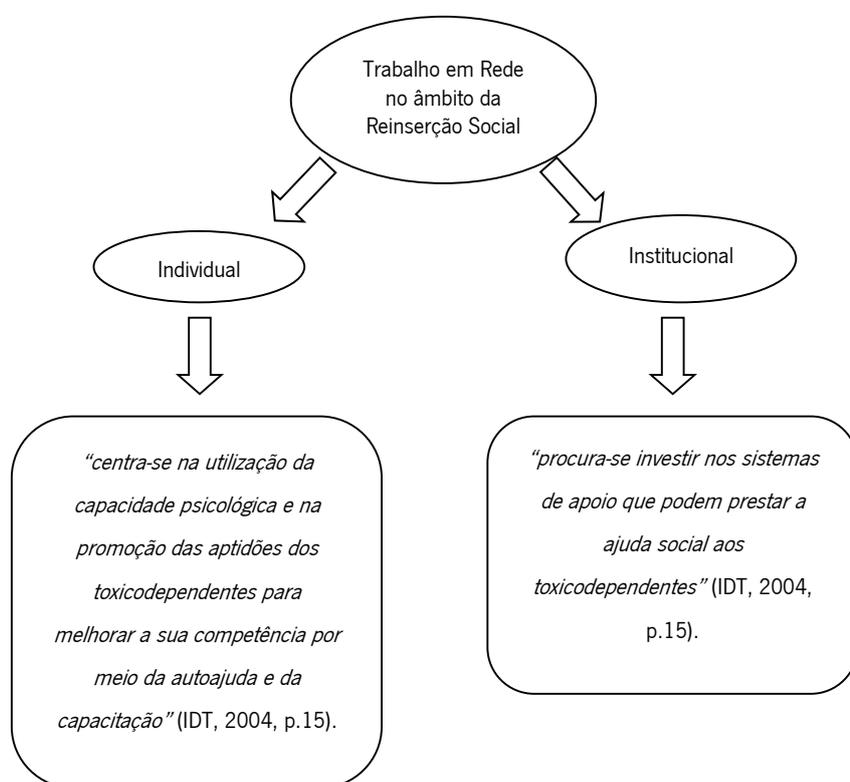
Os toxicodependentes perdem as suas capacidades de socialização e de integração social. É necessário preencher a carência de socialização, ou seja, promover a inserção social, profissional ou escolar. “... tratar e não inserir, ou não reinserir, é uma atitude que condena ao fracasso o tratamento desenvolvido. É pois fundamental promover a reinserção, que tem de ser pensada logo desde o início do processo de tratamento: não há intervenções estanques e os processos de reaprendizagem são lentos. É fundamental pensar cedo a inserção, para aplicar quando for adequado” (Patrício, 2002, p. 168).

A ressocialização do toxicómano tem alguns problemas, nomeadamente no que diz respeito à sua capacidade de relacionar-se consigo mesmo, com os outros e com as normas sociais. Existem alterações nas formas de convivência e como consequência, o conflito e a angústia podem provocar a rutura dos vínculos que definem o tecido social, criando situações que todos conhecemos como situações de marginalização. A reinserção deve iniciar-se no início do tratamento, mas, na prática, “inicia-se quando o toxicodependente realiza regularmente uma ou várias atividade de carácter normalizado e mantém a sua abstinência de forma constante” (IDT, 2004, p. 14).

Como podemos verificar na Figura 3, uma rede social define-se, segundo o IDT (2004) como sendo um conjunto de ligações entre um grupo definido de pessoas e instituições, espaço onde se promove a partilha de saberes, capacidades e competências na resolução de situações de exclusão social. A rede é um todo, um sistema de ligações entre as pessoas e as instituições; é um caminho essencial no processo de reinserção social, pois “procura encontrar formas de intervenção capazes de mobilizar o ambiente como forma de suporte e ajuda social, criar “pontes” entre os sistemas biológico e social” (idem, p. 14).

Os indivíduos vão para o tratamento com a sua história de vida. Muitas vezes, repleta de recaídas, insucessos e sentimentos de incapacidades. Estes indivíduos trazem falhanços mas também competências pessoais e sociais. Aos olhos da sociedade, o indivíduo toxicod dependente é alguém com bastante tempo livre. Mas, se pensarmos na outra perspetiva, “o quotidiano do toxicod dependente é absolutamente ocupado, é uma correria atrás do consumo ou então a montar esquemas para arranjar dinheiro para o próximo consumo... É portanto um quotidiano sem qualquer tipo de tempo livre, pelo menos da forma como o concebemos” (Vilarinho in IDT, 2004, p. 34).

Figura 3 – Trabalho em Rede no âmbito da Reinserção Social (IDT)



Por isso, quando os indivíduos deixam as drogas, não sabem gerir o seu tempo livre. Não se pode esquecer que durante os consumos, os indivíduos estiveram anestesiados, muita coisa aconteceu, que foi deixando marcas, algumas de um profundo sentimento de incapacidade, outras de sucessivos fracassos e recaídas. Tomar um simples café ou estar um pouco na conversa com alguém é um passo muito grande e por vezes gerador de grande insegurança e ansiedade. No entanto, tudo pode ser reaprendido ou até aprendido como se de uma nova identidade se tentasse construir.

A sensação de prazer terá sido camuflada pelos efeitos das drogas e, por isso, o indivíduo tem de começar por fazer coisas de que gosta. O grupo é muito importante na adolescência funcionando como um elemento unificador, depois é anulado para se iniciar o percurso isolado da droga. Por isso, “o sentir-se como fazendo parte de algo, incluído, pode fazer parte deste processo de reinserção gradual. O grupo tem também a mais-valia de poder significar uma fonte de suporte em momentos de crise” (Vilarinho in IDT, 2004, p. 35).

2 – Metodologia

2.1 – Planeamento metodológico do estudo empírico

2.1.1 Objetivos

O objetivo geral deste estudo é descrever e compreender o percurso gradual de passagem de uma vida de exclusão como toxicodependente, para uma vida reinserida socialmente, a partir do discurso dos sujeitos participantes na investigação. Pretende-se oferecer uma compreensão fenomenológica da experiência de indivíduos com alta terapêutica, que procuraram reabilitar-se. Assim, procurou-se identificar os elos que auxiliam o cumprimento na recuperação e, em contrapartida, aqueles que retroalimentam a recaída.

O uso de substâncias aditivas é um ato comunicativo. O sentido é uma escolha, consciente ou não, que surge da descodificação da experiência, isto é, na relação entre perceção e expressão. O consumo de droga é, assim, uma forma de expressão e perceção de si mesmo, numa relação que inclui os outros e o ambiente em que se vive.

O presente estudo focaliza os constituintes auto-elucidativos de depoimentos sobre a experiência de abstinência e recaída, em relação aos seus respetivos contextos. Por contexto, entende-se as condições ambientais ou espaços psicológicos onde vivem esses indivíduos. Tais condições fornecem os elementos ou constituintes que qualificam a experiência e, por conseguinte, as escolhas. Estes contextos e os seus constituintes estão presentes em experiências que caracterizam a trajetória do abuso de drogas, ou seja, aproximação inicial (o que levou ao consumo), envolvimento (como o uso se foi tornando habitual), dependência (quando e como foi percebida), motivações para o tratamento (o que levou a procurar) e a manutenção da abstinência. Este estudo não está direcionado para as formas específicas de tratamento mas para a delimitação de experiências e de significações atribuídas como curativas ou como situações de risco, por pessoas que foram dependentes químicos e procuram a cada dia a sua reabilitação.

Este objetivo geral foi subdividido em objetivos específicos, onde nos propusemos analisar a existência de padrões comuns de decisões, atitudes, comportamentos, interesses e “mecanismos” de mudança de identidade que acompanharam os indivíduos, no âmbito das suas experiências de percursos de reinserção social. Assim, pretendeu-se analisar e compreender os significados que estão por detrás destas decisões, atitudes, comportamentos e interesses tomados pelos indivíduos; estudar e analisar as contingências de origem micro ou macrosocial passíveis de influenciar positiva ou negativamente os percursos de mudança da exclusão à reinserção social em toxicodependentes. Estudar e compreender o que foi sentido como fator facilitador da estrutura social envolvente, como ajuda e apoio efetivo nos percursos de mudança implementados para a reinserção social. Perceber e compreender o significado atribuído pelos sujeitos participantes à sua imagem e ao reconhecimento social que pensam que os outros têm sobre eles, enquanto ex-toxicodependentes reinseridos socialmente. Finalmente, pretendeu-se perceber qual o papel das mudanças ocorridas nos percursos da exclusão à reinserção social em toxicodependentes, no que se refere à mudança de identidade e estilo de vida.

2.1.2 Técnicas

A entrevista foi a técnica utilizada para a obtenção e compreensão dos dados desta investigação. Sobre esta, importa referir que o conhecimento de alguns pontos da biografia dos indivíduos entrevistados e participantes constituiu um aspeto fundamental para a análise e compreensão das experiências de percursos da exclusão à reinserção social, passando pela recaída, que são objeto de estudo, estando presentes nas questões do guião.

De forma a conseguir-se o conhecimento e compreensão das experiências de percursos de reinserção social em toxicodependentes, optou-se pela técnica da entrevista semidirigida (ou semiestruturada, não diretiva controlada) e em profundidade com determinadas características especiais. Este tipo de entrevista consiste na interação do investigador que se deixa guiar pelo fluxo da entrevista com o objetivo de abordar, sob a forma de uma conversa onde deixa fluir os temas gerais sobre os quais se deseja ouvir o sujeito, permitindo assim extrair uma compreensão mais rica do fenómeno em estudo.

Este tipo de entrevista é o mais produtivo para a recolha do tipo de dados e informação pretendidos para a presente investigação. Savoie-Zajc (2003) definiu alguns objetivos da entrevista semidirigida: tornar explícitos os contextos e realidades das pessoas participantes no estudo; a

compreensão do seu mundo; ajudar a apreender, organizar e a estruturar o pensamento do interlocutor; permitir um aprofundamento, uma reflexão, uma tomada de consciência e transformação das pessoas envolvidas (tanto do investigador, como do respondente). Daí que importa reforçar que nas entrevistas semidirigidas existe um postulado de que a perspectiva do outro é aquela que tem sentido, existindo assim o objetivo de a conhecer, torná-la explícita e compreensível. Segundo este autor, “este postulado não existe sem recorrer à teoria do Interacionismo Simbólico” (Savoi-Zajc, 2003, p. 283). Este foi um dos pontos fulcrais que justificaram a escolha desta técnica na presente investigação. Os dados produzidos chegaram recheados de detalhes e descrições e permitiram a compreensão da perspectiva das pessoas participantes no estudo, fruto de uma relação interpessoal concretizada ao longo do trabalho.

As pessoas selecionadas neste estudo falaram tanto de realidades passadas como presentes, dos seus percursos de reinserção social iniciado antes ou após uma recaída (sendo esta uma realidade ainda em construção no âmbito das suas vidas), com abordagens ao presente e ao futuro, inerentes a uma análise de estilo biográfico. Uma biografia é constituída por três elementos: o tempo biográfico, a autoconsciência de si e do seu corpo. A autoconsciência de si fornece-nos as características de uma identidade individual, o autoconceito de um indivíduo, ou seja, como é que ele se vê no momento presente da sua vida. As biografias constroem-se pela integração dos diversos aspetos focados num todo único. O conjunto das tarefas referidas insere-se num tempo biográfico, quer se tratem de aspetos do passado, quer sejam do presente ou do futuro de uma pessoa (Strauss, 1992).

O trabalho de “unificação” de uma realidade não linear, que constitui parte da história biográfica de uma pessoa, ao tomar uma forma narrativa, fez com que se construísse uma realidade nova, que de outra forma estaria perdida. A decomposição em fragmentos e respetiva análise de conteúdo proporcionou a elaboração de um novo conhecimento sobre a problemática do objeto de estudo, orientada para a procura de sentidos ocultos de interpretação e de suma importância para a mesma.

2.1.3 Instrumentos

Dentro das várias opções técnicas de análise de conteúdo adotou-se por uma análise categorial (Bardin, 1977). Através desta conseguiremos um desmembramento do texto por

unidades temáticas (categorias), reagrupadas de acordo com os interesses de investigação (no sentido do cumprimento dos objetivos previamente estabelecidos).

A análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de dados que tem como matéria-prima qualquer tipo de material, quer seja este verbal ou não verbal, e define-se como um processo de tratamento de dados que pretende chegar à sua compreensão, interpretação e inferência (Moraes, 1999). Esta é uma técnica que envolve a percepção pessoal que o investigador retira dos dados que recolhe e, por isso, é sempre uma interpretação sustentada por uma leitura que nunca é neutra, devendo, assim, ser suportada por uma explicitação clara dos objetivos da investigação em causa. Segundo uma abordagem qualitativa, sobre a qual recaem os pressupostos desta investigação, a definição dos objetivos, ao seguir um rumo construtivista ou heurístico, pode ocorrer ao longo do processo de investigação (Moraes, 1999).

Importa, contudo, que no final da investigação os objetivos estejam claramente delineados e explicitados. Segundo Moraes (1999), esta técnica envolve todo um processo que se desenvolve de forma “cíclica e circular”, uma vez que envolve o retorno constante aos dados, de modo a aperfeiçoarem-se constantemente as suas fases. É, então, constituída por essencialmente três etapas: uma de pré-análise, outra de exploração do material e outra de tratamento dos dados e inferência e interpretação dos mesmos. Na primeira etapa deu-se a escolha dos materiais a serem utilizados na investigação, devendo representar uma amostra pertinente, exaustiva, homogénea e abrangente, seguindo-se a formulação de hipóteses e objetivos e elaborando, posteriormente, os indicadores de análise que possibilitem a identificação de cada elemento constituinte dessa amostra. Seguiu-se, ainda nesta fase, a leitura aprofundada dos materiais selecionados. A segunda etapa correspondeu à separação do conteúdo dos materiais em unidades comparáveis. Esta etapa corresponde, assim, à determinação de “unidades de registo” segundo temas ou palavras. Seguidamente importa também a definição de “unidades de contexto” que deram significação às “unidades de registo” e corresponderam a frases ou parágrafos. Por fim, esta etapa envolveu ainda a determinação de “categorias de análise” que organizou os vários elementos que integram a “unidade de registo” já definida. Estas categorias devem ser homogéneas, exaustivas, mutuamente exclusivas, objetivas e ainda pertinentes. A última etapa correspondeu então à descrição e à interpretação. Sendo uma abordagem de teor qualitativo, esta fase envolve o desenvolvimento de textos síntese para cada uma das categorias e com recurso a citações diretamente retiradas dos dados recolhidos. No que respeita à interpretação, aquando de uma abordagem qualitativa, a teoria surge com base nos dados recolhidos e nas categorias definidas.

2.2 – Recolha de dados

2.2.1 – Procedimentos na recolha de dados

Previamente foram efetuados contactos com os participantes no estudo, aos quais foi apresentada a investigação e os seus objetivos, onde foram expostas as razões do presente trabalho e identificá-los como sujeitos da amostra. Foram explicados todos os procedimentos da recolha de dados, dando ênfase especial à confidencialidade, de acordo com as regras de ética profissional. Segundo Savoie-Zajc (2003), este tipo de contacto preliminar permite ao investigador obter informações relevantes, que o podem ajudar a confirmar a potencialidade dos interlocutores e se estes correspondem aos requisitos essenciais para fazerem parte da amostra do estudo. Assim se procedeu e foi muito importante sentir que os entrevistados estavam empenhados e interessados em colaborar na investigação. Estes compreenderam a utilidade do estudo para os próprios, para a problemática da toxicod dependência e para a sociedade em geral.

2.2.2 – Participantes

A presente investigação teve como alvo um grupo de oito pessoas às quais foi aplicado o guião de entrevista. Esta decisão teve por base chegar à saturação teórica, ou seja, quando os novos dados deixam de contribuir para a melhoria da compreensão do fenómeno em estudo (Savoie-Zajc, 2003). Para a seleção dos participantes, partiu-se de um modelo de amostra intencional e não probabilística procurando aprofundar o conhecimento.

O conceito de saturação deve-se a Glaser e Strauss (1967) e define-se com o requisito de cumprir duas funções: indicar o momento em que o investigador deve parar a recolha de dados, evitando o desperdício inútil de provas, de tempo e de dinheiro; por outro lado, a saturação permite generalizar os resultados ao universo de trabalho (população) a quem o grupo pertence: "... a saturação é definida como um fenómeno pelo qual, depois de um certo número de entrevistas, o investigador – ou a equipa – têm a noção de nada recolher de novo quanto ao objeto de pesquisa" (Guerra, 2006, p. 42).

A seleção da amostra foi determinada pelos seguintes critérios: foram escolhidos indivíduos que conseguiram recuperar-se (ou se assumiram "em recuperação") e que se encontravam

envolvidos em processo de reinserção social e profissional há mais de dois anos, após um período das suas vidas em que se encontraram numa situação de marginalidade e exclusão social, decorrente de problemas de dependência de substâncias psicoativas. Estes indivíduos foram escolhidos por terem todos alta-terapêutica, tendo utilizado o regime de internamento em comunidades terapêuticas, com base no qual conseguiram atingir os pontos dos percursos de reinserção social. Este grupo de pessoas foi proveniente do programa terapêutico do Projeto Homem de Braga.

O Projeto Homem é um programa direcionado para homens e mulheres que perderam o sentido da própria identidade e do significado da vida. Assim, criaram falsas imagens de si mesmos e procuraram fugir da realidade, refugiando-se em comportamentos desviantes, recorrendo ao consumo de droga que alteram temporariamente a percepção e a relação do indivíduo. Quando o seu uso se torna prolongado, cria uma situação de dependência, na qual o indivíduo é escravizado à substância. Este programa é vivencial, sendo os princípios apenas linhas gerais que devem ser aplicado e geridos com harmonia. No centro da terapia encontramos o respeito pela pessoa, como ser humano, com os seus direitos, obrigações, capacidades e limitações, “como ser bio-psico-social, sempre num discurso de verdade, de sinceridade e de honestidade consigo e com os outros” (C.E.S.B., 1991, pp. 7-8). Estas linhas devem conduzir o toxicodependente ao encontro consigo (mundo interior) e ao encontro com os outros (família, amigos, sociedade – mundo exterior), devem aprender a conhecer-se e a respeitar-se a si mesmo, para conhecer e respeitar os outros.

O Centro Italiano de Solidarietà (Ce.I.S.) nasceu em Roma nos anos 70, em pleno clima de contestação juvenil. O programa denomina-se Projeto Homem, nome que não foi escolhido ao acaso, pois, face à droga pretende situar o Homem no centro como protagonista da própria existência, livre de toda a escravidão e dependência. Ou seja, é uma proposta de vida para tentar reafirmar o valor do amor e da solidariedade e a busca da própria identidade. Este programa mostra o caminho não para o ter mas para o ser, enfrentando e superando medos, aspirações, angústias, ajudando e convencendo o Homem de que vale a pena acreditar na esperança (C.E.S.B, 1991).

2.2.3 – Caracterização sociodemográfica dos participantes

Os dados presentes na primeira unidade de análise permitiram fazer uma caracterização sociodemográfica das pessoas entrevistadas. Com esta caracterização demonstrou-se que através das suas características, os participantes da entrevista cumpriam os critérios planeados para a investigação, de acordo com o projetado no início do estudo, condição necessária ao cumprimento dos objetivos do mesmo.

Assim, com base nos dados recolhidos na primeira unidade de análise do guião de entrevista, procedeu-se à organização da informação recolhida tal como de apresenta na Tabela 1.

O grupo de participantes entrevistados, junto dos quais foram recolhidos os dados que proporcionaram o material qualitativo foi composto por oito pessoas, conforme já foi referido.

Assim, e de acordo com a tabela organizada e apresentada com os dados sociodemográficos dos participantes, poder-se-á de forma concreta referir o seguinte:

- Quanto ao género, obtiveram-se dados de sete pessoas do sexo masculino e uma do sexo feminino. Apesar de ser um elemento feminino em sete masculinos, tal diferença aproxima-se da realidade efetiva dos consumidores e dependentes de drogas em tratamento;
- Quanto à idade, variou entre os 28 anos (pessoa mais nova) e os 52 (pessoa mais velha), sendo a média aritmética das idades de quarenta anos;
- Quanto ao estado civil, registaram-se seis casos de pessoas solteiras, dos quais dois casos se encontram a viver maritalmente com companheiro/a e dois de divorciados;
- Quanto à droga de eleição, a heroína foi predominante, estando presente em seis casos, um dos quais tinha dupla droga de eleição de heroína e cocaína, um caso de cocaína isolado e um caso de haxixe;
- Sobre o período de abstinência (requisito fundamental para a investigação), variou entre os três anos (mínimo) e os dez anos (máximo);
- Sobre as habilitações literárias, registaram-se com o 9º ano, cinco casos, um caso com o 8º ano, outro com o 5º ano e uma pessoa com um bacharelato;
- Sobre a situação profissional, temos quatro casos de pessoas desempregadas, um estudante, um distribuidor de vinhos, um empregado de armazém e um trabalhador da CP;

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica

	Entrevistas							
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
Género	M	M	M	M	M	M	M	F
Idade	44	52	39	32	38	34	28	38
Estado Civil	Divorciado	Solteiro	Divorciado	Solteiro	Solteiro	Solteiro	Solteiro	Solteira
Droga de Eleição	Heroína	Heroína	Heroína/ Cocaína	Haxixe	Heroína	Heroína	Heroína	Cocaína
Período de Abstinência	2 anos	10 anos	10 anos	5 anos	4 anos	8 anos	3 anos	3 anos e meio
Habilitações Literárias	5º ano	9º ano	9º ano	8º ano	9º ano	9º ano	9º ano	Bacharelato Gestão Empresas Turísticas
Situação Profissional	Desempregado	Desempregado	Distribuidor vinhos	Desempregado	Empregado armazém	Desempregado	Estudante	Trabalhadora. CP
Naturalidade	Coimbra	Guimarães	Lisboa	Porto	Porto	Braga	Braga	Porto
Residência	Braga	Braga	Braga	Braga	Braga	Braga	Braga	Braga
Com quem reside	Sozinho	Sozinho	Sozinho	Sozinho	Sozinho	Pais	Companheira	Companheiro

- Quanto à naturalidade, três participantes são do Porto, dois de Braga, um de Lisboa, um de Coimbra e um de Guimarães;
- Quanto à localidade de residência, todos os participantes optaram por ficar a viver em Braga;
- Sobre o pormenor de com quem estão a residir, temos cinco casos de pessoas que residem sozinhas, dois residem com o/a companheiro/a e um reside com os pais.

3 – Análise e discussão de resultados

Na apresentação, análise e interpretação dos dados recolhidos nas entrevistas, seguiu-se a mesma linha de pensamento que nos conduziu à elaboração do guião de entrevista (estruturado por temas e subtemas de análise), indo de encontro ao cumprimento dos objetivos da investigação. Como instrumentos de apoio à análise de conteúdo realizada, foram elaboradas grelhas de análise que se poderão consultar nos anexos deste trabalho (Anexo V).

Sabendo que a entrevista semidirigida nos fornece dados de forma verbal e não-verbal, pensou-se ser conveniente, desde o momento da entrevista, que se fizesse uma observação dos mesmos, com o registo de alguns dados suscetíveis de serem pertinentes na discussão dos resultados (Anexo VI). Sobretudo no que se refere aos dados não-verbais “... *atitude do respondente, o nível de confiança dos interlocutores, as aprendizagens realizadas, etc.*” (Savoie-Zajc, 2003, p.296), foram permanentemente levados em conta e analisados, tendo tido um papel importante e bastante interessante na compreensão de algumas posturas na situação de entrevista. Savoie-Zajc (2003) chama especial atenção para a entoação, o débito de palavras, a atitude geral, o movimento das mãos, a orientação do corpo, entre outras.

3.1 – Percurso biográfico de Reinserção Social

O conjunto de pontos focados nesta unidade de análise do guião de entrevista proporcionou uma diversidade de dados relacionados com a descrição e compreensão de decisões pessoais, dos percursos de passagem de uma vida de exclusão e toxicodependência para uma vida reinserida socialmente. Para o efeito, considerou-se também necessário perceber os papéis desencadeados pelas interações de suporte sociais formais e informais. A fonte de suporte social informal inclui os familiares, amigos, vizinhos e os grupos sociais (igreja, associações, partidos políticos, etc.), ou seja, entidades que são passíveis de fornecer apoio nas atividades do dia-a-dia em resposta aos acontecimentos e exigências da vida. Já a

fonte de suporte social formal abrange tanto as organizações sociais formais (hospitais, serviços de saúde, etc.) como os profissionais (enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, etc.), ou seja, entidades que estão organizadas para fornecer assistência ou ajuda às pessoas que dela necessitam. Ainda neste percurso biográfico da reinserção social, está a compreensão de como decorreram os processos de transição ao trabalho (quando ocorridos) e respetivas interações sociais nele inserido. No caso de não ter existido até ao momento da entrevista qualquer processo de “transição ao trabalho”, tentou-se apreender, perceber e compreender a situação ocorrida.

3.1.1 – Dimensão da exclusão social atingida, antes da passagem efetiva para o percurso de reinserção social

O interesse em analisar e compreender a dimensão da exclusão social atingida, antes da passagem efetiva para o percurso de reinserção social, está relacionado com o estabelecido nos objetivos desta investigação.

Sobre a dimensão da exclusão social atingida, ou seja, o ponto considerado pelos sujeitos entrevistados como sendo o mais fundo da sua exclusão (“fundo do poço” na linguagem corrente das pessoas envolvidas no mundo da toxicodependência), obtiveram-se diversas situações, que é necessário enquadrar nos respetivos e diferentes contextos pessoais e sociais para melhor compreender a sua evolução.

O conceito de exclusão social utilizado nesta análise é entendido como um percurso descendente que culmina numa situação de caos e descontrolo do indivíduo em todas as dimensões da sua vida (social, económica, psicológica, entre outras) onde podemos encontrar causas variadas. Conforme se pode verificar nos excertos das entrevistas que se apresentam seguidamente, todo o percurso passa por uma fase de fragilidade social, onde as perdas vão surgindo de forma crescente e cada vez mais graves (perda de emprego, ruturas familiares, problemas com a justiça), onde o isolamento social e a ausência de interações começam a ser dominante na vida do indivíduo até se atingir o ponto mais baixo da sua gradual perda da representação social.

A recaída instala-se antes do consumo propriamente dito. Como frisou E5, “*Foi pra aí um mês antes... o cérebro tá lá, automaticamente, ele pensa sozinho!*”. A recaída faz-se sentir por vários motivos. A maioria dos entrevistados focou o isolamento, através do sentimento de

solidão, procura dos amigos negativos, acabando por se desviarem do caminho inicialmente proposto. Quando esta procura se torna efetiva, a recaída já se encontra instalada. Ilusoriamente, pretendem preencher o vazio existente apenas com a amizade; no entanto, é tudo uma questão de tempo até voltar a consumir. A recaída é um processo lento associado ao medo e ao facto de não querer mudar; não saber enquadrar-se na sociedade.

O processo de recaída é referido pelos entrevistados como sendo um processo de desonestidade e de desleixo por parte do indivíduo. O desleixo pode ser visto para uma pessoa comum da nossa sociedade como uma situação normal, de um dia mais cansativo ou de um dia de maior calor. Para os indivíduos com esta problemática, a atenção tem de ser redobrada pois o instinto está sempre lá. A pessoa tem de colocar o *“pensamento mais à frente”* [E5], contrariar-se e fazer outras coisas para se abstrair. Isto envolve vários fatores: o que pode suscitar algumas dúvidas, pois estes prendem-se com excesso de felicidade e/ou de tristeza. Os sujeitos entrevistados falam-nos das decepções amorosas, dos planos que fazem e não conseguem ser concretizados, da inferioridade que sentem em relação aos outros, da baixa tolerância à frustração, da vergonha sentida em relação a si mesmos, da superioridade. Isto remete para um aspeto considerado importante: o vazio sentido pela pessoa. Esta reflexão foi feita pelo E3, a qual passamos a citar: *“Às vezes dizem ‘ah, um rapaz que estudou, que é honesto, que é trabalhador e recaiu? Porquê? O que é que o levou? Se tinha tudo?’... E o vazio que vai dentro da pessoa?... Carinho, amor, atenção... Onde é que isso se compra? Isso não se compra! Nós, chegamos ao bairro... E compramos... E por instantes, tudo desaparece... Agora, por exemplo, se eu gostar de alguém?... Não chegas ali com dez, vinte, trinta, cinquenta, cem euros... Isso não se compra! Isso vai-se conquistando aos poucos.”*

“É um processo de desonestidade... Começa sempre por um processo de desonestidade. Com qualquer coisa que se esconde, que não se fala, que se faz de conta que não se vê... Começa sempre assim.” [E1]

“Falta de honestidade... A exibição... O querer mostrar... É mais aquele sistema da superioridade... O não saber gerir projetos que se faz... A recaída é mais por aí... Não tar preparado.” [E2]

“Senti-me rejeitado, principalmente. Senti-me inferior aos outros.” [E3]

“Quando eu começo a ter muita preguiça de arrumar o meu quarto... É assim muito soft... Se tou a ser desmazelado, tou a ser desmazelado pra tudo...” “Desde angústias, desde frustrações, tudo junto é óbvio que às vezes leva... Depende da sensibilidade da pessoa, depende da força que ela tenha.” [E5]

“Quando uma pessoa se começa a isolar... E não falar dos problemas que se tem...” [E6]

“Começo-me a isolar, começo a ter pensamentos negativos, começo a ter vontades de consumir... Muito antes de recair.” [E7]

“Comportamentos, isolamento, o ter tendência a fechar-me e não falar com ninguém. Voltar a ter... pensamentos negativos.” [E8]

3.1.2 – Significado do conceito de Prevenção de Recaída

As questões relacionadas com a existência de recaídas nas drogas de eleição ou no álcool, em pessoas que estão em processos terapêuticos e de reinserção social, é assunto e problema permanente, por mais anos de abstinência que cada um tenha. Existem, por vezes, confrontos graves, entre o que as pessoas pensam e a lógica da ação desenvolvida. Durante o programa, os indivíduos aprendem uma série de estratégias, confrontando-se a si mesmos e aos outros, percebendo quais as dificuldades que mais os afetam e qual a melhor forma de prevenir em caso de recaída. A Prevenção de Recaída consiste na aplicação da teoria à prática, ou seja, as pessoas são confrontadas com as dificuldades da sua vivência, em exercícios de várias ordens, recriando ambientes, de forma tão real, que têm de ser capazes de “resistir” e defender-se perante a vontade de voltar a consumir. Assim, através destes exercícios, os indivíduos foram capazes de nos focar o significado mais importante para eles, a saber pedir ajuda com honestidade e humildade, autoconhecer-se e fazer planos conscientes. Assim, conseguiriam perceber as suas situações de risco: focaram os estados emocionais positivos/negativos e as situações de conflito.

1. Saber pedir ajuda, ter humildade e ser honesto:

“... prevenir tem sempre, sempre, que haver honestidade e humildade... Tenho de ser honesto pra mim.” [E1]

“Saber que estamos mal e pedir ajuda... Ter humildade... dizer assim ‘olha não tou bem, preciso de ajuda’. Isto é uma precaução... ter alguém que consigamos dizer não, partilhar, desabafar... Isso é muito importante.” [E3]

“... temos de ter a capacidade de aceitar que se é assim... Temos de aceitar as nossas falhas.” [E5]

“Pedir ajuda quando tá mal... é basicamente isso: pedir ajuda. Porque a gente sabe quando tá a ter um processo de recaída.” [E6]

2. Autoconhecimento:

“... pegar na teoria que aprendi e aplicá-la... E manter... as prevenções de recaída fazem isso mesmo, põem-nos em situações de mal-estar... ‘Atenção porque tens de tar atento a isto porque pode ser perigoso pra ti’.” [E4]

“... é treinar o cérebro de forma diária. Eu treinei muito... Não era diariamente, era mais que diário. Era bi-diário, era tri-diário, era as vezes que fossem precisas... O nosso cérebro é muito traiçoeiro!... E então toda a vez que o meu cérebro me trai, tenho que automaticamente ser capaz de dar a volta.” [E5]

“Prevenção de recaída pra mim significa... Autoconhecimento. Significa eu conhecer-me ao ponto de identificar sintomas, sentimentos, situações... Estados em mim que me possam levar a recair... Saber o que se pode e o que não se pode fazer.” [E7]

“É tar alerta como aquilo que sei, que fui aprendendo ao longo do tempo, neste caso dos comportamentos, daquilo que me faz mal.” [E8]

3. Fazer planos conscientes:

“É fazer planos mas consciente que podem correr mal.” [E2]

Situações de risco: Estados Emocionais Positivos/Negativos

1. Amigos/Locais:

"Tive propostas pra vender... A partir do momento em que vou vender vou andar a mexer no assunto e ia dar mal. Não há heróis... E depois esta é fraca e prova-se pra ver se a outra é melhor e... acabou." [E2]

"Os amigos, os locais." [E4]

"... se eu me tou a sentir assim, o que é que eu posso fazer? Posso falar com uma pessoa, posso ir jogar um jogo, posso ir caminhar." [E5]

"... eu não frequento discotecas... mesmo ao fim de três anos, é uma situação que ainda hoje tenho cuidado com isso... Porque é uma situação que me vai... despertar sentimentos." [E7]

"Locais de risco. Há locais que ainda hoje não passo... O não sair à noite, festas, o não estar com pessoas também ligadas aos consumos ou com comportamentos... Pra mim isso é prevenir uma recaída." [E8]

2. Falta de preenchimento/Vazio:

"... o carinho, o amor e atenção não se compra e a droga, o álcool, tudo se compra e naquele momento é a minha atenção. Mesmo o sexo, isso pode-se comprar... Mas... Não é uma coisa natural, não é uma coisa normal. Vai faltar ali um preenchimento de carinho e atenção, de afeto... O afeto é muito importante na vida de uma pessoa." [E3]

"Olha, muito sinceramente, eu costumo dizer que a gente, às vezes não quer é pôr em prática aquilo que aprendeu... Porque as drogas preenchem-nos tudo: tipo, falta de carinho, falta de amor... Preenche tudo! No momento, claro!" [E6]

3. Tudo serve de desculpa:

"Quando tá instalado o processo de desonestidade, depois tudo serve de motivo: ou porque tou mal ou é pra festejar ou pra comemorar... Tudo serve de desculpa..." [E1]

Situações de risco: Situações de Conflito

1. Saber o que se quer:

“Tenho de saber aquilo que quero ou aquilo que não quero... Eu posso enganar o terapeuta, o juiz, o padre, o Papa e toda a gente... Mas a mim, não me engano... Porque a minha consciência sabe perfeitamente o que tá errado e o que tá certo.” [E1]

2. Fazer projetos mediante as possibilidades:

“A pessoa tem que se esforçar e até fazer projetos mais que as possibilidades dele, isso aí tudo bem, mas tar preparado pro não.” [E2]

3. Mudar o pensamento, o foco:

“...'quando tens um mau pensamento, vais ter de ser capaz! Porque na altura, podes não ter ninguém pra falar' Acontece!”... “... tenho momentos... que começo a ter pensamentos negativos. E eu tenho automaticamente que mudar... É tipo, eu tou a pensar em batatas e tenho de pensar em cenouras.” [E5]

4. Droga como passatempo:

“... torna-se um passatempo... a gente procura o bem-estar e refugia-se porque na hora é mais fácil. A gente pensa que é só naquele dia: aquela coisa do 'é só hoje'. Naquele momento apaga-se tudo, o mau, a infelicidade... Fica-se anestesiado...” [E6]

5. Não frequentar certos locais:

“... trabalhei numa prevenção de recaída, mentalizei-me que isso era um fator de alto risco pra mim, foi uma opção que tomei.” [E7]

6. Mudar de cidade:

“o facto de eu ter ficado em Braga... Foi escolha... Eu sempre vivi no Porto. Desde os catorze anos que... consumia! Eu acho que cada cantinho daquela cidade, pra mim... tinha algo de negativo.” [E8]

3.1.3 – Contextualização psicológica, temporal e social do momento-chave de passagem da exclusão para a reinserção social

Um percurso que vai da exclusão à reinserção social de toxicodependentes é longo e necessário, exigindo um árduo e persistente período de trabalho na reinserção social. Assim, o momento das decisões de mudança na vida de um toxicodependente enquadra-se num conjunto de contextos psicossociais.

Primeiramente, iremos abordar os contextos psicológicos inerentes a cada tomada de decisão individual, onde encontramos diversas situações com pontos convergentes. Assim, foram referidas a exaustão, a perturbação, o mal-estar, a degradação, a insatisfação, a irresponsabilidade, entre outros comportamentos, sentimentos e emoções que acabam por exprimir sentimentos e factos comuns emitidos pelos entrevistados e que culminam na vontade (e conseqüente motivação) para a mudança e abandono dos consumos de drogas. Expressam o limite da sua degradação e que contribui em paralelo com outros contextos, nomeadamente o social e o familiar para o momento-chave da inversão do percurso. Ressalvando-se a saturação como fator promotor da mudança dos indivíduos.

O contexto psicológico do momento-chave de passagem da exclusão para a reinserção social envolve variadíssimos sentimentos e comportamentos comuns, semelhantes e complementares entre si que têm como resultado a força de vontade e a aceitação da sua realidade conforme sucedeu com E5, E6 e E7.

*“... o momento-chave foi eu aceitar que... Que tenho que viver com esta realidade mas!
Contrariando sempre, sempre o meu cérebro” [E5]*

“... propus-me a voltar pra aqui, desta vez por mim...” [E6]

“E, desta vez tratei-me porque quis...” [E7]

O nível de saturação foi expresso pela grande maioria dos participantes neste estudo, relacionando as dificuldades pessoais com a dependência de drogas que vieram a contribuir para as situações anteriormente referidas de mal-estar, perturbação e exaustão. As dificuldades sentidas tiveram uma única solução: aprender a gostar de si mesmo; tarefa que se tornou um desafio permanente conforme se irá verificar.

“... já tinha conhecimento de causa... esta destruição que se faz a nível de valores e a nível pessoal. Depois por uma questão de que é um caminho que eu não quero... Eu não quero viver na sombra, na mentira, na angústia, na dor, na tristeza...” [E1]

“... eu tava saturado de tudo...” [E2]

“... quando não dá mais... andava perdidinho.” [E3]

“... fartei-me de nem sequer dizer 'bom dia'... E o cansaço de olhar à volta e tar cheio de gente e eu não dizer bom dia a ninguém, nem a mim própria... E cansei-me de... não gostar de mim, de nem passar por um espelho... Eu sempre fui vaidosa e tinha medo de passar por alguma coisa onde eu visse a minha sombra...” [E8]

Sobre o contexto social é sobretudo no que se refere à família e posteriormente à instituição onde se encontraram as maiores referências. Destas, destacam-se as pressões familiares (num primeiro tratamento) sobre os entrevistados como um dos fatores mais importantes que os fizeram enveredar para o caminho da mudança e da reinserção social.

Preocupação e pressão familiar

“... a minha irmã já tava super exausta... E mesmo assim voltou a patrocinar mais um programa.” [E1]

“... se não fossem eles eu não tinha feito o primeiro programa.” [E4]

“... a família é o maior pilar... A família é sempre a que tá lá.” [E6]

O papel e a importância da família é preponderante numa primeira abordagem, num primeiro tratamento e nas decisões dos entrevistados para enveredar para a recuperação e iniciarem o percurso de reinserção social. As preocupações, ansiedades e todo um conjunto de pressões exercidas sobre os indivíduos contribuíram para as decisões e atitudes de mudança, mas apenas numa primeira fase.

Instituição

O papel da Instituição é fulcral no tratamento da dependência química pois estabelece uma linha contínua de apoio ao doente, mantendo a mesma equipa de terapeutas no acompanhamento aos pacientes, em todos os momentos críticos da sua doença. A equipa explora os recursos da sociedade e propõe iniciativas no sentido de inserir o indivíduo. Quando o toxicodependente entra na instituição passa por uma entrevista, a qual consiste numa conversa com o profissional especializado e serve para fazer a avaliação, diagnóstico e elaboração de um plano terapêutico composto por atividades coletivas e individuais a serem realizadas ao longo do tratamento.

As atividades desenvolvidas na instituição são diárias e consistem em oficinas e trabalhos de convivência, monitorizadas por psicólogos, terapeutas ocupacionais e voluntários (na maioria ex-toxicodependentes que tenham frequentado o mesmo programa terapêutico). Para além da privação total do uso de substâncias psicoativas e todo o sofrimento que este processo acarreta, existe também a supressão das relações sociais com os amigos, família e atividades quotidianas. No entanto, este programa impõe-se pois estas relações já foram previamente desprezadas pelo indivíduo toxicodependente e a sua forma de vida adotada desrespeita as necessidades básicas do próprio organismo.

“A instituição... é um apoio muito importante.” [E1]

“Sozinho não se consegue. Impossível, porque sozinho não tens regras... Precisa-se de um estilo... De isolamento... Uma Comunidade não é um isolamento mas pouco falta... Está-se uns tempos largos sem sair de lá. Um isolamento pra assentar a cabeça.” [E2]

“Desta vez, a instituição foi muito... Ajudou-me muito!” [E4]

“Foi super importante!” [E5]

“... ainda agora que já terminei, posso sempre ligar e pedir. Eles tão lá pra nos ajudar.” [E6]

“Foi importantíssimo para me ajudar, entender-me e conhecer-me.” [E7]

“Foi o melhor apoio que podia ter tido.” [E8]

Rede Social

“... tenho alguns amigos agora, com quem conto, com quem falo...” [E1]

“... os meus vizinhos, os meus colegas... Nunca me senti aquele rejeitado.” [E3]

“Só tinha amigos negativos...” [E4]

“Bons amigos, isso é claro que é fundamental, mas não quero com isto dizer que, em momentos de solidão não se seja capaz.” [E5]

“Na fase da reinserção tinha apenas as amizades criadas na Comunidade.” [E7]

“Apenas as pessoas que estiveram em programa comigo...” [E8]

Entidade Patronal

A maioria dos entrevistados deste estudo estão desempregados. Outros casos preferiram não referir e/ou falar deste assunto. No entanto, através dos testemunhos conseguidos conseguimos perceber que a entidade patronal não sabe da condição e da realidade de toxicodependência.

“Eu já sai de lá há seis anos e ainda hoje me diz se não quero voltar a trabalhar. Oferece-me emprego. Seu eu precisar tenho a porta aberta.” [E3]

“O patrão não sabe da minha condição.” [E5]

“Não sabem, nem vão saber. Não tenciono falar deste assunto com ninguém, poderia condicionar a minha relação profissional e até o meu emprego.” [E8]

3.1.4 – Tratamentos

Existem vários tipos de tratamentos e nesta investigação percebemos qual o motivo da opção pelo tratamento institucional e não pelo tratamento de substituição. Os entrevistados foram unânimes no que toca a esta questão dos tratamentos de substituição: estes não são vistos como uma solução mas como o “adiar do problema”. Os entrevistados garantiram-nos que usando a Metadona como método, acabariam por consumir substâncias psicoativas na mesma. Como nos frisou [E5], *“... a minha irmã faleceu com a metadona e eu via-a a degradar-se, ficar cada vez pior. E isso é óbvio que me dizia pra não fazer isso”*. Conseguimos

perceber que, primeiramente, os indivíduos dependentes que optam pelo tratamento de substituição, usam o Subutex, manipulando claramente as situações. Quando conseguem dinheiro não tomam a medicação, tendo esta por base o facto de ajudá-los a não sentirem a ressaca propriamente dita. Já a Metadona tem de ser administrada pelo CAT e tem alguns efeitos semelhantes aos da heroína.

“Tinha tentado uma vez com um antagonista... e cheguei a dada altura que as recaídas eram consecutivas...” [E1]

“Não podia porque vivia sozinho... Na altura sim (tinha optado)... porque não tinha a informação que tenho agora.” [E2]

“... eu pra me drogar, drogo-me com heroína ou cocaína...” [E3]

“Não queria porque sabia que ia trocar uma substância pela outra. E ia acabar por consumir na mesma... quando se tem dinheiro, acaba-se por ir lá na mesma. Não tenhas dúvidas.” [E5]

“... eu optei pelo tratamento de substituição, com metadona. Mas isso não resulta!... comigo não resulta! E sinceramente não sei se resulta com alguém. Eu acho que não... É a minha opinião... É um negócio!” [E6]

“... já tinha tentado ‘n’ de tratamentos... fiz isso e andei em tratamentos cerca de oito meses que andei sem consumir e nunca deu resultado.” [E7]

“... não dava em nada. Não davam nada porque lá está, porque o comportamento tava lá. Eu pra mim nessas alturas, eu tava bem, não tava a consumir... continuava a dar-me com pessoas negativas, continuava a frequentar sítios negativos. E desta vez decidi experimentar uma coisa diferente.” [E8]

Assim, após várias tentativas falhadas, os entrevistados agarraram a sua força de vontade, quiseram fazer diferente e optaram pelo tratamento institucional, percebendo que a doença era grave e complicada, mas que finalmente tinha solução. Chegaram ao ponto de saturação, sentindo que o melhor a fazer seria o internamento: um sítio isolado onde pudessem expressar-se, onde tivessem pessoas que compreendessem o seu sofrimento e a sua realidade, onde conseguissem ter uma rotina normal, onde pudessem ser eles mesmos.

“Eu sabia que tinha um problema... Eu não sabia a dimensão do problema ou a profundidade do problema... Quando comecei a perceber... Fiquei assustado... Eu não pensei que fosse tão... Tão grave! Foi por isso que eu escolhi uma instituição.” [E1]

“... eu precisava era de um canto... Porque eu precisava de um refúgio.” [E2]

“Tive princípios de tuberculose... E toda a gente a chatear-me a cabeça pra eu ir pra um tratamento e lá fui eu.” [E3]

“... foi a família que me disse ‘ou vais fazer o tratamento ou vais dar uma grande curva’... Eu lá vim.” [E4]

“Depois de várias desintoxicações, CAT, a segurança social falou-me da instituição e eu aceitei.” [E5]

“Desta vez escolhi porque dentro das formas que eu já tinha experimentado e tinha sido eu a pedir, eu a querer me tratar... Depois das sucessivas recaídas, achei que era o melhor pra mim. Dentro do que conhecia.” [E7]

“Foi a primeira vez que fui pra uma Comunidade. Como te disse... comecei a consumir com catorze anos. Aos dezoito tava a fazer a minha primeira desintoxicação. Nessa altura de heroína. E sempre foi... Em casas, em clínicas... Os comportamentos continuavam.” [E8]

3.1.5 – Fatores promotores do processo de reinserção social

No prosseguimento da análise que tem vindo a ser feita, tendo sido abordado nos pontos anteriores a questão da exclusão e do momento-chave de mudança efetiva para a recuperação e reinserção social, iremos analisar alguns fatores específicos que ajudaram a promover o início do percurso de reinserção. Sem atitude e vontade de mudança é muito difícil se trilhar este caminho, sendo que estas atitudes são mais frequentes numa fase mais avançada do percurso. Se a vontade não for consciente, a qualquer momento poderá acontecer uma rutura ou interrupção do processo terapêutico.

Características pessoais

"... o querer é o principal." [E2]

"Mas se não fosse eu, eu não tava aqui agora." [E4]

"O facto de querer mudar de vida" [E7]

"Desta vez, acreditei em mim mesma..." [E8]

Luto

"... a minha mãe morreu passado um ano em que eu tava em tratamento... na altura pensei em desistir... E eu pensei assim, das duas uma: ou continuo aqui, num cerco fechado e tento ou acabo por desaparecer no meio disto tudo." [E3]

Maiores dificuldades sentidas

1. Medo das substâncias:

"Chega! Claro que chega! Então não chega! Aí não que não chega! Ainda eu não tive aquelas situações apertadas de ver alguém a fumar!" [E5]

"temos de saber... pedir ajuda. Ter humildade pra isso. Humildade não é humilhar-se..." [E6]

"Medo que até me protege... é aquele medo que às vezes me faz recusar convites, que faz dizer o que sinto, faz tar atento a mim, tar atento ao que se passa à minha volta." [E7]

"...locais que ainda hoje não passo, por medo, por respeito." [E8]

2. Afetividade:

"... posso dizer que os toxicod dependentes em recuperação ou não, a lacuna é a nível afetivo." [E1]

“Às vezes é um vazio tão grande tão grande que nada consegue preencher... Nós, toxicodependentes, sentimos muita falta de carinho, afeto, atenção...” [E3]

3. Socializar:

“Só tinha amigos negativos. Ainda hoje é uma enorme dificuldade diária.” [E4]

4. Falta de humildade:

“Nós quando temos vontade de consumir não vamos pedir ajuda a ninguém.” [E3]

Ao analisar as dificuldades sentidas no processo de reinserção social, relacionou-se outra questão com a Prevenção de Recaída. Assim, procuramos entender o que os indivíduos entendem por este conceito de prevenir a recaída, antes mesmo de esta aparecer, assim como as principais situações de risco.

3.2 – Projeto de Reinserção Social

O interesse em analisar e perceber se existiu o delinear de algum projeto de reinserção social está relacionado com o estabelecido nos objetivos propostos nesta investigação.

Para cada um dos entrevistados, a existência de um projeto, logo à partida, tem um papel de fio condutor desde o início do processo de tratamento até à fase final de reinserção social. Mas convém lembrar que, para a análise e compreensão dos percursos, é necessário ter em conta a questão da subjetividade inerente às realidades pessoais e sociais de cada indivíduo.

3.2.1 – Reflexão sobre o significado de projeto de reinserção social

Significado atribuído

Três dos entrevistados consideraram que não foi necessário delinear nenhum projeto de reinserção social ou de vida, pois este já existia. E2 diz-nos claramente *“A minha reinserção*

fui eu que a fiz sozinho... O meu projeto não foi nenhum. Foi fazer-me à vida. Eu já sabia o que queria.” Neste caso, o mais importante para ele era estar afastado do acesso à droga e da sua zona de residência. Mais tarde, quando já se encontrava estabilizado dos consumos é que começou a pensar no seu futuro e a fazer planos para a vida.

No entanto, o grande significado do projeto de reinserção social baseia-se em assumir-se a si mesmo e verbalizar sentimentos e emoções.

“Foi uma confusão... cheguei aqui e eu queria ir logo trabalhar no primeiro dia... Ainda foi complicado, eu pôr a cabeça no sítio quando vim pra aqui pra reinserção.” [E4]

“... é criar metas... a gente vai criando objetivos... mesmo uma pessoa que não tenha andado nas drogas, o dia-a-dia delas é criar objetivos... O que me tem segurado, é o facto de querer mudar de vida... Quero uma vida o mais normal possível... Uma vida normal de uma pessoa normal.” [E6]

“... uma coisa que me levou a mudar...esse pensamento foi conseguir verbalizar o que sentia. Aquilo que eu tava a sentir, por pra fora e conseguir verbalizar...” [E7]

3.2.2 – Participantes na elaboração do projeto de reinserção social

Os participantes e respetivos papéis no âmbito dos percursos de reinserção social são eleitos neste ponto de análise, onde se procede à compreensão da sua importância na vida das pessoas entrevistadas nesta investigação.

Conforme já foi referido, o envolvimento da família ou elementos significativos na recuperação das pessoas são considerados pressupostos fundamentais, como, por exemplo, na integração socioprofissional ou transição ao trabalho ou na disfunção dos relacionamentos.

Por isso, este aspeto tornou-se bastante importante nesta investigação: analisar e compreender a influência dos papéis desempenhados pelos sujeitos intervenientes nos percursos de reinserção social que são objeto de estudo. Para uma abordagem sociológica orientada para a ação, a compreensão das ações e interações que se desenvolvem ao longo da evolução do percurso de reinserção social torna-se um marco a atingir de acordo com Strauss (1992) e Dubet (1994) e os próprios objetivos da investigação.

Não existe qualquer dúvida relativamente ao principal agente ativo dos percursos de reinserção social: é o próprio indivíduo que o vive. Nesta investigação, todos os participantes iniciaram este percurso com a ajuda de uma instituição, mas o ponto central do trabalho de mudança centra-se no próprio indivíduo e nas suas interações social.

Sujeitos intervenientes e papéis desempenhados

A Equipa Terapêutica está presente de forma ativa e permanente em todos os percursos de recuperação e reinserção social. Sete dos oito entrevistados focaram o seu papel como tendo sido primordial para os seus percursos.

E5 foi bastante claro na sua explicação referindo que *“... com o apoio deles consegui. Porque sozinho é muito difícil... Eu posso dizer que fui... Amparado. Não é a palavra exata porque não é justa mas como eu queria, ajudaram-me. Eu senti isso. Quanto mais as pessoas demonstram querer, são super apoiadas... Foi aqui que eu mudei!”*

A família, amigos e acompanhantes também foram focados como tendo um papel igualmente importante. E7 refere: *“Neste tratamento consegui criar amizades, consegui criar relações que eu sentia que não tava ali sozinho, que tinha pessoas ao meu lado que também tavam a passar a mesma coisa do que eu, também me ajudaram um bocado a ultrapassar... A minha família, houve já uma altura em que deixou de acreditar em mim... elevou-me um bocadinho mais a autoestima e o meu ego de ter a família, ver que me tavam apoiar, independentemente de tudo o que eu tinha feito, ainda acreditavam mais uma vez em mim...”*

3.3 – Transição para o trabalho

A transição ao trabalho é encarada sobretudo como um dos meios para atingir a autonomia económica, a qual, por sua vez, permite o regresso à cidadania ativa dos sujeitos que caminham no seu percurso de reinserção social.

Das oito entrevistas realizadas, três indivíduos estão numa situação de desemprego, três encontram-se a trabalhar e dois regressaram à escola para concluir os seus estudos.

Regresso à Escola

Como experiência de desenvolvimento de competências sociais e parte integrante do percurso de reinserção social registaram-se dois casos de regresso à escola e retoma dos estudos interrompidos: E4 está a concluir o 9º ano num curso de torneiro mecânico, *“Porque não arranjei trabalho... Eu não optei. Eu inscrevi-me em tudo e mais alguma coisa: trabalhos, cursos, tudo! E fui pro que apareceu. Andei a fazer cursos e mais cursos, aqueles modulares, de cinquenta e vinte e cinco horas. Eu saía de casa de manhã e só vinha às onze da noite: andava a tirar cursos, um de manhã, um à tarde, um à noite.”* Já E7 está a terminar o 12º ano, *“não posso dizer que não trabalhei mas sim, optei por voltar a estudar.”*

E8 tirou um bacharelato em Gestão de Empresas Turísticas antes de realizar o tratamento, *“Já o tenho há imenso tempo. Já o tenho há doze anos mais ou menos. E sim, tava a consumir na altura. Mas tive uns momentos de paragens, entre aspas.”*

Existência de benefícios e significados atribuídos aos programas ativos de inserção no mercado de trabalho

Os entrevistados foram confrontados com uma questão relacionando os incentivos do Centro de Emprego (IEFP). Apenas um não se encontrava devidamente informado e não tinha conhecimento deste tipo de incentivos. Após lhe explicarmos do que se tratava, E4 confessou-nos que, *“Não, não sabia... Isso tem os seus senãos... Não, acho que isso não traz benefícios.”* Nesse aspeto, recolheu-se a unanimidade nas respostas, uma vez que os oito entrevistados afirmaram não ponderar sequer esse tipo de incentivo, devido ao estigma social.

“... isso é uma treta. Se continuares a ter... Bons padrinhos, como a gente chama, consegues essas coisas. Senão não consegues nada. É tudo uma treta.” [E2]

“Sim. Tou a par desses incentivos... Fácil não era!... principalmente exposição... Não digo vergonha porque... eu vergonha do que fazia não tenho... sou capaz de ter algum sentimento de culpa em relação ao que fiz à minha família e a algumas pessoas que levaram com a minha toxicod dependência sem ter de levar...” [E7]

3.4 – Conhecimento de terceiros do problema da toxicodependência

O conhecimento de terceiros do problema da toxicodependência poderia ser considerado como um obstáculo a todos os processos de reinserção social dos entrevistados desta investigação. Este estigma social reflete-se na procura de emprego, na reinserção profissional e, na hora de dar a conhecer a realidade da sua condição, o individuo pondera muito bem aquilo que pode ou não falar.

“Eu não tenho que ir falar ao A, B ou C o que é que eu fiz. Porque o A, B, ou C também não me vem dizer o que é que fizeram... Poderá depois um dia, quando sei lá, já há mais confiança e quando a gente sente que nem que diga isso à outra pessoa não vai mudar... Agora de início... há coisas que não interessa dizer... não tenho de ser um livro aberto.” [E1]

“O dizer por mim não tem problema, eu digo... O problema é os outros... ‘Vem pra aí um ladrão, um drogado!’” [E4]

“Senti! Muito! Com uma força! Muita força! E o pior, na altura não tinha dentes! Ui! Ainda senti mais, muito mais... E hoje em dia, trabalho mas não falo. Nem vou falar. Não vou porque não convém. Não convém porque nós não somos todos iguais”. [E5]

(Na escola): *“Dei a conhecer. É assim, não cheguei ali a meio da turma e disse. Mas a algumas pessoas dei... alguns formadores, fui honesto com a psicóloga... ela perguntou-me o que é que eu tinha feito e lá está veio o peso da balança ‘digo, não digo’... acabei por dizer a minha condição... não tenho preconceito nenhum em falar do meu passado.” [E7]*

“Não. Optei por não o fazer... porque achei que não era isso que ia impedir de eu ser o que sou... É assim, as pessoas estavam à minha frente e eu também não as conhecia. Não sei qual era a visão delas perante um ex-toxicodependente ou um antigo consumidor e eu optei por não o fazer... E também não sei o que eles fizeram! Se calhar mataram alguém e eu não sei!” [E8]

A discriminação e o estigma andam de certa forma associados. O receio da primeira abarca o segundo e vice-versa. O que os entrevistados entendem por uma, também pode ser entendido como sendo o outro. Mas, de acordo com os conceitos teóricos, o estigma será mais uma causa da discriminação dos toxicodependentes. Os entrevistados falaram-nos de diversos episódios onde sentiram e sentem as realidades da discriminação e do estigma, ou seja, na sociedade de uma forma geral, no mundo profissional, nos vizinhos e nas atividades lúdicas/lazer.

A definição de toxicodependente e toxicodependência estão bastante interligadas, não se consegue falar de uma sem automaticamente referir a outra. Assim, antes do tratamento, estes indivíduos viam a toxicodependência sempre associada ao toxicodependente, mas sendo sempre algo que poderiam parar quando achassem e quisessem. Na verdade, não viam o ato de consumir com a mesma gravidade de hoje, percebiam a imagem do toxicodependente estigmatizado como sendo algo que só acontecia aos outros, não se rotulavam com a mesma categoria, convencendo-se que nem iriam ressacar.

“Eu achava que era uma coisa que ‘eu ando aqui e tal mas quando eu quiser parar paro... eu não via as coisas com tanta gravidade. Eu via os outros... Algumas pessoas que cometiam crimes e furtos e tal e eu pensava que ‘eu nunca vou fazer isso’. Só que o degradar, a perda de valores, da dignidade... e a destruição que as drogas causam... Quando se perde os valores, aliás os valores ficam completamente trocados.” [E1]

“Eu convencia-me de que não ia ressacar... Consumi a primeira, a segunda, a terceira e era engraçado e ‘eu não vou ficar dependente disto’ até o corpo exigir. Quando me falavam em ressaca eu dizia que era estupidez... Tava convencido que isso não existia.” [E2]

“... eu considerava-me toxicodependente, embora andei muito tempo a pensar que não era... É um sofrimento tão grande mas tão grande que eu desejei muitas vezes morrer... E sofria muito por ver minha mãe sofrer...” [E5]

“Antes de me tratar... Sentia... Entre aspas pena... Porque a gente nunca pensa que fica igual... Pensamos sempre que isso só acontece aos outros... o andar arrumar carros... é do toxicodependente quando já tá... mais degradante... comigo... Fiz tudo igual!... E pra te ser sincero quando arrumei carros a primeira vez eu assim ‘é pah, olha ao que tu

chegaste'... A necessidade obrigava-me... eu via-me diferente deles e não pertencia àquela classe.” [E6]

“Toxicoddependência antes do tratamento era um bocado associado ao toxicodpendente... No início pensei que nunca ia passar por mim.” [E7]

“Eu durante um certo tempo, eu achava... eu já não era toxicodpendente porque já não consumia heroína e naquela fase já não consumia cocaína. Mas o resto, outras substâncias, álcool, tava lá. Continuava. Mas eu não era toxicodpendente.” [E8]

Hoje em dia, depois do tratamento, os indivíduos conseguem entender a definição estigmatizada da sociedade, chegando a concordar inclusivamente com a mesma. A diferença reside no facto de aplicarem o termo “doença” a algo que impreterivelmente a sociedade denomina de “vício”. A maior preocupação reside nos nossos jovens, o respeito pelo toxicodpendente e a visão do adito enquanto ser humano social.

“... perder a dignidade vai muito além da destruição: a pessoa sente-se tão pequenina... Tão incapaz, tão inferior... Submete-se a tudo e é capaz de fazer tudo, passa por cima de pais, mães, filhos, irmãos, namoradas, tudo. É uma destruição mesmo muito grande. Isso é como eu vejo agora porque quando eu tava lá não via assim”. Relativamente à visão da sociedade, E01 diz-nos que na realidade “Não são todos iguais mas a maioria é. Comete crimes, delitos, pequenos furtos e grandes... têm um rótulo assim colocado pela sociedade.” [E1]

“Nós consideramos um doente, uma pessoa dependente de alguma coisa”. Mas, E02 foca, tal como E01, a presença do rótulo: “... na vida que se anda é-se rotulado! Mesmo pessoas que a gente se dá muito bem, és sempre toxicodpendente... eu não culpo as pessoas, é a sociedade que não tem informação suficiente. E não está preparada pra uma coisa destas... um consumidor era um bandido, matava, roubava, mesmo que não fosse ele, era ele.” [E2]

“A minha definição é diferente... Eu respeito um toxicodpendente porque não fui respeitado como tal... não gosto que os outros gozem. Odeio! Porque eu já passei por isso... a nível da sociedade... A nível das pessoas. Eu acho que um drogado é sempre

um drogado. Apesar de fazer um tratamento... Uma pessoa que saiba que outra foi drogado... Tem sempre um rótulo... Sempre há-de ser um drogado.” [E3]

“Consigo entender a definição da sociedade e concordo plenamente!... A visão da sociedade é a do ladrão, assassino, é o que faz isto e aquilo... Pra mim também é essas coisas todas!... Em geral é mesmo!... Há que assumir... Não é o que a sociedade pensa, é o que vê!” [E4]

“Agora eu vejo como uma doença horrível... O nome diz tudo... Abafa completamente o ser humano... a pessoa tem uma personalidade e a droga altera completamente... A sociedade não vê aquilo que nós vemos. Nem pouco mais ou menos!” [E5]

“... agora, olho pra eles de uma maneira diferente... já passei pelo mesmo... E tive a mesma necessidade de roubar pra obter dinheiro e ter de me fazer à vida que é mesmo assim.” [E6]

“Toxicodependente é uma pessoa dependente de drogas. Eu ainda me considero toxicodependente. Mas não tou a consumir. Tou equilibrado e tou a conseguir levar a minha vida adiante. Eu sei que sou uma pessoa que continuo a ser adito. Se eu agora... começar a contrariar os meus princípios, as minhas ideologias, o que eu quero.... Eu sei que é uma questão de tempo até voltar ao antigamente.” [E7]

“Neste momento não sou dependente de nenhum tóxico. Mas adita sim. Porque eu sei que basta-me um deslize pra voltar tudo.” [E8]

Um toxicodependente curado ou em tratamento é fundamental para a luta contra a droga. Mas, muitas vezes, a sociedade não lhes dá o reconhecimento devido. “Mesmo os que os amam, não têm total confiança neles. Eles utilizam o condicionamento do passado e do presente: uma criança que os roubou, arruinou, que mentiu, enganou. Não imaginam, mesmo fazendo um esforço, que ele possa estar completamente curado. Mas nós sabemos que ex-toxicómanos reabilitados se tornam totalmente diferentes” (Engelmajer, 1989, p. 30).

3.4.1 – Gestão dos tempos livres

Para a ressocialização, é necessário desenvolver estratégias durante o percurso de reinserção social. O projeto de ressocialização do programa terapêutico do Projeto Homem

exige um esforço pessoal de cada pessoa para que o mesmo atinja o objetivo proposto e desejado. Enquanto utentes, estes indivíduos sentem-se pressionados a socializar e a procurar estratégias para a gestão dos seus tempos livres. No entanto, as dificuldades em voltar à realidade são enormes. Destacam-se: o sentimento de solidão e a monotonia. Ainda o medo da rejeição ao procurarem novas amizades. Assim, percebemos que estes indivíduos têm na família a sua base e pilar para não estarem sozinhos e que fora da família é muito difícil conviverem e/ou socializarem. Têm como atividades, o futebol e o ginásio (sempre o desporto), seguindo-se apenas o computador, as consolas e os jogos.

“Uma das coisas que aprende é a gerir o tempo livre. É criar tempos livres e fazer coisas que deem satisfação e que se goste de fazer... nós, toxicodependentes temos maior dificuldade é lidar com a monotonia” [E1]

“Eu nunca tive gestão dos tempos livres... O meu programa era sempre o mesmo... Porque foi sempre o meu sistema de vida. Eu vivi sempre sozinho, nunca tive amigos.” [E2]

“... eu ocupei o meu tempo livre com computadores... um bocadinho com trabalho, pra compensar... há sempre aqueles momentos em que me sinto sozinho...” [E3]

“Gostava muito de mudar isto mas quando me dou conta já tou outra vez no mesmo. Aos anos que me ando a debater nisto... Eu sou um desastre no campo social”. [E4]

“... o mais importante na vida é o que vem ainda à nossa frente e é o que nós podemos ainda fazer. É isso que uma pessoa tem de pensar.” [E5]

“... as drogas tornam-se um passatempo e os tempos livres esquece!... Eu costumo dizer que o melhor tempo livre que a gente pode passar é com a família... fazer desporto... caminhar... E claro, trabalhar!... Pra ter o nosso dinheiro e claro aprender a gerir o nosso dinheiro, porque nós não sabemos, temos de aprender.” [E6]

“... fui um bocado pressionado pra isso. Porque eu tinha o tempo todo ocupado com os consumos e depois fiquei sem objetivos... uma coisa que me ajudou muito a mim... Foi o ginásio... conhecer pessoas novas, interagir com outras pessoas lá e tar a fazer uma coisa que eu gostava que no fundo era saudável... Fui buscar ali aquele contrapeso, ir buscar satisfação pessoal.” [E7]

“Forçam-nos um bocado... Eu na altura o que me custava era socializar, voltar a falar com pessoas... É difícil dar o primeiro passo... tar com pessoas... admitir... assumir! Custa sempre. As pessoas... olharem de canto.” [E8]

3.4.2 – Religião

Na maioria dos casos, a religião não é um fator relevante de influência para os entrevistados escolhidos. Apenas dois dos entrevistados, do sexo masculino, tiveram experiências ligadas à religião, que os fizeram mudar a sua forma de vivenciar a fé em Deus, em algo que os fizesse acreditar que não estavam sozinhos, que tinham uma saída, uma luz ao fundo do túnel, uma espécie de milagre, no qual se poderiam apoiar de forma a mudar o sentido das suas vidas.

Não

“Não tem muita influência... cada um acredita naquilo que quer. Cada um tem o seu próprio Deus e eu tenho o meu.” [E1]

“Eu não tenho religião. Sou anti religião.” [E2]

“Sou católico porque sou batizado... mas não sou praticante... eu a uma Igreja não vou.

“Sou católico porque sou batizado... mas não sou praticante... Respeito... Mas não é que isso contribuisse pra minha felicidade e pro meu bem-estar.” [E3]

“Não. Respeito mas não.” [E4]

“Não que eu não sou católico. É assim, eu acredito no bem e no mal. Mas isso não serviu pra mim.” [E7]

“Não. Nada. Eu posso-te dizer que neste processo... Fundamentalmente, acreditei em mim, nem sequer foi nos outros. Foi em mim.” [E8]

Sim

“Tentei roubar uma vez e dei-me mal... Foi parece que Deus... foi uma cena muito forte... Passo por uma Igreja, olho pro meu lado direito, vejo uma cruz, daquelas grandes, com

Jesus-Cristo crucificado... Entrei, fui-me ajoelhar, comecei a rezar o que sabia porque eu já não me lembrava, já nem sabia Ave-Maria nem o Pai Nosso. Sabia só algumas partes e comecei a chorar e sai dali e fui pra casa e já não tentei roubar ninguém"... "Eu comecei a ir... Não à missa. É à Igreja. Entro, rezo um bocadinho e honestamente, sinto-me bem... Acaba por ser um apoio... E olha que eu tinha vergonha!... A sério que tinha!... Agora não. Nem pouco mais ou menos... Acho que é importante. Honestamente acho. Embora não quero dizer que quem não vá, não seja capaz. Com certeza que é. Tem outras formas." [E5]

"Olha, ao princípio não, nem por isso. Eu era pouco católico... Fui batizado e tal... mas pouco acreditava em Deus ou no que fosse. Mas agora... até vou à missa todos os domingos... Porque experimentei, gostei e sinto-me bem... acredito, tenho fé e sinto-me bem assim. Tenho mais força!" [E6]

3.5 – Reconhecimento Social

No sentido de reforçar a importância das interações do indivíduo nos contextos sociais que o envolvem, apesar das mesmas já terem sido abordadas, procurou-se tentar perceber, sobretudo, aquelas que mais se destacam em importância e facilitação dos processos analisados (se as subjetivas, se as objetivas, macro ou micro sociais), verificando também a existência de contingências e estigmas nos percursos dos entrevistados.

A mudança de identidade (na sua perspetiva micro e macro social) nos percursos de reinserção social deverá possibilitar o surgimento de uma imagem social que ao nível das interações consiga transpor todo o tipo de estigmas inerentes a quem viveu processos de exclusão social na toxicod dependência.

A mudança para um novo estilo de vida e o adquirir de uma nova identidade, onde os comportamentos saudáveis e a libertação das dependências são o objetivo fulcral, decorre normalmente de numerosas influências externas, ou seja, pela interiorização e aprendizagem realizada ao longo de um programa terapêutico para toxicod dependentes. Os entrevistados confirmaram o que se afirmou anteriormente.

“Muda tudo... não é que a gente faça de propósito pra mudar. Isso muda porque ao deixar de consumir é automático... vai acontecendo mas o estilo de vida é to-tal-mente diferente... Posso-te dizer isto, arrisco-me a dizer isto: todo aquele que deixar de consumir e não mudar de estilo de vida, não se mantém abstinente, é uma questão de tempo.” [E1]

“Nós toxicodependentes, percebemos muito melhor a sociedade porque vimos os dois lados... o toxicodependente é o melhor exemplo... Porque teve primeiro num estado livre, depois agarrado, depois livre outra vez... Porque nós quando nascemos, tamos bem. Depois vamos pro desvio e depois voltamos ao bem. Quando tamos bem, sabemos o que passamos no mau... E tens aqui três histórias de vida. Cada um com a sua imagem.” [E3]

“As mudanças do estilo de vida foram radicais. Eu era um preguiçoso de primeira... Por eu saber que era um malandro de todo o tamanho e tinha que fazer completamente diferente! TUDO!...” [E5]

“O estar livre pra mim, é o melhor que há!... eu deixava-me a pensar nas drogas, acordava a pensar nas drogas ou a pensar onde ia arranjar dinheiro... tar livre é tudo!... Nós somos escravos daquilo... vivemos em função das drogas...” [E6]

“Um estilo livre de drogas... É eu acordar de manhã principalmente e não ter nada a pesar na consciência... não depender de nada.... Não tar com aquela preocupação... tirar prazer de pequenas coisas.... traçar metas e ter objetivos a longo prazo.” [E7]

“É ter objetivos. É o não me levantar com aquele único e exclusivo pensamento de tirar a ressaca, de ter de consumir, de ter que ter droga. Poder viver... tou a dar valor a pequeninas coisas que eu nunca dei. Ao ‘bom dia’, ao sol, à chuva!... segurar a porta pro senhor que vem e que mora no prédio e anda de muletas... Isso é bom, claro! É o que tem de ser, faz parte. É educação! É princípio!” [E8]

Com as transcrições consegue perceber-se que o programa funciona como uma espécie de trampolim ao serviço dos toxicodependentes que procuram a recuperação. O programa proporciona a descoberta do autoconhecimento de cada pessoa (das suas limitações e potencialidades), ensinando cada um a ser responsável nas suas atitudes, comportamentos e decisões. O confronto está sempre presente, ao longo de todo o programa, tendo um papel

importante nas reflexões e aprendizagens pessoais, tornando-se um dos alicerces fundamentais de cada percurso de reinserção social.

O adquirir de competências de relacionamento, a interação e participação social, a responsabilização pelos atos e atitudes do passado, do presente e do futuro, a tolerância à frustração, o saber lidar com a confrontação, com os problemas e conflitos interpessoais, o assumir de responsabilidades sociais, a planificação e organização dos projetos de vida, a descoberta de novas competências e valores pessoais, o encontro da estabilidade emocional e afetiva, constituem pressupostos essenciais de reinserção social na toxicodependência.

3.6 – Nova identidade e novo estilo de vida (projetos de vida e reconhecimento social)

A compreensão e apreensão do sentimento de reabilitação da imagem, da identidade e do reconhecimento social foram preponderantes para os objetivos da presente investigação. A percepção do usufruto de direito e do cumprimento de deveres de cidadania, significados pessoais e sentimentos sobre a experiência pessoal de cada um dos participantes proporcionou um contributo qualitativo importante para a informação que se pretendeu obter.

3.6.1 – Sentimento de reabilitação da imagem e identidade perante a sociedade

Nas palavras transcritas das entrevistas realizadas consegue-se sentir algo de muito positivo nos percursos de reinserção social de cada um. E é precisamente o sentimento de reabilitação da imagem e identidade perante a sociedade que poderá caracterizar ou considerar-se como um dos pilares de êxito dos percursos conquistados.

O reconhecimento social é outra vertente do êxito de um percurso de reinserção social que se poderá levar em conta. O reconhecimento social exprime-se pela necessidade de existência para os outros de uma pessoa, ou seja, sentir-se útil e necessária ao mundo, escutada, aceite, etc. A necessidade de inclusão, valorização social e a própria

individualização da pessoa deve ser reconhecida na sua própria identidade, na sua singularidade e diferença. Os sentimentos exprimidos são reflexo disso: estamos perante pessoas que sentem de facto a reabilitação da sua imagem e identidade perante a sociedade, onde o próprio reconhecimento social está bem presente.

“Sinto que faço parte. Não me sinto inferior... Mas sinto que sou diferente porque tenho a minha realidade e tenho que tê-la muito presente e ser muito consciente disso. Ou seja, não me sinto inferior mas não me posso comparar.” [E1]

“Eu não sou aquele rapaz magrinho, chupado... Quando entro num café ou num restaurante toda a gente me respeita. Bom, isso não acontecia...” [E3]

“Qualquer pessoa que ande nas drogas ou mesmo no álcool torna-se sempre um bocado antissocial porque só passa a socializar com as pessoas do meio.” [E4]

“Sim. Completamente. Sinto-me útil.” [E5]

“Sim, sim, bastante!” [E6]

“Sinto! Eu nunca tinha desempenhado o papel de cidadão! Eu sei que agora respeito leis e dantes... era a lei do mais forte e por cima de tudo e de todos... Sinto-me integrado.” [E7]

“Sinto. E sinto que as pessoas me dão valor. Muitas delas não sabem pelo que eu passei.” [E8]

3.6.2 – Significado pessoal em relação ao cumprimento do projeto de reinserção social

Com base na compreensão teórica e empírica daquilo que se entende como sendo o enquadramento social necessário à inserção social, onde o alojamento, o trabalho, a família, a gestão do tempo, a saúde física e mental, a educação, o acesso à cultura, ao consumo de bens e serviços, o exercício da cidadania, chegou o momento de aprofundar mais esta questão.

“Eu tenho-me esforçado pra cumprir aquilo a que me propus. Porque aquilo a que me propus não foi grande coisa... Objetivo principal: manter-me abstinente... ser feliz com aquilo que tenho... E acho que o meu pai deu-me uma grande lição de vida... O meu pai era muito pobre... Mas era feliz com aquilo que tinha...” [E1]

“O meu único projeto era deixar a droga.” [E2]

“... depois de ter deixado as drogas sempre consegui os meus objetivos: tirar a carta, ter carro, ter mota, ter casa... E manter tudo o que construí.” [E3]

“Arranjar um trabalhinho, arranjar um apartamento ou uma casa... alugar um espaço pra mim, que era pra eu poder tar à vontade.” [E4]

“Fiz muito mais do que achei que ia fazer... Eu era daqueles utentes que não davam uma chaveta por mim... Porque na minha terra eu era aquele que mais consumia... Eu era o ‘Deus me livre!’” [E5]

“Falta sempre algo, porque aí tá o nosso crescimento. Naquilo que falta. Naquilo que temos que limar, no que temos pra descobrir e conquistar. É uma aprendizagem diária em que eu sou aluno e professor porque aprendo com os outros, com a sociedade, todos os dias e dou o meu contributo, para outros aprenderem comigo. A vida é isto, é uma troca... Passados estes anos, eu ainda não cumpri tudo, continuo a cumprir.” [E6]

“... o meu processo não acabou. O meu processo continua... Porque até as pessoas que não tiveram problemas com drogas, têm coisas pra melhorar e aspetos pra limar... é uma aprendizagem ao longo da vida... não foi da forma que eu idealizava, não foi da forma como eu pensava. Tive dificuldades, mas acho que no fundo, o final, tá lá.” [E7]

“Sinto-me realizada. Mas claro que tenho que continuar a fazer.” [E8]

3.7 – Discussão

É chegado o momento de elaborar uma reflexão sobre os contributos proporcionados pela presente dissertação de mestrado.

Nos percursos de decadência, o ponto de partida para a reinserção social corresponde em todos os participantes como sendo o ponto mais fundo atingido. Esta contextualização foi

feita em função da realidade pessoal e social de cada indivíduo entrevistado. Gorski (1991) focou que apenas 1/3 das pessoas que fariam um tratamento conseguiriam obter a sobriedade, sendo necessário passar por uma ou duas recaídas para conseguirem compreender o que é a recaída e conseguir mudar de atitudes e comportamentos. Estes são determinados por percepções e normas culturais; é uma aprendizagem contínua ao longo da vida. Percebemos que, de facto, esta é uma realidade visível e que a mudança acontece em grupo, ou seja, os indivíduos apoiam-se na dinâmica de grupo para mudar as suas atitudes. A recaída torna-se necessária para cair na realidade. Assim, quando um indivíduo cai, é fundamental incentivá-lo a continuar a lutar contra a sua dependência.

A PR é um processo de redução e não de eliminação da toxicodependência. Conseguimos verificar que, tal como Morel *et al.* (2001), que a PR visa a melhoria da saúde, bem-estar e condições de existência. Visa a responsabilidade individual e o desenvolvimento de laços sociais e comunitários. A PR na instituição do Projeto Homem é um processo fundamental, feito através de vários exercícios de confronto com a realidade a que estão sujeitos diariamente. São “encenações do quotidiano” onde se conseguem apurar quais as maiores dificuldades e o que pode ser feito para ultrapassar os obstáculos. É uma forma de prever o que poderá acontecer, sabendo de antemão a forma como poderão resistir. No entanto, a PR poderá prevenir mais facilmente o lapso, pois este caracteriza-se como sendo impulsivo; no caso de este acontecer, evita que o lapso se transforme numa recaída (Schulman, 2002; Henrique, 2004).

Na contextualização espacial, temporal, social e psicológica dos momentos-chave de passagem de exclusão para a reinserção social, existem comportamentos, vontades de mudança, de abandono dos consumos, que determinam decisões fundamentais para a concretização dos percursos de reinserção social. Através da análise e discussão das reflexões sobre o significado da existência de “projeto(s)” e de um fio condutor para o futuro, nos percursos de reinserção social estudados, verificamos uma enorme subjetividade contextualizada nas realidades diferentes de cada experiência analisada. Para os percursos de reinserção social de toxicodependentes percebemos a importância de uma nova identidade e estilo de vida e o papel do sentimento de reabilitação da imagem perante os contextos sociais em que os indivíduos se encontram reinseridos.

Ficamos a conhecer o que os entrevistados sentem e pensam no que se refere ao reconhecimento social, ao exercício de deveres e usufruto de direitos de cidadania e,

sobretudo, à apreensão e compreensão dos seus significados pessoais nas experiências de percursos de reinserção social. Como fatores promotores dos percursos surgiram alusões relacionadas com a vida saudável, disponibilidade para a família, consciencialização da situação de degradação comparativamente a uma vida livre de dependência de droga.

Apreendemos que o adquirir da consciência dos pontos negativos e positivos, relacionados com uma mudança de vida num percurso de tratamento e de reinserção social na toxicod dependência, teve um papel preponderante nos indivíduos desta investigação.

No que se refere aos participantes e papéis de todos os atores presentes nos percursos de reinserção social, conseguiu-se perceber que o indivíduo sozinho não conseguiria atingir o patamar de reinserção social esperado, sendo, no entanto, ele o ator principal do percurso e sem o qual, sem a sua iniciativa, vontade e querer, nada poderá fazer no sentido da mudança.

No que se refere às fases de preparação e à própria concretização da “transição ao trabalho” ou reinserção profissional (estratégias adotadas, motivações, etc.) ficamos a perceber e a compreender como se concretizam e quais as diferenças existentes nos percursos analisados. Em relação à existência de benefícios e significados atribuídos aos programas ativos de inserção no mercado de trabalho, ficamos a saber, no que se refere ao grupo de participantes neste estudo, que estes não têm qualquer relevância nos seus percursos de reinserção social.

Quanto à importância ou papel atribuído ao conhecimento de terceiros do problema da toxicod dependência, verificou-se que este obstáculo foi ultrapassado, na maior parte dos casos, não falando do assunto. Não negam o problema, este fica, de certa forma, escondido, para não causar algum tipo de exclusão social. Em tudo, este aspeto relaciona-se com a Teoria do Estigma de Goffman (1988) que afirma que os “normais” constroem uma ideologia para explicar a inferioridade das pessoas com um estigma e para ter controlo do perigo que ela representa, acreditando que alguém com um estigma não é verdadeiramente humano. Os estigmatizados possuem uma marca, significando então que a sua identidade social é deteriorada para conviver com os outros.

O estigma é uma construção social e as pessoas são estigmatizadas apenas num contexto, que envolve a cultura. Para Goffman, os normais e os estigmatizados não são pessoas mas perspectivas constituídas pelo meio social, o qual categoriza e coloca atributos considerados naturais e comuns para os membros de cada categoria.

As tendências morais e intelectuais e a estrutura cultural são elementos importantes quando se pensa onde e quem determina o que é o estigma. Assim, o grau de intensidade do estigma também se altera em relação ao tempo e lugar. Ao mesmo tempo que o estigma se encontra ligado à ideia de mudança em paralelo com o social e o cultural, as pessoas que compõem a sociedade são responsáveis pela sua perpetuação. Como membros da sociedade, os indivíduos perpetuam as suas concepções de estigma e a forma de responder a ele. Isto dá-se pelo passar de gerações, através da aprendizagem social e da socialização.

Os rótulos sociais propiciam a existência e uma separação delimitada de dois grupos: nós e eles. O “nós” caracteriza-se por todos os valores que constroem a visão de um ser humano “normal” expressada pela ideologia dominante da sociedade. O “eles” é caracterizado pelas pessoas que são diferentes do “nós” e, portanto, são as rotuladas negativamente.

As relações sociais entre pessoas não-estigmatizadas e pessoas estigmatizadas seguem o fluxo das primeiras. Estas relações não são igualitárias devido ao sistema de percepções das pessoas não-estigmatizadas e pelo seu conjunto de categorias – não as permitem prever uma pessoa estigmatizada numa categoria comparada com a sua.

Temos relatos sobre o significado e as transformações ocorridas na mudança de estilo de vida livre de drogas, onde foi focada a importância da independência total em relação às dependências de drogas. Compararam-se os “dois mundos” (o da toxicodependência e o da liberdade fora das drogas), resultando da comparação referida a tomada de consciência e o sentimento de prazer de uma vida livre de drogas.

Concluimos que o tratamento de substituição induz uma imagem de cuidados sem reais objetivos terapêuticos, ou seja, os indivíduos apenas não têm sofrimento físico mas acabam sempre por voltar a consumir: primeiro esporadicamente e depois compulsivamente. Tal como Dr. Marc Reisinger (1994) também aqui percebemos que os pacientes acabam por abandonar o tratamento de Subutex, por este não proporcionar os mesmos efeitos dos opiáceos. Este tipo de tratamentos pode até criar melhores condições para gerir a atividade quotidiana mas, no entanto, um medicamento, por si só não cura a toxicodependência pois esta doença tem uma enorme carga psicológica, social, familiar e afetiva. Esta não é de todo a solução para a cura, pois os comportamentos e atitudes continuam na base do problema dos indivíduos.

A perspectiva interacionista simbólica e a sociologia da experiência permitem-nos compreender as interações das ações e atitudes das pessoas. Mead (1934) mostrou-nos que os indivíduos desenvolviam a autoconsciência ao verem-se como os outros os veem. Interessou-nos perceber as interações e relações das pessoas que passaram por percursos de reinserção social, sobretudo quando a visão ou significado a partir daquilo que os outros veem poderá ter um papel relevante na reinserção de uma pessoa. Assim, estas duas perspectivas dão ênfase à compreensão e ao papel ativo do indivíduo, à sua subjetividade e à consciência em relação ao mundo.

Finalmente, percebemos que o grande problema da ressocialização tem a ver com a capacidade do próprio indivíduo de relacionar-se consigo mesmo, com os outros e com as normas sociais. Assim, a reinserção social deveria fomentar-se logo no início do tratamento mas na prática isso não acontece. Este tema é abordado ao longo do tratamento mas como existem outros temas, igualmente importantes a debater, este acaba por ser adiado. Os nossos entrevistados focaram este assunto como sendo uma lacuna a combater, pois acabam por preocupar-se com a ocupação do tempo livre apenas na fase final do tratamento. O que acaba por ser um erro, por vezes fatal, pois quando chegam à fase da reinserção social, como têm liberdade total acabam por fazer escolhas bastante diferentes e que lhes pode custar uma recaída e uma volta ao ciclo vicioso da droga.

A nossa proposta para colmatar esta falha seria a criação de um Centro de Dia, tendo como principal função, a ressocialização do indivíduo, desenvolvendo um conjunto de atividades ocupacionais, pedagógicas e terapêuticas, estimulando assim a sua reinserção. O principal objetivo deste espaço seria, portanto, a ocupação humana. Visaria a ressocialização, o desenvolvimento pessoal, a aquisição e o treino de competências sociais, ou seja, a reinserção social dos indivíduos, prevenindo a recaída e promovendo a saúde através do uso de atividades que estimulam as capacidades físicas, cognitivas, emocionais e sociais.

Este Centro constituiria um ponto de ligação entre o tratamento e a reinserção, disponibilizando aos utentes atividades terapêuticas, educativas, formativas e ocupacionais, visando a envolvência dos utentes em atividades definidas e selecionadas com o objetivo de promover o encontro das necessidades dos indivíduos, a nível da integração pessoal, social e familiar. Poderia promover-se o estudo de todas as questões que se relacionam com os objetivos dos utentes (organizar núcleos de formação profissional, certames, conferências,

colóquios, cursos, dinamização de ateliers, atividades desportivas, visitas ao exterior – museus, picnics, parques, etc.)

Existem diversas atividades socio terapêuticas que procuram preparar os indivíduos para conviver em sociedade. Por exemplo, realizar jogos de futebol que inclua familiares e amigos. O objetivo é contribuir para o regresso dos indivíduos ao convívio sociofamiliar. Além de ser uma atividade coletiva que proporciona o contacto com regras e limites inerentes ao desporto. Pode construir-se uma mala com jogos de mesa para os indivíduos poderem, nos seus tempos livres, estimularem a socialização e preencher o tempo ocioso em atividades lúdicas e criativas. Podem ainda organizar-se festas temáticas, por exemplo, para celebrar os aniversários e/ou datas comemorativas; tudo deve ser preparado, desde decoração, culinária, adereços, ambiente, música, etc. Os passeios semanais, sendo a programação definida pelo grupo, deve ser pensada para explorar os espaços culturais que a cidade oferece como, por exemplo, exposições, cinema, teatro, circo, museus, etc. Finalmente, uma ideia que nos parece interessante é a criação de um jornal; este pensado em grupo, como um conjunto de notícias, que deve ficar afixado, deve ser confeccionado com recortes de jornais e revistas, composto de notícias nacionais e internacionais, desporto, programação cultural, poesias, anedotas, etc. É uma atividade que contribui com a orientação espaço-temporal, mantém o contacto com a realidade sociocultural e constitui um veículo importante de comunicação entre os indivíduos.

Este é um projeto para servir as necessidades dos ex-toxicod dependentes, indivíduos em pós-tratamento em prol do conhecimento, do lazer, do saber-fazer, do saber ser, do ensino e da cultura. As relações pessoais não são esquecidas, assim como o valor da individualidade, da diferença e da imaginação. Promover um espaço para estimular o prazer de viver livre de drogas. Um lugar onde se sintam livres, seguros e donos das suas próprias vidas. Um ambiente onde encontram qualidade de vida, alegria e tranquilidade.

Conclusão

Sob o ponto de vista teórico e empírico, pode considerar-se que conseguimos a resposta às perguntas formuladas. Com a leitura desta dissertação é possível compreender o significado de reinserção social em experiências e percursos decorrentes da toxicodependência. Foi possível encontrar, no meio da complexidade, indeterminação e dispersão de fatores biográficos e sociais de percursos e experiências de reinserção social na toxicodependência, alguns que assumiram papel concreto de influência positiva. Foi possível encontrar pontos comuns e outros divergentes nos percursos e experiências investigados e que, por intermédio da abordagem interacionista simbólica e da Sociologia da Experiência, permitiram-nos chegar a uma compreensão importante sobre os resultados atingidos. Os objetivos delineados foram cumpridos, resultando assim num trabalho onde interessa sobretudo perceber o alcance e os contributos que podemos oferecer para a problemática do objeto de estudo escolhido.

A presente dissertação também nos permitiu compreender a diversidade e complexidade de interações e relações estabelecidas com e pelo sujeito que é objeto de intervenção, no sentido positivo da sua recuperação e reinserção social. Sem a panóplia de interações ocorridas e estudadas, nenhum dos sujeitos entrevistados teria conseguido sair dos percursos de exclusão social em que se encontravam.

Na medida em que, quanto maior é o grau de exclusão e isolamento social, maior importância e papéis poderão ter as interações e relações com os sujeitos ou agentes externos nos percursos de reinserção social. Estamos perante a presença de um pormenor técnico-terapêutico considerado fundamental de qualquer pessoa que tenta sair de uma situação de exclusão social, na qual o papel da ressocialização é paradigmático.

Interessou-nos também compreender as dificuldades sentidas, especificamente no âmbito do processo de “transição ao trabalho”, como uma das vertentes integrantes de grande parte dos percursos de reinserção social estudados nesta investigação. Nesse sentido, grande parte das contrariedades encontradas nos processos de “transição ao trabalho” que ocorreram nos percursos de reinserção social estudados foram obstáculos, sendo as mais relevantes e frequentes com origem no próprio indivíduo e quase nunca como resultado do próprio espaço profissional.

Não há investigação que não tenha as suas dificuldades específicas. No caso da presente, previu-se o surgir de algumas ao nível da população participante. Esta dificuldade prevista teve a ver com o receio de exposição pública, o que se pensa ter sido uma das possíveis causas de algumas desistências às entrevistas. Para ultrapassar a situação foram necessárias estratégias de persuasão e de explicação para convencer as pessoas a falarem de um problema muito pessoal a alguém que lhes é estranho (apesar de alguns entrevistados fazerem parte de utentes com os quais contactamos durante o estágio curricular da Licenciatura, em 2006).

O objetivo de se possuir um nível mais abrangente de participantes (pretendia-se ter a presença de pessoas procedentes de percursos de reinserção provenientes de outros modelos de tratamento como os de regime ambulatorio, nomeadamente dos CAT's), não foi possível, apesar de termos conseguido pessoas que tentaram através deste método deixar as substâncias psicoativas. No entanto, a disponibilidade destas pessoas que concretizaram percursos de internamento em comunidades terapêuticas, permitiu-nos concretizar o presente estudo. Por outro lado, o facto de os participantes terem passado todos por internamentos em comunidades terapêuticas, proporcionou-nos um conhecimento maior deste tipo de tratamento.

Ao longo do trabalho foram identificados alguns potenciais riscos de interferência relacionados com as entrevistas semidirigidas implementadas nesta investigação. Existiram algumas situações de demonstração exagerada de credibilidade das mensagens comunicadas (desejo de agradabilidade) muito típicas em pessoas que pretendem dar uma imagem social de recuperação e reinserção social. Compreendemos tais situações, as quais foram levadas em consideração e interpretadas para um conteúdo mais real de análise crítica compreensiva. Existiram também alguns bloqueios de comunicação (mesmo que iniciais) numa entrevista com um individuo do sexo masculino, que tentou esconder ao máximo o seu passado de exclusão social, por motivos que se devem respeitar e compreender. Em parte, poder-se-á considerar que não se conseguiu criar uma relação de confiança com este participante semelhante às dos outros participantes. No entanto, esta não deixou de ser uma entrevista positiva ao nível de angariação de dados para a investigação.

As alterações de estilo de vida associada a um processo de mudança de identidade toxicodpendente, para uma vida livre de drogas foram sentidos e consideradas muito importantes na evolução dos percursos da toxicodpendência à reinserção social, o que pressupõe um difícil e complicado trabalho de mudança na vida dos participantes em estudo.

Um dos pontos comuns em todos os participantes deste estudo foi terem passado por experiências comunitárias de recuperação, o que proporcionou uma característica peculiar à

investigação e resultados obtidos. A maioria dos intervenientes deste estudo são pessoas com experiências e percursos de reinserção social na toxicodependência, com mais de dois anos de abstinência de drogas de eleição e com passagem por tratamentos em regime ambulatorio e/ou com drogas de substituição.

Para o âmbito profissional da intervenção na problemática que foi objeto do presente estudo, conseguiu-se reunir uma série de dados relevantes para a compreensão dos percursos e experiências de reinserção social, nomeadamente no que se refere aos pontos comuns a levar em conta, tanto positivos como negativos. Para os leigos na matéria, mas com vivências próximas de percursos de exclusão social e toxicodependência, poderão encontrar vários sinais de esperança e de demonstração de como é possível ultrapassar uma situação tão destrutiva e problemática. Assim, as fases finais de percursos de toxicodependência podem terminar de poucas mas diferentes formas: com a morte, com a prisão ou com o abandono da dependência e uma reinserção social considerada bem-sucedida e em qualquer idade.

Para os próprios toxicodependentes que tenham acesso a este estudo, para além dos exemplos encontrados, poderão encontrar aqui a simples força de vontade e tomada de consciência para iniciarem um novo capítulo das suas vidas, retomando um novo percurso, experimentando uma mudança efetiva de identidade e de estilo de vida através da reinserção social na sociedade em que se encontram marginalizados.

No final dos seus percursos de reabilitação, estes indivíduos não são pessoas recicladas, mas sim pessoas livres e críticas, com características individuais. Trazem consigo a experiência comunitária, feita de amor, ordem, empenho, segurança, confiança, coesão de grupo, abertura aos outros. Aprenderam a crescer, ou seja, sofreram fadiga, choraram de dor mas também se envolveram de alegria, sorriram, e hoje, são felizes!

Bibliografia

AZEVEDO, J. (2002). Capítulo 2: Toxicodependência In A inserção social: marginalidades difusas, Porto, Edição Ministério das cidades, Ordenamento do Território e Ambiente, CCRN – Comissão de Coordenação da Região Norte, pp. 63-85

BARDIN, L. (1977). *Análise de Conteúdo*, Lisboa, Edições 70

BORGES, C., FILHO, H. (2004). Princípios e fundamentos da prevenção In FERREIRA-BORGES, C., FILHO, H., *Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 2*, Lisboa, Climepsi Editores, pp. 243-251

BORGES, C., FILHO, H. (2004). Desenvolvimento de programas de prevenção In FERREIRA-BORGES, C., FILHO, H., *Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 2*, Lisboa, Climepsi Editores, pp. 253-273

CENTRO DE SOLIDARIEDADE DE BRAGA (C.E.S.B). (1991). *Projecto Homem: um programa terapêutico para toxicodependentes*, Braga, Editora Tipográfica do Diário do Minho

COLLE, F.-X. (1996). *Toxicomanias, Sistemas e Famílias: onde as drogas encontram as emoções*, Lisboa, Climepsi Editores

CURY, A. (2001). *A pior prisão do mundo*, Lisboa, Paulinas

DUBET, F. (1994). *Sociologia da Experiência*, Loures, Instituto Piaget

DUPONT, R. L. (1997). *Cérebro, Álcool e Drogas. O cérebro egoísta: aprender com dependências*, Lisboa, Instituto Piaget

ENGELMAJER, L. J. (1989). *A Esperança no Combate*, Porto, Edições Asa

ESTEVES, M. COELHO, M. A. V. (2007). *Toxicodependências*, vol. 16, Porto, Quidnovi

FERNANDES, L. (1998). Os princípios de exclusão da droga In ARAÚJO, H. G.; SANTOS, P. M. e SEIXAS, P. C. (coordenadores). *Nós e Os Outros: A exclusão em Portugal e na Europa*, Porto, Sociedade Portuguesa de Antropologia e Etnologia, pp. 63-78

FERREIRA, J. M., CARVALHO et al. (1995). *Sociologia*, Lisboa, McGraw-Hill

FISCHER, G.-N. (2001). *A Dinâmica da Mudança – Perspetiva Psico-Social*, Lisboa, Escola Superior de Educação João de Deus

GEISMAR-WIEVIORKA, S. (1999). *Nem todos os toxicómanos são incuráveis*, Lisboa, Terramar

- GIDDENS, A. (2002). Sociologia, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian
- GOFFMAN, E. (1988). Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada, Rio de Janeiro, Editora Guanabara
- GORSKI, T., MILLER, M. (1997). Falsas crenças sobre a recaída, Sintra, Colares Editores
- GUERRA, I. C. (1996). Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentido e Formas de uso, Parede, Príncipia Editora
- HENRIQUES, F. (2004). Prevenção da recaída In FERREIRA-BORGES, C., FILHO, H., Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 2, Lisboa, Climepsi Editores, pp. 387-410
- INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODPENDÊNCIA. (2004). Novas perspetivas, Novos horizontes: coletânea de textos do workshop de reinserção, Porto
- LOWENSTEIN, W. et al. (1998). A Metadona e os Tratamentos de Substituição, Lisboa, Climepsi Editores
- MCDONALD, P.C. (1997). O Luto: um processo de cura, Sintra, Solares Editora
- MORAES, R. (1999). Análise de Conteúdo. Revista Educação, Porto Alegre, v. 22, n. 37, pp. 7-32
- PATRÍCIO, L. (2002). Droga para que se saiba, Lisboa, Figueirinhas
- POIARES, C. A. (2004). Evolução da legislação sobre substâncias ilícitas In FERREIRA-BORGES, C., FILHO, H., Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 2, Lisboa, Climepsi Editores, pp. 199-208
- QUELOZ, N. (2000). A não-integração, um conceito que remete fundamentalmente para a questão da coesão e da ordem sociais In SOULET, (org. 2000). Da Não-Integração, Coimbra, Quarteto Editora, pp. 183-197
- REY, P. (1985). Como deixar a droga. Lisboa, Publicações D. Quixote
- ROSA, A. S. et al. (2000). Toxicodependência – Arte de Cuidar, Coimbra, Edições Sinais Verdes
- SAVOIE-ZAJC, L. (2003). A entrevista semidirigida In GAUTHIER, B. (Direção). Investigação Social: Da Problemática à Colheita de Dados, Loures, Lusociência, pp. 279-301
- SOMMER, M. (2004). Carreiras de Saída da Toxicodependência, Lisboa, Climepsi Editores
- SOULET, M.-H. (2000). Pensar a exclusão nos dias de hoje: não-integração ou desintegração? In SOULET, (org. 2000). Da Não-Integração, Coimbra, Quarteto Editores, pp. 9-19
- STRAUSS, A. (1992). La Trame de la Négociation – Sociologie Qualitative et Interactionnisme, Paris, Éditions L’Harmattan

VELHO, G. (1974). Desvio e Divergência: uma crítica de patologia social, Rio de Janeiro, Zahar Editores

XIBERRAS, M. (1993). As Teorias da Exclusão, Lisboa, Instituto Piaget

Anexo I – As oito categorias de situações de grande risco de recaída de Marlatt (1985)

As 8 Categorias de Situações de Grande Risco de Recaída de Marlatt
O LOCAD 50* é composto por 50 situações mais comuns de risco de recaída. Na primeira parte do exercício as 50 questões referentes às 8 categorias de situações de risco estão misturadas e cada questão é avaliada numa escala de 0 a 5. Aqui apresenta-se as questões já organizadas segundo as categorias de risco. Todas são genéricas e por isso deve ver como se aplicam a si.
1. Emoções negativas
Quando me sinto triste e deprimido com a vida que levo...
Quando me sinto sem dinheiro ou sem recursos
Quando tenho a impressão de não ter estado à altura numa questão importante
Quando me aborreço ou não tenho nada que fazer
Quando me sinto só
Quando alguma coisa me deixa ansioso, nervoso ou tenso
Quando me sinto culpado por alguma coisa
Quando não estou à altura de uma situação, me sinto ultrapassado e quero fugir à realidade
Quando estou enraivecido com alguma coisa e perco a cabeça
Quando estou indeciso e sem saber o que fazer
2. Mal-estar físico
Quando me sinto fraco, doente ou mal disposto
Quando durmo mal
Quando quero estar mais acordado e com mais energia
Quando me sinto mal e quero perder peso
Quando tenho dores de cabeça, nas costas e no corpo
3. Emoções agradáveis
Quando me sinto feliz
Quando me sinto seguro de mim mesmo e relaxado
Quando acontece alguma coisa que me entusiasma muito
Quando estou satisfeito e as coisas me correm bem
Quando me acontece uma coisa boa ou recordo coisas agradáveis do passado

4. Teste de controlo pessoal
Quando quero experimentar consumir álcool ou outras drogas com moderação
Quando me quero convencer que o álcool ou outras drogas não me causam problemas
Quando quero descobrir se posso beber ou usar outras drogas de vez em quando sem ficar dependente
Quando quero testar a minha “força de vontade” e estar com amigos que bebem ou usam outras drogas sem eu consumir também
Quando vou a um local onde antes bebia ou usava para confirmar que já consigo controlar-me e não consumir
5. Tentações e necessidade de consumir
Quando estou num local onde já consumi ou comprei álcool ou outras drogas
Quando, por acaso, vou a algum sítio onde há álcool ou outras drogas e vejo alguma coisa que me faz recordar o consumo
Quando bebi e me apetece usar outras drogas ou vice-versa quando usei e me apetece beber
Quando alguém conta grandes curtições ou farras quando estava sobre o efeito de álcool ou outras drogas
Quando me recordo de como era bom, e me sentia bem, quando bebia uns copos ou usava drogas
6. Conflito com os outros
Quando me sinto incomodado ou tenso na presença de alguém
Quando não consigo exprimir o que sinto
Quando tenho a sensação de ser rejeitado ou que as pessoas não gostam de mim
Quando sou vítima de uma injustiça ou me impedem de realizar os meus projetos
Quando sinto que no emprego ou a família fazem demasiada pressão sobre mim e não consigo responder às expetativas
Quando tenho dificuldade nas relações com a família, amigos ou colegas
Quando há discussões ou conflitos em casa
Quando as coisas não correm bem no trabalho, tenho muito stress ou pressão, ou conflitos no trabalho ou escola
Quando necessito de coragem para enfrentar uma situação ou alguém
Quando a família ou o patrão me estão a controlar e quero sentir-me mais autónomo
7. Pressão social para consumir
Quando estou em casa de algum amigo e tenho dificuldade em recusar quando me oferecem álcool ou outras drogas
Quando saio com amigos e alguém propõe ir beber um copo ou usar drogas
Quando outras pessoas estão a beber ou a usar drogas e tenho a impressão que esperam que também consuma
Quando insistem para beber ou usar e tenho a impressão que não posso recusar
Quando estou com um grupo de amigos a divertir-me e toda a gente bebe ou usa outras drogas

8. Bons momentos com os outros
Quando encontro velhos amigos e quero divertir-me um bocado
Quando estou com uma amiga íntima e queremos aproximar-nos ainda mais
Quando estou com amigos e me quero sentir ainda melhor
Quando quero festejar ou celebrar um acontecimento com um amigo
Quando quero ter ainda mais prazer sexual
Quais são as suas situações de maior risco:
A.
B.
C.
D.
E.
Que estratégias vão usar para lidar com estas situações de risco?
Discuta o seu plano com o conselheiro e organize-se para treinar, em grupo ou consulta individual, as competências que necessita para enfrentar as situações de maior risco com segurança
Nota: Lidar com as situações de grande risco:
1. No início da recuperação deve evitar as situações de grande risco para as quais não está preparado
2. Prepare-se e treine-se para enfrentar aquelas que não puder evitar
3. Peça ajuda e/ou companhia para situações particularmente complicadas
4. Tenha um “Plano B” plano alternativo para as emergências se o plano principal falhar

*Adaptado de Annis, Herle e Watkin-Merek – Prevention structurée de la rechute, 1996 in Henriques – Prevenção da Recaída, 2004

Anexo II – Fases e sinais de aviso da recaída (Gorski, 1985)

<p>Assinale com um X os sinais de aviso que estiveram presentes nas suas tentativas anteriores de sobriedade. Como o afetaram? Como poderia ter lidado com eles? Como poderá afetar a sua recuperação no futuro?</p> <p>Reveja periodicamente os sinais de aviso</p>			
Sinais de aviso das recaídas	X	Como posso usar este sinal de aviso para interromper o processo de recaída?	A quem vou pedir ajuda?
<p>1ª Fase – Reativar os sintomas ALP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em pensar com clareza • Dificuldade no controlo dos pensamentos e das emoções • Dificuldade em recordar coisas • Dificuldade em gerir o <i>stress</i> • Dificuldade em dormir repousadamente • Dificuldade com a coordenação física e acidentes • Vergonha, culpa e desespero 			
<p>2ª Fase – Regresso da negação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preocupação com o bem-estar • Negação da preocupação 			
<p>3ª Fase – Comportamento evasivo e defensivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acreditar em “nunca mais voltarei a beber” • Preocupação com os outros em vez de consigo próprio • Comportamento defensivo • Comportamento compulsivo • Comportamento impulsivo • Tendência para a solidão 			
<p>4ª Fase – Construção da crise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visão em túnel • Depressão menor • Perda da planificação construtiva • Os planos começam a falhar 			

<p>5ª Fase – Imobilização</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sonhar acordado e pensar que “aquilo que eu desejo vai acontecer” • Sentir que nada pode ser resolvido • Desejo imaturo de ser feliz 			
<p>6ª Fase – Confusão e reação exagerada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Períodos de confusão • Irritação com os amigos • Raiva fácil 			
<p>7ª Fase – Depressão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hábitos alimentares irregulares • Perda da vontade de passar à ação • Hábitos de sono irregulares • Perda da estrutura diária • Períodos de profunda depressão 			
<p>8ª Fase – Perda de controlo do comportamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irregularidade na frequência das reuniões dos AA e do tratamento • Desenvolvimento de uma atitude de “Quero lá saber” • Rejeição aberta de ajuda • Insatisfação com a vida • Sentimentos de impotência e desespero 			
<p>9ª Fase – Reconhecimento da perda de controlo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auto-piedade • Pensar no consumo social • Mentir conscientemente • Perda completa da auto-confiança 			
<p>10ª Fase – Redução do leque de opções</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ressentimentos irracionais • Irregularidade no tratamento e nos AA • Agravamento da solidão, frustração, raiva e tensão • Perda de controlo do comportamento 			
<p>11ª Fase – Regresso ao uso aditivo ou colapso físico e emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regresso ao uso aditivo “controlado” • Vergonha e culpa • Perda de controlo • Problemas de vida e de saúde relacionados com o regresso aos consumos 			

Anexo III – Consentimento informado

Consentimento Informado

Eu, _____ (nome) aceito participar no projeto de investigação “Percurso na Reinserção Pós-exclusão como toxicodependente”, desenvolvida no contexto de Dissertação para obtenção do grau de Mestrado em Sociologia – Área de Desenvolvimento e Políticas Sociais da Universidade do Minho, da responsabilidade de Clarisse Queirós.

Declaro que fui informado(a) sobre a natureza e objetivos do projeto, duração e procedimentos do estudo e ainda que, foi-me dada a oportunidade para expor as minhas dúvidas e colocar todas as questões que considere pertinentes.

Compreendi que este estudo é realizado com fins estritamente académicos e científicos, sendo o anonimato e a confidencialidade dos dados absolutamente garantidos, sendo os meus dados utilizados apenas para fins de investigação.

Declaro que aceito participar no presente estudo:

Data: ____ / ____ / ____

(Assinatura)

Anexo IV – Guião da entrevista

Guião da Entrevista

1ª UNIDADE DE ANÁLISE – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

I. Dados Sociodemográficos

- 1.1. Sexo;
- 1.2. Data de Nascimento (idade);
- 1.3. Estado civil;
- 1.4. Droga de eleição;
- 1.4.1. Período de abstinência (droga de eleição);
- 1.5. Habilitações literárias;
- 1.6. Situação profissional;
- 1.7. Naturalidade;
- 1.8. Localidade de residência;
- 1.9. Com quem reside;

2ª UNIDADE DE ANÁLISE – DIMENSÕES OBJECTIVAS E SUBJECTIVAS – CONTINGÊNCIAS E ESTIGMAS

II. Dimensões objetivas e subjetivas facilitadoras dos percursos e contingências e estigmas

2.1. A recaída começa muito antes do ato de voltar a consumir. Como se poderá definir o processo de recaída? Pode identificar-me cada fase? Pode partilhar comigo qual foi o momento em que recaiu?

(Perceber o motivo que leva alguém já com uma bagagem de tratamento, a deixar o seu processo e voltar aos consumos, sabendo que esse ato isolado se tornará repetitivo)

2.2. O que significa para si “prevenção de recaída”?

- Quais as principais mudanças/estratégias que contribuíram para o seu novo percurso

- Quais as principais situações de risco da recaída? *(Verificar as categorias de situações de risco: estados emocionais- negativos/positivos; situações de conflitos; pressão social; etc. A atitude espelha-se no comportamento que provoca as situações)*

- Qual o papel das pessoas significativas e das instituições no seu processo? *(Abordagem das dimensões facilitadoras do percurso e tentar compreender o seu grau de importância. Por exemplo: dimensões objetivas – família, pessoas significativas, grupos de pares, entidades patronais, colegas de trabalho, vizinhos, instituições estatais ou privadas de recuperação e respetivas equipas de profissionais, programas de discriminação positiva, grupos de auto-ajuda, etc.; dimensões subjetivas: características pessoais, força de vontade, o género, a idade, a existência ou não de relações estáveis de proximidade e afetividade, qualidade e quantidade das interações e relações com o meio envolvente, etc).*

- Quais as maiores dificuldades com que se deparou e quais as formas de as ultrapassar? *(Abordagem às dificuldades (contingências e estigmas) provenientes das dimensões objetivas e/ou subjetivas e formas de as ultrapassar).*

- Porque escolheu o tratamento institucional? Alguma vez experimentou o tratamento de substituição?

2.3. Gostaria que partilhasse comigo a sua definição de toxicodependência e toxicodependente? Antes do tratamento e depois do tratamento? Consegue compreender a definição estigmatizada da sociedade?

(Perceber a definição de toxicodependência a partir do indivíduo estigmatizado)

3ª UNIDADE DE ANÁLISE – PERCURSO BIOGRÁFICO DE REINserÇÃO SOCIAL

III. Percurso biográfico de reinserção social

3.1. Descreva-me o mais pormenorizadamente que conseguir, o seu percurso de passagem de vida de exclusão e toxicodependência para uma vida reinserida socialmente e livre de substâncias e da dependência de drogas.

(Verificar a dimensão da exclusão social atingida, antes da passagem efetiva para o percurso de reinserção social; droga de eleição; contextualização espacial, temporal e social do momento-chave de passagem da exclusão para a reinserção social – fatores promotores; tentar esquematizar por fases ou momentos).

- Qual foi o momento-chave em que delineou o seu “projeto” de reinserção social? Qual o conteúdo desse projeto? *(Compreender o significado da existência de “projeto(s)” para o futuro num percurso de reinserção social)*.

- Quem participou na elaboração desse projeto? *(Perceber quem são os intervenientes e quais os papéis desempenhados pelos sujeitos)*.

3.2. Pode falar-me um pouco sobre a “transição ao trabalho” (se tiver ocorrido)? Ou optou por voltar a estudar e concluir os seus estudos?

(Perceber especificamente, as fases de preparação, momentos decisivos e respetivos significados atribuídos pelos participantes no estudo);

- Quais as estratégias desencadeadas para a reinserção profissional? *(Perceber quais os motivos e objetivos para o processo em análise – por gosto pessoal, por necessidade económica, como parte integrante do projeto de reinserção social, oportunidades imprevistas, etc.);*

- Está a par dos incentivos do IEFP? Alguma vez pediu apoio? O que pensa destes incentivos? Na sua opinião representam uma mais-valia para a inserção no mercado de trabalho? *(Verificar a existência, benefícios e significados atribuídos aos programas ativos de inserção no mercado de trabalho – Programa Vida-Emprego, etc.; auto-emprego, apoio de UNIVA, do Centro de Emprego, do Micro-Crédito, empresa de trabalho temporário);*

- Quando voltou ao mercado de trabalho, deu a conhecer a sua realidade na toxicodependência? Se sim, qual foi a reação? *(No processo de empregabilidade, perceber se todos os intervenientes estavam a par do problema de toxicodependência);*

- No processo de reinserção optou por voltar a estudar e concluir os teus estudos? *(Caso não tenha ocorrido “transição ao trabalho” no processo de reinserção social, verificar outras situações que tenham ocorrido ao nível da reinserção social – estudos básicos ou superiores, formação profissional, entre outras).*

3.3. Sentiu apoio a nível social e na gestão do tempo livre? Para si, quais são as maiores estratégias? Qual a maior dificuldade em voltar à “realidade”?

3.4. A religião serviu de apoio durante o seu processo? Acreditar numa Entidade Superior influenciou no teu modo de pensar e agir hoje em dia?

4ª UNIDADE DE ANÁLISE – NOVA IDENTIDADE E NOVO ESTILO DE VIDA (OU RETOMADA DOS MESMOS), PROJECTOS DE VIDA E RECONHECIMENTO SOCIAL

IV. Nova identidade e novo estilo de vida (ou retomada dos mesmos), projetos de vida e reconhecimento social

4.1. Hoje em dia, sente que o seu reconhecimento social enquanto ser humano é diferente? Sente que faz parte da sociedade?

(Sentimento de reabilitação de imagem e identidade perante a sociedade; reconhecimento social, reconhecimento da necessidade da sua existência enquanto ser humano; sentir-se útil e aceite perante os outros etc.);

4.2. Sente que cumpriu o seu projeto de reinserção social pensado inicialmente? As suas perspetivas iniciais correspondem às do presente? Quais as suas perspetivas para o futuro?

(Significado pessoal e sentimentos sobre a experiência do percurso ocorrida na sua vida até ao momento presente e perspetivas sobre o futuro – cumprimento do “projeto” de reinserção social pensado inicialmente, existência de poucas ou muitas alterações em relação ao mesmo, existência de outros projetos pessoais, profissionais, etc.).

4.3. O que é para si, um estilo livre de drogas?

(Solicitar para expressar o significado de um estilo de vida livre de drogas; que transformações na vida aconteceram, para além da paragem dos consumos, e que correspondam a uma mudança de estilo de vida).

Anexo V – Grelhas de análise

V.1 – Processo de recaída

Processo de Recaída	Significado	Fatores	Aspetos Importantes
E01	<i>“É um processo de desonestidade... Começa sempre por um processo de desonestidade. Com qualquer coisa que se esconde, que não se fala, que se faz de conta que não se vê... Começa sempre assim”.</i>	<i>“Pode ser uma desilusão amorosa, pode ser porque correu mal e foi despedido... Ou ficou doente a mulher...”</i>	<i>“Um consumo, apesar deste processo todo... não é assim uma recaída, é um tropeção, é um acidente, é... Um lapso” ... “... quem não tem a coragem e a honestidade de pedir ajuda... depois a frustração perante os outros... E até dele próprio que eu já cheguei a sentir vergonha de mim mesmo... nós os toxicodependentes... Temos baixa tolerância à frustração... É muito mais difícil ir dar a cara e engolir a vergonha e ter a coragem de se assumir a si mesmo”.</i>
E02	<i>“Um processo de recaída pode ser... Não é confiança a mais... Falta de honestidade... os chicos espertos, ‘eu consigo, eu faço, eu sou o maior’... A exibição... O querer mostrar... Não é confiança, é o contrário. É mais aquele sistema da superioridade”</i>	<i>“Planos que tu faças e não te tão a correr bem e não sabes gerir: casos de desemprego, casos de namorados, casos dos pais, casos de família... Fazer planos... Vou comprar um carro, ter uma casa, não consegues, não sabes gerir isso, é uma recaída”. “O não saber gerir projetos que se faz... A recaída é mais por aí... Não tar preparado”</i>	<i>“É falta de humildade e não saber situar-se, é o ‘queres?’ e saber dizer que não”</i>
E03	<i>“Pressão, solidão... é um bocado complicado. Desonestidade, sentir-se bem consigo próprio”</i>	<i>“Senti-me rejeitado principalmente. Senti-me inferior aos outros”</i>	<i>“Às vezes dizem ‘ah, um rapaz que estudou, que é honesto, que é trabalhador e recaiu? Porquê? O que é que o levou? Se tinha tudo?’ ... E o vazio</i>

			que vai dentro da pessoa?... Carinho, amor e atenção... Onde é que isso se compra? Isso não se compra! Nós chegamos ao bairro... E compramos... E por instantes, tudo desaparece... Agora, por exemplo, se eu gostar de alguém?... Não chegas ali com dez, vinte, trinta, cinquenta, cem euros... Isso não se compra! Isso vai-se conquistando aos poucos..."
E04	"Eu culpo os outros... Eu sei que não é bem assim... Eu na altura pra deixar as drogas, tive de deixar amigos, tive de deixar locais... nem saia de casa, só vivia pro trabalho... ao fim de uns tempos, tinha necessidade de sair... de conviver com pessoas da minha idade... eu só convivia com a família, pessoas mais velhas... Tive muita dificuldade em arranjar amigos... fui-me chegando pros antigos amigos"	"... aquela confiança que 'eu não quero droga, só quero os amigos'". "A procura de pessoas, acabo por só me conseguir dar com pessoas... que não sejam as mais aconselháveis... ia ter uma filha, andava zangado com a mãe da minha filha e... isso intensificou os factos todos" ... "A culpa de ter começado a consumir novamente, a vergonha, ter de andar a esconder da família... Porque eles depois também começaram a suspeitar... E depois claro, a frustração. Foi tudo junto!"	"Isso de tratamentos vai tudo de encontro de comportamentos e não tanto das substâncias"
E05	"Quando eu começo a ter muita preguiça de arrumar o meu quarto... É assim muito soft... Se tou a ser desmazelado, tou a ser desmazelado pra tudo... se eu alimentar... o pensamento no mau sentido, eu sei que a minha tendência vai ser de continuar assim. Então tenho de fazer exatamente o contrário... Pôr o cérebro mais à frente!... Passar isso pra trás... Pode-se mudar em muita coisa na nossa vida mas o instinto tá lá. O instinto tá lá!"	"... tenho de me contrariar e sempre a fazer mais pra não ter tempo pra fazer outras coisas e pra me abstrair também"... "Desde angústias, desde frustrações, tudo junto é óbvio que às vezes leva. Depende da sensibilidade da pessoa, depende da força que ela tenha"	"Foi pra aí um mês antes... eu 'caramba! Pedro! Cuidado! Caramba" Cuidado!'. Ok eu cheguei a minimizar um bocadinho o sentido do álcool"... "Agora o cérebro tá lá, automaticamente ele pensa sozinho!"
E06	"... quando se deixa de frequentar as Comunidades... Quando uma pessoa se começa a isolar... E não falar dos problemas"	"... quando eu vinha de fim-de-semana a casa acabava sempre por ter dinheiro... Ou seja, tudo o que era pra cumprir, eu fazia ao contrário. Não podia"	"... as drogas tornam-se um passatempo e os tempos livres, esquece! Começa-se a frequentar"

	<i>que se tem... As minhas recaídas foram por aí. Foi quando deixei de frequentar a Comunidade. Desisti...”</i>	<i>sair sozinho e saía... Não podia ter dinheiro mas eu pedia ao meu pai e ele dava-me... A minha ex-namorada também alinhava comigo... Ela nunca consumiu mas deixava-me fazer o que eu queria”</i>	<i>os mesmos sítios, os mesmos lugares, esquece!... Volta tudo ao mesmo...”</i>
E07	<i>“Eu consigo definir um processo de recaída quando, principalmente... Entro em desleixo comigo... Deixo de ter prazer nas coisas que mais gosto de fazer... Começo-me a isolar, começo a ter pensamentos negativos, começo a ter vontades de consumir... Muito antes de recair. Considero que isso é um processo de recaída. E, um alerta... Que algo se passa muito mal comigo”</i>	<i>“... o que a mim me levou a recair foi o não querer mudar, associado ao medo de mudar... Ainda o não me enquadrar, não saber bem o meu lugar na sociedade... olhava pras pessoas que tavam à minha volta, pra minha família, pra sociedade em geral, pros meus colegas de trabalho e não tava a conseguir encaixar-me ali... Sóbrio... eu tava habituado a encaixar-me durante anos, fazer o meu papel como toxicodependente mas a sobriedade não tava a conseguir encaixar, não tava a conseguir comunicar, não tava a conseguir interagir”</i>	<i>“Pra mim era mais fácil ir consumir e mesmo que não estivesse com pessoal de consumo... Tava na minha praia... Tava com a cabeça cheia, tava alterado, era aquilo que eu gostava de sentir, era aquilo que eu gostava de fazer e... Sentia-me bem assim!”</i>
E08	<i>“Comportamentos. Isolamento, o ter tendência a fechar-me e não falar com ninguém. Voltar a ter... pensamentos negativos”</i>	<i>“... comportamento, os pensamentos e o isolamento”</i>	<i>“... este fim-de-semana fui ao Porto... desta vez não foi tão difícil. O objetivo era outro, estava em família... estava feliz. E claro que passei as ruas... cada cantinho do Porto tem alguma recordação... raramente vou ao Porto, pra me proteger...”</i>

V.2 – Prevenção de recaída

Prevenção de Recaída	Significado	Situações de Risco	
		Estados emocionais positivos/negativos	Situações de conflito
E01	<i>“É o mais importante... prevenir tem sempre, sempre, que haver honestidade e humildade... Tenho de ser honesto pra mim”</i>	<i>“Quando tá instalado o processo de desonestidade, depois tudo serve de motivo: ou é porque tou mal ou é pra festejar ou pra comemorar... Tudo serve de desculpa” “... aquilo que já me aconteceu foi arranjar auto-desculpas ou qualquer outra situação pra desculpabilizar, pra não sentir tanto peso da frustração porque eu era fraco, não tinha determinação suficiente pra enfrentar a vontade, ou seja, a minha vontade era ir consumir embora a consciência me dissesse que era errado mas a vontade era mais forte”.</i>	<i>“Tenho de saber aquilo que quero ou aquilo que não quero... Eu posso enganar o terapeuta, o juiz, o padre, o Papa e toda a gente... Mas a mim, não me engano... Porque a minha consciência sabe perfeitamente o que tá errado, e o que tá certo”.</i>
E02	<i>“É saber principalmente, como se costuma dizer, não meter o carro à frente dos bois. É fazer planos mas consciente que podem correr mal”.</i>	<i>“... eu também tive uma fase difícil... Tive propostas pra vender logo e disseram-me ‘oh pah tas mal e podes vender e fazes umas coroas’. Mas eu mexer naquilo? A partir do momento em que vou vender vou andar a mexer no assunto e ia dar mal. Não há heróis... E depois esta é fraca e prova-se pra ver se a outra é melhor e poc acabou”.</i>	<i>“A pessoa tem que se esforçar e até fazer projetos mais que as possibilidades dele, isso aí tudo bem, mas tar preparado pro não”</i>
E03	<i>“Saber que estamos mal e pedir ajuda... Ter humildade... dizer assim ‘olha não tou bem, preciso de ajuda’. Isto é uma precaução... ter alguém que</i>	<i>“... o carinho, o amor e atenção não se compra e a droga, o álcool, tudo se compra e naquele momento é a minha</i>	Não foi referido

	<i>consigamos dizer não, partilhar, desabafar... Isso é muito importante”</i>	<i>atenção. Mesmo o sexo, isso pode-se comprar. Mas... Não é uma coisa natural, não é uma coisa normal. Vai faltar ali um preenchimento de carinho e atenção, de afeto.... O afeto é muito importante na vida de uma pessoa”</i>	
E04	<i>“É importante! Pra nos vermos em situações... Complicadas... O tratamento em si não é só tar ali um ano ou dois anos até acabar... É tudo o que vem depois. Eu acho que é mais difícil é o que vem depois. Ou seja, pegar na teoria que aprendi e aplicá-la... E manter... E as prevenções de recaída fazem isso mesmo, põem-nos em situações de mau-estar... ‘Atenção porque tens de tar atento a isto porque pode ser perigoso pra ti”.</i>	Os amigos, os locais.	Não foi referido
E05	<i>“... é treinar o cérebro de forma diária. Eu treinei muito... Não era diariamente, era mais que diário. Era bi-diário, era tri-diário, era as vezes que fossem precisas... O nosso cérebro é muito traiçoeiro!... E então toda a vez que o cérebro me trai, tenho que automaticamente ser capaz de dar a volta... temos que ter a capacidade de aceitar que se é assim... Há muita gente que não aceita, que tenta dar a volta... Temos de aceitar as nossas falhas”</i>	<i>“... se eu me tou a sentir assim, o que é que eu posso fazer? Posso falar com uma pessoa, posso ir jogar um jogo, posso ir caminhar. Também posso fazer uma coisa que é ‘tou a pensar isto’ e automaticamente treinar o cérebro a conseguir passar pra outro tipo de coisas, ou seja, se começar a matutar, eu não ia conseguir sair dali, ficava preso”</i>	<i>“...’quando tens um mau pensamento, vais ter de ser capaz! Porque na altura, podes não ter ninguém pra falar’. Acontece! Outro exemplo, quando eu vou a minha casa... Tenho um passado lá mesmo horrível... Dos meus irmãos, da minha mãe. Tudo junto, aquela casa é um assombro... Então tenho momentos quando vou pra lá que começo a ter pensamentos negativos. E eu tenho automaticamente que mudar... É tipo, eu tou a pensar em batatas e tenho de pensar em cenouras”</i>
E06	<i>“Pedir ajuda quando tá mal... Quando estás mal... E é basicamente isso: pedir ajuda. Porque a gente sabe quando tá a ter um processo de recaída”.</i>	<i>“Olha, muito sinceramente, eu costumo dizer que a gente, às vezes não quer é pôr em pratica aquilo que aprendeu. A gente deixa-se levar... Porque as drogas preenchem-nos tudo: tipo, falta de carinho, falta de amor... Preenche tudo! No momento, claro!”</i>	<i>“... torna-se um passatempo... a gente procura o bem-estar e regugia-se porque na hora é mais fácil. A gente pensa só que é só naquele dia: aquela coisa do ‘é só hoje’. Naquele momento apaga-se tudo, o mau, a infelicidade... Fica-se anestesiado...”</i>

<p>E07</p>	<p><i>“Prevenção de recaída pra mim significa... Autoconhecimento. Significa eu conhecer-me ao ponto de identificar sintomas, sentimentos, situações... Estados em mim que me possam levar a recair”... “Saber o que se pode e o que não se pode fazer”</i></p>	<p><i>“... eu não frequento discotecas porque é uma situação, mesmo ao fim de três anos, é uma situação que ainda hoje tenho cuidado com isso... não tento... Porque é uma situação que me vai... despertar sentimentos”</i></p>	<p><i>“... trabalhei numa prevenção de recaída, mentalizei-me que isso era um fator de alto risco pra mim, foi uma opção que tomei”</i></p>
<p>E08</p>	<p><i>“É tar alerta com aquilo que sei, que fui aprendendo ao longo do tempo, neste caso dos comportamentos, daquilo que me faz mal”</i></p>	<p><i>“Locais de risco. Há locais que ainda hoje não passo. Optei. Principalmente na rua”... “O não sair à noite, festas, o não estar com pessoas também ligadas aos consumos ou com comportamentos... Não quer dizer que sejam pessoas que consomam, mas por exemplo, pessoas que saiam imenso à noite e que vão a festas. Que se calhar a elas não lhes faz diferença nenhuma. Pra mim faz!... Pra mim isso é prevenir uma recaída”</i></p>	<p><i>“O facto de eu ter ficado em Braga... Foi escolha... Eu sempre vivi no Porto. Desde os catorze anos que... consumia! Eu acho que cada cantinho daquela cidade, pra mim... tinha algo de negativo”</i></p>

V.3 – Papel das pessoas significativas e da instituição no processo de tratamento

	Papel das Pessoas significativas e da Instituição no processo de tratamento					
	Família	Rede Social	Entidade Patronal	Instituição	Características pessoais	Maiores dificuldades
E01	“... não posso condenar as pessoas. A pouca família que tenho, porque ainda assim a minha irmã já tava super exausta... E mesmo assim, voltou a patrocinar mais um programa”	“... tenho alguns amigos agora, com quem conto, com quem falo...”	Não se aplica.	“A instituição... é um apoio muito importante e eu desta vez tenho sentido as coisas de forma diferente”	“Tem de haver alguém por trás porque uma pessoa sozinha dificilmente se consegue manter ou pelo menos se recorreu a uma instituição foi porque sozinha não foi capaz.” “A destruição vai a um nível muito profundo...”	Afectividade: “Eu reconheço pelo menos a minha e de todos os toxicodependentes, posso dizer que os toxicodependentes em recuperação ou não, a lacuna é a nível afetivo”. Rejeição: “Porque independentemente de ser reais ou não, eu sinto-as... é aqui que eu tenho feito um grande trabalho... É como é que eu vivo as coisas e é nisso que eu me centro... Agora se eu tou a vivê-las, se eu tou a senti-las, porque é que eu tou a sentir isto e não me deixar condicionar por aquilo que sinto... E conseguir separar aquilo que se sente do que é racional e do que eu devo fazer”
E02	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	“Sozinho não se consegue. Impossível, porque sozinho não se tem regras. E mesmo porque há aquele dia em que se está mais mal um bocadinho e que se se tem dinheiro, vai-se comprar. Ou aparece este ou aquele e vai-se consumir. Precisa-se de um estilo... De	“... o querer é o principal”	Afectividade: Refere em tom de brincadeira: “Outro exemplo ‘olha vamos casar amanhã’ mas de repente aparece outro Manel e pum! Tem de se estar preparado pra isso. As recaídas pra mim, vêm todas daí. Não tar preparado”

				<i>isolamento... Uma Comunidade não é um isolamento mas pouco falta... Está-se uns tempos largos sem sair de lá. Um isolamento, pra assentar a cabeça..."</i>		
E03	<i>"... eu tenho um puto com vinte anos... ele sabe o pai que teve... Ele sabe o meu passado todo: sabe que eu tive preso, sabe aquilo que eu fui, um drogado ou o maior bandido de Lisboa." "Eu tento aconselhar da melhor forma e eu às vezes digo-lhe assim 'Oh Miguel, aquilo que eu fiz não é de exemplo pra ti. É o contrário... Eu se errar, tens de fazer melhor'"</i>	<i>"... os meus vizinhos, os meus colegas... Nunca me senti aquele rejeitado"</i>	<i>"... o patrão arriscou... Eu já sai de lá há seis anos e ainda hoje me diz se não quero voltar a trabalhar. Oferece-me emprego. Se eu precisar, tenho a porta aberta... apesar de ser o que fomos, acho que a honestidade é o que conta"</i>	Não foi referido	Não foi referido	<i>Falta de Humildade: Nós quando temos vontade de consumir não vamos pedir ajuda a ninguém. Se tivermos que ir, vamos consumir. Um toxicodependente é assim. Vazio: A pessoa pode ser muito amiga, pode gostar muito de nós, pode aconselhar mil e uma coisas mas aquilo que se sente, às vezes é um vazio tão grande, tão grande, tão grande, que não consegue preencher... 'Dou-te um carro ou dou-te isto ou dou-te aquilo', isso são pormenores, percebes? Não vai preencher aquilo que se sente... O carinho que as pessoas sentem, eu acho que é isso o mais importante, que na hora pode fazer a diferença! Nós, toxicodependentes, sentimos muita falta de carinho, afeto, atenção..."</i>
E04	1º Programa: <i>"Muitíssimo importante. Porque</i>	Só tinha os amigos negativos.	Não foi referido	<i>"Desta vez, a instituição foi muito... Ajudou-me muito! Ajuda muito. Eu</i>	<i>"Mas se não fosse eu, eu não tava aqui agora"</i>	Socializar: Só tinha os amigos negativos. Ainda hoje é uma enorme dificuldade diária

	<i>se não fossem eles eu não tinha feito o primeiro programa” 2º Programa: “Eu ia ter uma filha e queria ser alguém! Queria ser pai”</i>			<i>vim-lhes pedir ajuda e... Eles predispuseram-se ajudar. Nem tive de pagar nada... ajudaram-me sempre”</i>		
E05	Não foi referido	<i>“Bons amigos, isso claro que é fundamental, mas não quero com isto dizer que, em momentos de solidão não se seja capaz”</i>	Não sabem da sua condição e realidade	<i>“Foi super importante! Pra mim, eu digo a toda a gente. Mas é assim, eu também sei que há pessoas capazes sem instituição de conseguirem. E há! Existem pessoas assim, mas são muito poucas”</i>	<i>“Olha quando faleceu a minha mãe, vim pra casa completamente à toa. Tava em programa mas ia com uma certeza, eu não ia consumir. Não vou dizer que o meu cérebro não puxou pra lá, porque puxou! Claro que puxou e isso é normal. Eu já sabia que ia puxar... Mas consegui ir buscar outro foco”.</i>	Medo: <i>““Chega! Claro que chega! Então não chega! Aí não que não chega! Ainda eu não tive aquelas situações apertadas de ver alguém a fumar”</i>
E06	<i>“... a família é o maior pilar... A família é sempre a que tá lá”</i>	Não foi referido	Não foi referido	<i>“O saber pedir ajuda é muito importante... ainda agora que já terminei, posso sempre ligar e pedir. Eles tão lá pra nos ajudar. A gente é que as</i>	Não foi muito abordado	Medo: <i>“... temos de saber... Não é humilhar-se, mas é pedir ajuda. Ter humildade pra isso. Humildade não é humilhar-se... A gente teve um problema com drogas e ao pedir ajuda não tamos a humilhar. Mas, nós os toxicodependentes, às vezes temos um bocado dessa coisa de dizer ‘ei vou me humilhar a pedir ajuda?... O que é que</i>

				<i>vezes pensa 'ah e tal sou alta e eles não querem saber' mas não é assim, ele tão lá e vão tar sempre"</i>		<i>os outros vão pensar?' e ficamos sempre naquela que vão pensar que já recaímos outra vez..."</i>
E07	Foi importante ter de novo a confiança da família.	Não foi muito referido. Na fase de reinserção tinha apenas as amizades criadas na Comunidade.	Não foi referido	Foi importantíssimo para o ajudar a entender-se e a conhecer-se.	O facto de querer mudar de vida. Exaustão sentida ao longo do seu percurso na toxicodependência.	Adição: <i>"Considero-me uma pessoa adita. Tanto a nível de comportamentos, como a nível de sentimentos... Pode não ser droga mas se for uma situação mais fácil pra mim, e muitas vezes tento fugir pra situação que é mais fácil pra não ter de tar a enfrentar... tá relacionado com a toxicodependência"</i> Medo: <i>"Medo que até me protege. Eu, na escola lido com muita gente que consome! E tenho de lidar com eles porque é como num trabalho... é aquele medo que muitas vezes me faz recusar convites, que faz dizer o que sinto, faz tar atento a mim, tar atento ao que se passa à minha volta"</i>
E08	Não foi referido	Não foi muito abordada. Falou nas pessoas que estiveram com ela em programa.	Não sabem da sua condição e realidade	Foi o melhor apoio que podia ter tido.	Focou a sua força de vontade e o facto de acreditar em si mesma.	Medo: Locais que ainda hoje não passa, por medo, por respeito.

V.4 – Tratamentos

	Tratamentos	
	Tratamento Institucional	Tratamento de Substituição
E01	<i>“Eu sabia que tinha um problema, não sabia era. Eu não sabia a dimensão do problema ou a profundidade do problema... Quando comecei a perceber a dimensão do problema... Fiquei assustado. Eu não pensei que fosse tão... Tão grave! Foi por isso que eu escolhi uma instituição”</i>	<i>“Tinha tentado uma vez com um antagonista, antagonista opiodoral, que era um vasinal, agora é alnotraxone... Demorei muito tempo pra perceber ou pra aceitar que tinha um problema e cheguei a uma dada altura que as recaídas eram consecutivas: um ano, sete meses, oito, nove, dez, seis, quatro”</i>
E02	<i>“... eu precisava era de um canto... se espetassem comigo numa quinta, sozinho... com vários amigos e que ninguém consumisse, eu conseguia me tratar, penso eu. Por eu precisava de um refúgio”</i>	<i>“Não podia porque eu vivia sozinho... Na altura sim (tinha optado). Porque não tinha a informação que tenho agora”</i>
E03	<i>“Tive princípios de tuberculose... tinha uma médica em Lisboa que gostava muito de mim e disse... vais pra um tratamento... Porque eu era muito novo... era um puto simpático... E toda a gente a chatear-me a cabeça pra eu ir pra um tratamento e eu lá fui”</i>	<i>“... eu pra me drogar, drogo-me com heroína ou cocaína. Não me vou meter na metadona. Não vale a pena tar a droga com uma coisa que vai dar à mesma merda... Ou uma coisa ou outra... Eu preferia tar em casa um, dois, três dias, a ressacar forte e feio do que tar a tomar metadonas”</i>
E04	<i>“... foi a família que disse ‘ou vais fazer o tratamento ou vai dar uma grande curva’... Eu lá vim”</i>	<i>Pra te dizer a verdade nem sei bem o que é isso. Mas sei que há pessoas a tomar isso”</i>
E05	Foi caracterizado como sendo a melhor solução para o seu problema. Após várias desintoxicações, CAT, a Segurança Social falou-lhe da instituição e ele aceitou.	<i>“Não queria porque sabia que ia trocar uma substância pela outra. E ia acabar por consumir na mesma. É um jogo. Nunca quis”... “Nunca optei porque a minha irmã faleceu com a Metadona e eu vi-a degradar-se, ficar cada vez pior. E isso é óbvio que me dizia pra não fazer isso... Mas antes de vir pra cá já tava tão mal que, acabei com o meu dinheiro, acabei com o dinheiro da minha falecida mãe que, naquele momento, se não tivesse vindo pra cá, ia optar pela substituição... Pra não sofrer. Ou seja, para saber que só precisava daquela dose. Mas só nesse sentido. Porque quando se tem dinheiro, acaba-se por ir lá na mesma. Não tenhas dúvidas”.</i>
E06	<i>“... foi praticamente por causa da família... as pessoas não sabiam muito acerca das drogas e os meus pais acharam que o melhor remédio era mesmo tar fechado... numa Comunidade... E que se fizesse o programa todo eu tava curado...”</i>	<i>“Antes disso, eu optei pelo tratamento de substituição, com Metadona. Mas aquilo não resulta! Ouve, comigo não resulta! E sinceramente não sei se resulta com alguém. Eu acho que não... É a minha opinião... Porque é assim, eu usei o Subutex primeiro e a coisa até não corria mal mas aí a gente pode sempre manipular as situações. Tipo quando tinha dinheiro não tomava... lá ia eu consumir... Faz-se o tratamento em casa, claro tinha a minha mãe a dar-me a medicação mas mesmo assim, eu metia à boca, aquilo ainda demora a derreter e</i>

		<i>ela virava as costas e eu deixava-o fora e ia consumir à mesma. Aquilo serve mais... pra gente não sentir ressaca... Depois foi a Metadona, aí já tinha de ir ao CAT tomar, porque não se pode trazer pra casa. Mas aquilo não dá em nada, a gente vai lá toma aquilo mas depois dá um vaípe e já não vais e quando voltas porque precisas já tens de ir ao copo (fazer análise à urina)... É um negócio!"</i>
E07	<i>"Destas vezes escolhi porque dentro das formas que eu já tinha experimentado e tinha sido eu a pedir, eu a querer me tratar... Cheguei aquele ponto de saturação, senti que a melhor coisa pra mim era um internamento. Um lugar onde eu pudesse falar, tivesse pessoas que compreendessem do que andar na minha rotina normal de tar a tomar alguma coisa"... "Depois das sucessivas recaídas, achei que era o melhor pra mim. Dentro do que conhecia"</i>	<i>"Porque eu já tinha tentado 'n' de tratamentos. Acho que já de tudo e nunca tinha conseguido livrar... tinha experimentado Comunidade de várias formas: obrigado pelo tribunal, pressão familiar"... "Fiz isso e andei em tratamentos cerca de oito meses que andei sem consumir e nunca deu resultado"</i>
E08	<i>"Foi a primeira vez que fui pra uma Comunidade. Como te disse... comecei a consumir com catorze anos. Aos dezoito tava a fazer a minha primeira desintoxicação. Nessa altura de heroína. E sempre foi... Em casa, em clínicas... Os comportamentos continuavam"</i>	<i>Não foi opção: "Fiz nessa minha primeira desintoxicação... Na altura com o Nalorex. Nem havia Subutex, nem havia nada. Eu tou a falar disto há vinte anos atrás! Era o Nalorex, era no CAT só, em clínicas privadas também se tinha acesso. Tratamentos bué de caros!... E não dava nada. Não davam nada porque lá está, porque o comportamento tava lá. Eu pra mim nessas alturas, eu tava bem, não tava a consumir... continuava a dar-me com pessoas negativas, continuava a frequentar sítios negativos. E desta vez decidi experimentar uma coisa diferente"</i>

V.5 – Definições de toxicodependência e toxicodependente

Definições	Toxicodependência		Toxicodependente		Visão da Sociedade
	Antes do Tratamento	Depois do Tratamento	Antes do Tratamento	Depois do Tratamento	
E01	<i>“Eu achava que era uma coisa que ‘eu ando aqui e tal mas quando eu quiser parar paro’”</i>	<i>“O problema é que era sempre adiar ‘ah amanhã deixo, amanhã, amanhã, amanhã, amanhã, é só hoje’”</i>	<i>“É assim, antes, pra mim, eu não via as coisas com tanta gravidade. Eu via os outros... Algumas pessoas que cometiam crimes e furtos e tal e eu pensava que ‘eu nunca vou fazer isso’. Só que o degradar, a perda de valores, da dignidade... e a destruição que as drogas causam... Quando se perde os valores, aliás os valores ficam completamente trocados”</i>	<i>“A obsessão é tal que faz-se tudo pra conseguir a substância e quando se perde a dignidade... Eu digo isto de perder a dignidade vai muito além da destruição: a pessoa sente-se tão pequenina... Tão incapaz, tão inferior... Submete-se a tudo e é capaz de fazer tudo, passa por cima de pais, mães, filhos, irmãos, namoradas, tudo. É uma destruição mesmo muito grande. Isso é como eu vejo agora porque quando eu tava lá não via assim”</i>	<i>“Não são todos iguais mas a maioria é. Comete crimes, delitos, pequenos furtos e grandes... têm um rótulo assim colocado pela sociedade”</i>
E02	Definiu Toxicodependência junto com Toxicodependente	Definiu Toxicodependência junto com Toxicodependente	<i>“Eu convencia-me de que não ia ressacar... Consumi a primeira, a segunda, a terceira e era engraçado e ‘eu não vou ficar dependente disto’ até o corpo exigir. Quando me falavam em ressaca eu dizia que era estupidez... E que era pra sacar dinheiro a este e àquele. Tava convencido que isso não existia”.</i>	<i>“Nós consideramos um doente, uma pessoa dependente de alguma coisa, uma pessoa que rouba é dependente... Pode ser dependente de compras, de droga... Tudo é uma droga! Só que o rótulo é diferente, mas é tudo uma droga. A partir do momento que se é dependente, é-se drogado!”</i>	<i>“... na vida que se anda é-se rotulado! Mesmo pessoas que a gente se dá muito bem, és sempre toxicodependente... eu não culpo as pessoas, é a sociedade que não tem informação suficiente. E não está preparada pra uma coisa destas... um consumidor era um bandido, matava, roubava,</i>

					<i>mesmo que não fosse ele, era ele”.</i>
E03	Definiu Toxicodependência junto com Toxicodependente	<i>“... eu vejo putos da Universidade... e bebem os seus copos... fumam as suas ganzas... Às vezes eu penso: vai pela ganza, da ganza vai pro copo e depois o que vem a seguir? Vem o resto...”</i>	<i>“Eu trafiquei durante catorze anos. Eu aquilo que vendia era pra consumir: às vezes ganhava duzentos, trezentos, quatrocentos euros. Esse dinheiro era pra consumir e pra comer... Mas quando isso acabou... Fui arrumar carro... Tive preso... Não sou santo nenhum, ninguém é” “... Eles têm de lutar, têm que dormir na rua... Ir buscar comida ao caixote do lixo, ter dois ou três euros e em vez de ir comprar comida, guardar pra ir consumir...”</i>	<i>“A minha definição é diferente... Eu respeito um toxicodependente porque eu não fui respeitado como tal... não gosto que os outros gozem... Odeio! Porque eu já passei por isso... Eu não gosto que... alguém de fora diga ‘olha aquele gajo é drogado’. Eu digo logo ‘desculpa lá, não tens espelhos em casa?’ ou ‘não tens vidros?’ ou ‘não tens telhados?’. As pessoas não veem o dia de amanhã”</i>	<i>“... a nível da sociedade... A nível das pessoas, eu acho que um drogado é sempre um drogado. Apesar de fazer um tratamento... Uma pessoa que saiba que outra foi drogado... Tem sempre um rótulo... Sempre há-de ser um drogado” “A sociedade tá assim... Podre”. “... ou porque devia tar preso, ou porque é discriminação, ou porque rouba...”</i>
E04	Sempre concordou com a visão da sociedade.	Definiu Toxicodependência junto com Toxicodependente	Sempre concordou com a visão da sociedade.	<i>“Consigo entender a definição da sociedade e concordo plenamente!... eu não tenho vergonha de dizer às pessoas que já andei metido na droga mas normalmente quando digo penso pra mim, que o que a primeira coisa que a pessoa pensa é essas coisas todas”</i>	<i>“A visão da sociedade é a do ladrão, assassino, é o que faz isto e aquilo... Pra mim também é essas coisas todas!... Em geral é mesmo! Há que assumir... Não é o que a sociedade pensa, é o que vê! Eu também faço parte do role mas nunca andei a roubar nem nunca matei ninguém”</i>
E05	<i>“Cada um sente à sua maneira... eu não conheço nenhum toxicodependente que não sofra</i>	<i>“Agora, eu vejo como uma doença horrível... O nome diz tudo... Abafa completamente o</i>	<i>“O que eu achava da droga é assim, eu considerava-me toxicodependente, embora andei muito tempo a pensar que não era”... “Era uma vida</i>	Definiu Toxicodependência junto com Toxicodependente	<i>“A sociedade não vê aquilo que nós vemos e sentimos. Nem pouco mais ou menos!”</i>

	<i>terrivelmente. Quando consome abranda... Mas no outro dia acorda, ta lá tudo! TUDO!"</i>	<i>ser humano... a pessoa tem uma personalidade e a droga altera completamente".</i>	<i>horível!... É um sofrimento tão grande mas tão grande que é óbvio que eu desejei muitas vezes morrer... E sofria muito por ver a minha mãe sofrer..."</i>		
E06	Definiu Toxicodependência junto com Toxicodependente	Definiu Toxicodependência junto com Toxicodependente	<i>"... antes de me tratar... Sentia... Entre aspas pena... Porque a gente nunca pensa que fica igual... Pensamos sempre que isso só acontece aos outros... o andar arrumar carros... é do toxicodependente quando já tá... Mais degradante... comigo... Fiz tudo igual!... E pra te ser sincero quando arrumei carros a primeira vez eu assim 'é pah, olha ao que tu chegaste'... A necessidade obrigava-me... eu via-me diferente deles... aquilo era só uma brincadeira e um passatempo... via-me diferente deles e não pertencia àquela classe"</i>	<i>"... agora, olho pra eles de uma maneira diferente. Claro! Como já passei pelo mesmo... E tive a mesma necessidade de roubar pra obter dinheiro e ter de me fazer à vida que é mesmo assim"</i>	Frisou o exemplo de dar uma moeda a um arrumador: <i>"Eu pessoalmente, eu também dou. Porque é assim, eu prefiro dar do que ver a pessoa, sei lá roubar, ou a partir um vidro e tar depois sujeito e outro tipo de consequências"</i>
E07	<i>"Toxicodependência, antes do tratamento era um bocado associado ao toxicodependente"</i>	<i>"... o melhor nome pra definir é uma doença, porque a nível comportamental, a nível psicológico... tava fora de mim. Tudo o que eu fazia era desequilibrado. Não me sentia equilibrado a nível sentimental, comportamental..."</i>	<i>"... eu sempre me considerei toxicodependente. Quando comecei a dar-me conta da minha dependência de heroína, tinha dezasseis anos... sempre me considerei, ou melhor, percebi que tinha um problema... No início pensei que... nunca ia passar por mim"</i>	<i>"Toxicodependente é uma pessoa dependente de drogas. Eu ainda me considero toxicodependente. Mas não tou a consumir... neste momento... Tou equilibrado e tou a conseguir levar a minha vida avante.... Eu sei que sou uma pessoa que continuo a ser adito. Se eu agora... começar a contrariar os meus princípios, as minhas ideologias, o que eu quero..."</i>	<i>"As pessoas olhavam pra mim... Foram muitos anos a consumir... Já toda a gente sabia do meu problema, já toda a gente olhava pra mim... era difícil lidar com isso"</i>

		<i>Aquela clivagem entre o que é certo e o que não é certo fazer. Eu, se não fosse certo fazer alguma coisa mas que eu obtivesse o meu objetivo que era consumir, eu fazia... do foro psicológico, eu acho que é uma doença. O mais correto pra definir, não sei não vejo outro termo senão o da doença”</i>		<i>Começar a frequentar outra vez locais de consumo e a dar-me outra vez com colegas de consumo, eu sei que é uma questão de tempo até voltar ao antigamente... acho que o toxicodependente tá muito relacionado com o adito”</i>	
E08	Definiu Toxicodependência junto com Toxicodependente	<i>“É... O ser dependente de algo, que faz mal, mas que naquele momento dá prazer, liberta e dá sensações boas... Sabe bem! Não é faz bem... Faz mal mas sabe bem”</i>	<i>“Eu, durante um certo tempo, eu achava,... eu já não era toxicodependente porque já não consumia heroína e naquela fase já não consumia cocaína. Mas o resto, substâncias, álcool, tava lá. Continuava. Mas eu já não era toxicodependente”</i>	<i>“... neste momento considero-me,... não digo que seja toxicodependente. Neste momento não sou dependente de nenhum tóxico. Mas adita sim. Porque eu sei que basta-me um deslize pra voltar tudo”</i>	<i>“Há certas pessoas que eu no início passava no Porto... ‘Não acredito que ela consiga’. Mesmo pessoas, amigos, família... ‘ela conseguir? Nah! Nem pensar, ela é uma drogada, é a ovelha negra da família”</i>

V.6 – Momento chave de passagem de vida de exclusão para vida reinserida

Percurso de Passagem de vida de exclusão para vida reinserida	Momento-Chave de passagem de vida de exclusão para vida reinserida		
	Fatores Promotores	Significa do Projeto de RS	Pessoas que participaram na elaboração do projeto de RS
E01	<i>“... já tinha conhecimento de causa... esta destruição que se faz a nível de valores e a nível pessoal. Depois por uma questão de que é um caminho que eu não quero. É um tipo de vida que eu não quero. Eu não quero viver na sombra, na mentira, na angústia, na dor, na tristeza... Não quero viver aí”.</i>	<i>“Essa decisão foi tomada na altura em que fui pra lá. ‘Eu vou, outra vez, que é pra ser feliz, pra enfrentar... assumo as consequências que tenho que assumir e vou dar a cara pronto”</i>	<i>“... a namorada é um fator muito direto”</i> Durante a entrevista, o entrevistado focou como pilar a sua namorada, a instituição e a sua família e alguns amigos.
E02	<i>“... eu tava saturado de tudo... Eu tava mesmo farto, farto, farto, não queria mais isso”</i>	<i>“A minha reinserção fui eu que fiz sozinho”.</i> <i>“O meu projeto não foi nenhum. Foi-me fazer à vida. Eu já sabia o que queria”</i>	Processo de tratamento bastante isolado
E03	<i>Morte da mãe. “... a minha mãe morreu passado um ano em que eu tava em tratamento... pra mim foi muito complicado... na altura pensei em desistir... Quando se perde a pessoa que mais se gosta, com quem se tem mais ligação... eu tinha perdido o meu pai e depois perco a minha mãe... foi uma mistura de sentimentos muito forte e foi muito complicado... Eu naquela altura apetecia-me abandonar tudo... se nós não temos mãe, pai... Não tinha ninguém na altura... Não tinha mulher... Tinha um filho mas não lidava com ele... Os meus irmãos não queriam saber de mim... As minhas referências, os meus pilares... Já não os tinha! E eu pensei assim, das duas uma: ou continuo aqui, num cerco fechado e tento ou acabo por desaparecer no meio disto tudo”</i>	Não foi referido	A Instituição

E04	<i>É quando não dá mais... andava perdidinho! Nem sabia o que é que havia de fazer. Eu já tinha vergonha de me sentar à mesa pra comer com a minha família. E comia e desaparecia logo. Já nem convivia com eles.... O desespero... eu não queria contar nada à minha família. Tinha ficado sem trabalho... já não tinha dinheiro nenhum, nem pagava a renda. Tava sozinho. Tinha que arranjar uma solução... Não queria dar trabalho à minha família mas também queria acabar com a situação”</i>	<i>“Foi uma confusão... cheguei aqui e eu queria ir logo trabalhar no primeiro dia. Queria ir logo à procura de emprego na primeira hora que pus aqui os pés... Ainda foi complicado, eu pôr a cabeça no sítio quando vim pra aqui pra reinserção”</i>	Instituição e Família
E05	<i>“... o momento-chave foi eu aceitar que... Que tenho que viver com esta realidade mas! Contrariando-sempre, sempre o meu cérebro”.</i>	<i>“Olha foi no momento em que me vi com tanta dificuldade, porque aqui é que é a dificuldade, aqui é que ela bate. E foi no momento em que eu tive de pensar, eu vou ter que ser capaz de conseguir dar a volta ao meu cérebro”</i>	Fundamentalmente a Instituição: <i>“... com o apoio deles consegui. Porque sozinho é muito difícil... Eu posso dizer, que fui... A palavra não é exata... Amparado. Não é exata porque não é justa mas como eu queria, ajudaram-me. Eu senti isso. Quanto mais as pessoas demonstram querer, são super apoiadas... É por isso que algumas pessoas sentem injustiça e vão embora e tal, porque não querem ver... Ainda continua a ser neste momento, ainda me tão ajudar. Tipo eu tou a trabalhar e tou aqui. Claro que mais tarde ou mais cedo eu vou sair... Mas é um apoio! Eu tou a juntar o meu dinheiro... Pra me fazer à vida, que é mesmo assim... faço voluntariado, também tou lá sempre... É uma moeda de troca, com certeza. Mas com gosto! Porque foi aqui que eu mudei!... E posso contribuir pros outros também”.</i>
E06	<i>Força de vontade: “... quando voltei mais tarde, pronto aí sim foi diferente. Eu também já tinha experimentado tudo e pronto propus-me a voltar pra aqui, desta vez por mim... a teoria já a tinha toda, porque mesmo no outro processo eu aprendi muito mas não pus em prática e desta vez eu queria mesmo deixar...”</i>	<i>“... é criar metas na vida... a gente vai criando objetivos... mesmo uma pessoa que não tenha andado nas drogas, o dia-a-dia delas é criar objetivos... Trabalhar, fazer vida... O que me tem segurado, é o facto de querer mudar de vida... Quero</i>	Família e Instituição

		<i>uma vida o mais normal possível... Uma vida normal de uma pessoa normal</i>	
E07	<i>“Eu, desta vez tratei-me porque quis... Cheguei àquele ponto em que já nem estava a morar com os meus familiares, não morava na rua mas morava na minha carrinha de trabalho... Um dia dou por mim a caminho do Porto... A sentir-me sozinho, a sentir-me em baixo... Não acreditava minimamente em mim, não tinha objetivos de vida... Acordar de manhã, o principal objetivo era consumir. Ao deitar, o principal objetivo era ter dinheiro ou ter consumos pro dia a seguir e cansei-me um bocadinho disso!”</i>	<i>“... uma coisa que me levou a mudar a mim um bocadinho a mudar esse pensamento foi conseguir verbalizar aquilo que sentia. Aquilo que eu tava a sentir, por pra fora e conseguir verbalizar, que isso pra mim era muito difícil... custava-me ser honesto e a dizer... tou-me a sentir magoado, tou-me a sentir triste, tou-me a sentir confuso... Custava-me deitar isso pra fora! E a partir desse momento... não sei, comecei a sentir cada vez melhor comigo, comecei a contar com as pessoas que tavam à minha volta”</i>	<i>“Neste tratamento consegui criar amizades, consegui criar relações que eu sentia que não tava ali sozinho, que tinha pessoas ao meu lado que também tavam a passar a mesma coisa do que eu, que me ajudaram um bocado a ultrapassar... A minha família, houve já uma altura em que deixou de acreditar em mim e eu quando comecei a sentir-me melhor... elevou-me um bocadinho mais a auto-estima e o meu ego de ter a família, ver que me tavam apoiar, independentemente de tudo o que eu tinha feito, ainda acreditavam mais uma vez em mim... amigos também pessoas que se fosse preciso passavam por mim na rua e cumprimentavam-me por cordialidade, isso ajudou-me a encontrar-me a mim mesmo”</i>
E08	<i>“Posso até te dizer o dia. Dia 03 de Janeiro de 2011... fartei-me de nem sequer dizer ‘bom dia’... depois daquela passagem de ano... E o cansaço de olhar à volta e tar cheio de gente e eu não dizer bom dia a ninguém, nem a mim própria... nessa altura eu já não ia pra casa há meses! Eu tinha perdido tudo! Tava... No bairro... E cansei-me, de... não gostar de mim, de nem passar por um espelho... Eu sempre fui vaidosa e tinha medo de passar por alguma coisa onde eu visse a minha sombra... Tava a olhar pro rio... Um vista linda e... Fartar-me!... foi a última vez que vi... Que fui a esse sítio e vi aquela vista... Até hoje... É um sítio onde não posso ir”</i>	Não abordou este assunto	Essencialmente a Instituição

V.7 – Transição para o trabalho

Percurso de Passagem de vida de exclusão para vida reinserida	Transição para o trabalho			Conclusão dos estudos
	Estigma sentido na reinserção profissional	Incentivos do IAFP	Dar a conhecer a realidade da condição do toxicodependente	Estudos Básicos ou Superiores, Formação profissional, etc.
E01	<p><i>“É difícil porque o rótulo machuca... O rótulo machuca e pesa... Pesa bastante... eu nunca senti isso assim pelo menos com essa intensidade... Dedico-me muito arranjar trabalho e a trabalhar. Gosto de trabalhar, gosto de fazer coisas... Vou à luta, vou à procura, arrisco, vou lá”.</i></p>	<p><i>“... tenho aí uma situação com um amigo... andei aprofundar a situação. No programa também me ajudaram, não posso dizer o contrário porque até foi o terapeuta que me deu o decreto-lei. Sei que temos algum tipo de..., ou seja, o fundo de desemprego financia de uma certa forma as empresas para que deem trabalho a pessoas com esta problemática”</i></p>	<p><i>“Eu não tenho que ir falar ao A, B ou C o que é que eu fiz. Porque o A, B, ou C também não me vem dizer o que é que fizeram. E penso que às vezes esta própria paranoia, digamos, este complexo, nós carregamos porque queremos e não temos que carregar. Porque imagina, eu conheço uma pessoa hoje, vou trabalhar com ela, posso tar lá um ano, dois, três e não me vão dizer ‘olha eu no passado tive vinte e sete namorados e fui à pesca com um e fui à Jamaica com outro’... Ou ‘olha eu já gostei de beber uns copitos...Apanhar umas bebedeiras’. Ninguém me vai dizer isso, assim como eu não tenho que dizer que ‘... eu andei metido na droga...’. Poderá depois um dia, quando sei lá, já há mais confiança e quando a gente sente que nem que diga isso à outra pessoa não vai mudar... Agora de início... há coisas que não interessa dizer”.</i></p> <p><i>“... quem era capaz de enganar tudo e todos para conseguir... agora manipular uma resposta a uma pergunta...Eu manipulo as respostas todas e ele nem sequer se apercebe que eu lhe tou a desviar, nem tou a dar respostas nenhuma... Tou-lhe a dar nins, nem sim, nem não... Usar a perspicácia e a capacidade que se usava pra enganar e pra mentir e pra conseguir dinheiro pra uma dose... Não prejudico os outros e não me</i></p>	<p><i>Não se aplica</i></p>

			<i>prejudico a mim. Por isso não tenho de ser um livro aberto”.</i>	
E02	<i>“A maior dificuldade é não trabalhar... porque uma pessoa depende do trabalho. Uma pessoa que não seja rica depende do trabalho, ponto final”.</i>	<i>“... isso é uma treta. Se continuares a ter... Bons padrinhos, como a gente chama, consegues essas coisas. Senão não consegues nada. É tudo uma treta”.</i>	<i>“Eu tenho incentivos das minha idade... eu com cinquenta e tal anos já não preciso de dar a conhecer isso, tenho outros... O patrão já praticamente não me dá ordenado, é o Estado. Mas mesmo assim... É saco roto. Não adianta nada... Acho que ainda é a maior brecha que a sociedade tem, ainda é essa. É o favoritismo”.</i>	Conclusão do 9º ano através das Novas Oportunidades
E03	Nunca sentiu	Nunca precisou e nem sabe muito bem do que se trata.	Não necessitou de dar a conhecer pois o primeiro patrão sabia da sua condição e atualmente encontra-se a trabalhar com o ex-sogro, que também conhece a sua realidade	Não se aplica
E04	Não foi sentido: <i>“... eu tive aqui quatro anos a trabalhar em Braga... o meu patrão sabia... já empregou muitas pessoas do Projecto Homem, que estiveram no Projecto Homem... não tinha problemas nenhuns com isso”</i>	Não está a par, não tinha conhecimento dos incentivos: <i>“Não, não sabia”... “Isso tem os seus senãos... Não, acho que isso não traz benefícios!”</i>	<i>“O dizer por mim não tem problema, eu digo... O problema é os outros” ‘Vem pra aqui um ladrão, um drogado!’”</i>	Está a concluir o 9º ano – curso torneiro mecânico, em Mazagão: <i>“Porque não arranjei trabalho”... “Eu não optei. Eu inscrevi-me em tudo e mais alguma coisa: trabalhos, cursos, tudo! E fui pro que apareceu. Andei a fazer cursos e mais cursos, aqueles modulares, de cinquenta e vinte e cinco horas. Eu saía de casa de manhã e só vinha às onze da noite: andava a tirar</i>

				<i> cursos, um de manhã, um à tarde, um à noite”</i>
E05	<i>“Senti! Muito! Com uma força! Muita força! E o pior, na altura não tinha dentes! Ui! Ainda senti mais, muito mais... o não arranjar trabalho foi horrível. E hoje em dia, trabalho mas não falo. Nem vou falar. Não vou porque não convém. Não convém porque nós não somos todos iguais. Mas eu pra mim, sendo eu como sou, eu gosto de falar, eu gosto de me abrir e dizia sem problemas, sem stress nenhum”.</i>	Não foi necessário recorrer ao IIEFP.	<i>“As primeiras vezes que eu comecei a procurar trabalho, eu dizia a toda a gente. Porque eu sou o tipo de pessoa que é assim... É um defeito! E claro isso trouxe-me consequências... Os sorrisos somem imediatamente e eu comecei ‘Ui! Não, não pode!’... Neste caso não podia, nem pensar, e então tive mesmo... de... Alterar o meu currículo e fui desonesto. Tive de ser, era pro meu bem”.</i>	Não se aplica
E06	<i>“... não senti muito o peso do estigma porque a pessoa que me deu trabalho sabia”</i>	Não foi necessário recorrer ao IIEFP.	<i>“A pessoa com quem eu trabalho é como se fosse um tio pra mim. Sabe da minha condição e assim nunca tive esse problema de ter de falar ao patrão, de me expor”</i>	Não se aplica
E07	Não se aplica	<i>“Sim. Tou a par desses incentivos... Fácil não era!... principalmente, exposição... Não digo vergonha porque... eu vergonha do que fazia não tenho... sou capaz de ter algum sentimento de culpa em relação ao que fiz à minha família e a algumas pessoas que levaram com a minha toxicoddependência sem ter de levar. Isso sinto, um bocado de culpa. Agora vergonha não sinto. E se tivesse mesmo que ser, se eu optasse por fazer isso,</i>	<i>Na escola: “Dei a conhecer. É assim, não cheguei ali a meio da turma e disse. Mas a algumas pessoas dei... alguns formadores, fui honesto com a psicóloga... ela perguntou-me o que é que eu tinha feito e lá está veio o peso da balança ‘digo, não digo’... acabei por dizer a minha condição. Disse-lhe onde tinha estado nos meus últimos dois anos anteriores, o que é que tinha feito... não me senti julgado, não tenho preconceito nenhum em falar do meu passado”</i>	<i>Está a terminar o 12º ano em Mazagão. “... não posso dizer que não trabalhei mas sim, optei por voltar a estudar”</i>

		<i>com certeza me iria custar. Ia viver um bocado essa exposição e essa culpa mas acho que era uma coisa que eu ia acabar por ultrapassar”</i>		
E08	Não foi sentido	Não foi necessário recorrer ao IEFP mas caso o fizesse não dava a conhecer a sua condição/realidade.	<i>“Não. Optei por não o fazer. Porque lá está... Na escola se calhar é diferente. Agora no trabalho eu optei por não o fazer porque achei que não era isso que ia impedir de eu ser o que sou... e aí podiam me travar. É assim, as pessoas estavam à minha frente e eu também não as conhecia. Não sei qual era a visão delas perante um ex-toxicodependente ou um antigo consumidor e eu optei por não o fazer. Não precisei. E também não sei o que eles fizeram! Se calhar mataram alguém e eu não sei!”</i>	Não se aplica – tirou bacharelato antes: <i>“Já o tenho há imenso tempo. Já o tenho há doze anos mais ou menos. E sim, tava a consumir na altura. Mas tive uns momentos de paragens, entre aspas”</i>

V.8 – Apoio a nível social

Apoio a nível social	Gestão dos Tempos Livres		Religião
	Estratégias	Dificuldades em voltar à realidade	Influência da religião no modo de pensar e agir
E01	<i>“Uma das coisas que se aprende é a gerir o tempo livre. É criar tempos livres e fazer coisas que deem satisfação e que se goste de fazer”</i>	<i>“A monotonia é uma das coisas, que eu acho que nós, toxicodependentes temos maior dificuldade é lidar com a monotonia. Nós gostamos daquilo que no mundo dos consumos se chamam flash, que é a mudança de estado ou aquele pico, gostamos de um pico e não gostamos da situação estável... E nós temos grande dificuldade aí na monotonia. E não é muito fácil, como não estávamos habituados a fazê-lo, procurar fazer coisas que deem satisfação, seja ginásio, futebol, pesca, caça, correr, saltar, ver televisão, ouvir música porque estávamos sempre alterados, as coisas agora não têm o mesmo sabor e é preciso ir procurar coisas...Mas posso te dizer também que eu já atingi estados na vida, que só por si, há momentos de satisfação e de prazer e alegria e de paz tão intensos... ou mais como as drogas... Melhores por um motivo, porque eu não paguei nada... Foi uma coisa natural, não houve sequelas, não houve consequência”.</i>	<i>“Não tem muita influência... Apesar de que o programa é todo virado pro lado da Igreja e da Religião... Mas cada um acredita naquilo que quer. Cada um tem o seu próprio Deus e eu tenho o meu” “Quando se trata de fazer mal aos outros, quando eu até fazia e não dava importância, agora é uma coisa que já me custa porque eu sei que quando a gente faz mal... O mal que tá a fazer ao outro, ou que pensa que tá a fazer ao outro, não tá a fazer ao outro... Só ao outro... Também tá a fazer a si próprio... há determinadas coisas que se fazem e que se dizem quando se magoam os outros que depois... Tem o reverso. Trazem culpa e frustração e desilusão e isso, às vezes acaba por ser muito pior do que aquilo que se fez ao outro”.</i>
E02	<i>“Eu nunca tive gestão dos tempos livres. O meu tempo livre é dormir... Jogos... O meu programa era sempre o mesmo. Eu não tenho tempos livres”</i>	<i>“São coisas que não me afetam minimamente... Porque foi sempre o meu sistema de vida. Eu vivi sempre sozinho, nunca tive amigos”.</i>	<i>“Eu não tenho religião. Sou anti-religião”. “Eu não acredito em nada. O meu pilar, foi aquilo que eu já te disse. Ter um buraco... um sítio, onde eu me pudesse alimentar e... quase isolar... Ter ali um sítio onde eu pudesse assentar a minha cabeça, ter comer e dormir”</i>
E03	<i>“... eu ocupei o meu tempo livre... com computadores... um bocadinho com o trabalho, pra compensar... consola, pc, jogar à bola, porque é aquilo que eu</i>	<i>“... por vezes há também aqueles momentos em que me sinto sozinho... até posso estar em frente ao computador, posso tar a conversar com alguém mas tou sozinho na mesma... se não tiver ninguém ao pé de nós, uma pessoa sente-se sozinho... Eu até posso ter mil e um passatempos mas por vezes, as pessoas também se sentem sozinhas”</i>	<i>“Sou católico porque sou batizado... mas não sou praticante... eu a uma Igreja não vou. Se entrar, entro, benzo-me e saio. Respeito... Mas não é que isso contribuisse pra minha felicidade ou pro meu bem-estar”</i>

	<i>gosto e ainda hoje em dia faço. Ao sábado vou jogar à bola de manhã. Às vezes quando posso ao domingo... Saio à noite se tiver de sair também saio. Durante a tarde, se tiver de dormir um sono durmo”.</i>		<i>“... uma criança quando morre, morre inocente... essa criança não fez mal a ninguém, porquê que morre?... eu... Já fiz mal... a torto e a direito, porquê que eu ainda não morri? Houve um rapaz que uma vez me disse assim ‘Carlos, se tu tás aqui, tens alguma missão, tens algum motivo, deixa-te estar’... mas porquê? Há crianças que morrem inocentes, que nunca fizeram mal a ninguém. Eu já fiz mal a tanta gente! Já fiz sofrer tanta gente!... Se Deus existe e se lhe chamam Deus... Porque faz morrer uma criança... e não faz morrer um rapaz que... já roubou, já traficou... Porque será?”</i>
E04	<i>“Gostava muito de mudar isto mas quando me dou conta já tou outra vez no mesmo. Aos anos que eu me ando a debater nisso”</i>	<i>“Dificuldades? Ei!! Nem me digas nada” Eu sou um desastre no campo social. Ir pro lado ‘esquisito’ é mais fácil, é muito mais fácil. Não dá trabalho!... eu não sou muito de conversar assim com as pessoas”... “... aquela equipa do Street Workout Brothers, eu andava lá, gostava e fui deixando! Havia um fim-de-semana ou um evento que eu não podia ir... E comecei a falhar... Depois até tinha vergonha de aparecer!”</i>	<i>Não. Respeito mas não”</i>
E05	<i>“... o mais importante na vida é o que vem ainda à nossa frente e é o que nós podemos ainda fazer. É isso que uma pessoa tem de pensar”.</i>	<i>Lidar com a rejeição: “Mas... uma pessoa aprende... Aprendemos com as más experiências que é mesmo assim”.</i>	<i>“Tentei roubar uma vez e dei-me mal... Foi parece que Deus... foi uma cena muito forte... eu andei atrás de uma mulher, de mota. Tentei dar-lhe um esticão, não consegui porque eu ia todo à toa. Eu ia todo à toa! Não consegui. Depois fui pra Aveiro. Tava a rressacar tanto... Suava que nem um cavalo! E então, vejo uma senhora, assim com aquelas bolsas grandes e eu ‘ei! Aquela tem dinheiro de certeza! É aquela!’... de repente, não te sei explicar bem porquê. Passo por uma Igreja, olho pro meu lado direito, vejo uma cruz, daquelas grandes, com Jesus-Cristo crucificado... Entrei, fui-me ajoelhar, comecei a rezar o que sabia porque eu já não me lembrava, já nem sabia Ave Maria nem o Pai Nosso. Sabia só</i>

			<p><i>algumas partes e comecei a chorar e sai dali e fui pra casa e já não tentei roubar ninguém”.</i></p> <p><i>“Era católico, não praticante... Por carinho e respeito à minha mãe... Eu comecei a ir... Não à missa. É à Igreja. Entro, rezo um bocadinho e honestamente, sinto-me bem. Então se me sinto bem, não me faz mal. Então se não me faz mal, faz-me bem... Acaba por ser um apoio... eu sempre que tenho tempo, vou lá, rezo um bocadinho... E olha que eu tinha vergonha! Tinha!... A sério que tinha! Era uma panca minha... Agora não. Nem pouco mais ou menos... Acho que é importante. Honestamente acho. Embora não quero dizer que quem não vá, não seja capaz. Com certeza que é. Tem outras formas”.</i></p>
E06	<p><i>“Eu costumo dizer que o melhor tempo livre que a gente pode passar é com a família. Porque quando agente anda na droga não temos tempo pra isso e também não queremos saber deles pra nada... fazer desporto... ou caminhar... E claro, trabalhar!... Pra ter o nosso dinheiro e claro aprender a gerir o nosso dinheiro, porque nós não sabemos, temos de aprender”</i></p>	<p><i>“Às vezes é um simples problema, que ok pode me levar, mas muitas vezes nem leva. Porque se falarmos podemos quebrar esse ciclo. E ao falar tou a proteger-me a mim e aos outros também”</i></p>	<p><i>“Olha, ao princípio não, nem por isso. Eu era pouco católico... Fui batizado e tal... mas pouco acreditava em Deus ou no que fosse. Mas agora, por último sim... Vê bem, que até vou à missa todos os domingos... Porque experimentei, gostei e sinto-me bem... eu vinha ao fim-de-semana a casa e como sabes não podia sair sozinho... Então ia com a minha mãe à missa e acabei por me habituar. Já que ia, olha ia e comecei a ouvir o padre e aquilo que ele dizia... Até te digo mais, se vires bem, o Projecto Homem tem uma filosofia até muito parecida com a Igreja e isso claro que me ajudou e contribuiu pra eu ver as coisas da forma como vejo hoje. Mas sim, acredito, tenho fé e sinto-me bem assim. Tenho mais força!”</i></p>
E07	<p><i>“... uma coisa que me ajudou muito a mim... Foi o ginásio. Pra mim foi uma coisa que me ajudou</i></p>	<p><i>“... fui um bocado pressionado pra isso. Porque eu tinha o tempo todo ocupado com os consumos e depois fiquei sem objetivos... quando vim pra Reinserção vim com outras pessoas, lá está, as relações que eu te</i></p>	<p><i>“Não que eu não sou católico. É assim, eu acredito no bem e no mal. Mas isso não serviu pra mim. Eu religiões é uma coisa muito à parte... Chamem-me</i></p>

	<i>muito, fazer desporto, conhecer novas pessoas, interagir com outras pessoas lá e tar a fazer uma coisa que eu gostava que no fundo era saudável... Fui buscar ali aquele contrapeso, ir buscar satisfação pessoal... Eu posso dizer que houve alturas em que, pra não tar sem fazer nada, ia pro ginásio. Mas isso também me ajudou a mim”</i>	<i>falei que criei lá em cima. Pessoas que tiveram comigo: umas que entraram um bocadinho depois, outras que entraram um bocadinho antes... viemos... aquele grupo. Claro que havia alturas e principalmente ao fim-de-semana que tinha de ser eu um bocado a definir porque já não tava com eles”</i>	<i>incrédulo mas eu... acredito no bem e no mal e não gosto de especificar isso quando me perguntam muito mais”</i>
E08	<i>“Forçam-nos um bocado...”</i>	<i>“Eu na altura o que me custava era socializar, voltar a falar com pessoas que eu sabia que tavam assim um bocadinho de pé atrás comigo e... É difícil dar o primeiro passo, porque é muito mais fácil voltar a tar com pessoas que são da festa, que me conhecem, com quem eu sempre tive... Do que tar com pessoas e ter que dar o braço a torcer... Nem é dar o braço a torcer... É admitir! É assumir! E custa sempre. As pessoas... olharem-me de canto. Ah! Mas com o tempo, é muito gratificante! As pessoas também verem que afinal eu mudei. E eu consegui! E que ainda continuo bem”</i>	<i>“Não. Nada. Eu posso te dizer que neste processo... Acreditei em mim. Fundamentalmente, acreditei em mim! Nem sequer foi nos outros. Foi em mim. Às vezes, posso te dizer que duvidava que ia conseguir... Mas no fundo havia qualquer coisa... Eu sou teimosa!... aplicar a minha teimosia e a minha curiosidade... aquilo que eu sempre usei pro lado negativo, a minha curiosidade, a minha teimosia, o gosto pelo risco e pelo que é desconhecido, pra esse lado. Porque pra mim era desconhecido tar tanto tempo bem”</i>

V.9 – Reconhecimento social

Reconhecimento Social	Reabilitação da imagem	Cumprimento do projeto de RS		Estilo livre de drogas
	Reconhecimento	Alterações em relação ao projeto	Existência de outros projetos	Transformações/Mudanças do estilo de vida
E01	<i>“Sinto que faço parte. Não me sinto inferior... Mas sinto que sou diferente porque tenho a minha realidade e tenho que tê-la muito presente e ser muito consciente disso. Ou seja, não me sinto inferior mas não me posso comparar. Porque se o outro vai aqui ou se vai ali é a realidade dele, a minha é diferente. Tenho os meus limites e um problema que eu tenho topado em mim é não aceitar limites e condições em mim... E tem sido um problema pra mim”.</i>	<i>“Eu tenho me esforçado pra cumprir aquilo a que me propus. Porque aquilo a que me propus não foi grande coisa... Objetivo principal: manter-me abstinente. Só que pra me manter abstinente eu tenho que ter tempos livres, tenho que ter contacto com a minha família... tenho a família longe mas mantenho. Depois a parte com a minha namorada, também esforço-me pra ter... não é aquilo que eu quero, não é o tempo que quero, não é como eu gostava, é insuficiente... Mas é aquilo que é possível... eu tenho de aceitar e saber estar bem com aquilo que tenho. Porque um dos meus problemas é olhar pra aquilo que eu não tinha, pra aquilo que eu queria ter e não olhar pro que tenho”.</i>	<i>“... ser feliz com aquilo que tenho... E acho que o meu pai deu-me uma grande lição de vida... O meu pai morreu há pouco tempo... O meu pai era muito pobre... Mas era feliz com aquilo que tinha...”</i>	<i>“Muda tudo. Tudo, mesmo tudo... Tenho um grupo de amigos ou um determinado grupo de pessoas com quem me identificava, não eram amigos, era com quem eu saia e tem de deixar de existir. Há determinados lugares ou a maior parte dos lugares que frequentava, tenho de deixar de lá ir. A maneira de vestir pode não mudar mas o cuidado muda. A forma... como se está com as pessoas, como se fala. Muda tudo, mas isso muda não é que a gente faça de propósito pra mudar. Isso muda porque ao deixar de consumir é automático... vai acontecendo mas o estilo de vida é totalmente diferente... Posso te dizer isto, arrisco a dizer isto: todo aquele que deixar de consumir e não mudar de estilo de vida, não se mantém abstinente, é uma questão de tempo”</i>
E02	<i>“Dou o meu apoio em certas coisas... o que acho que devo. Eu não dou o meu apoio ao Projecto Homem. Dou aos utentes, atenção... a</i>	O seu único projeto era deixar os consumos	O seu único projeto era deixar os consumos	<i>“Eu nunca consumi pra me esconder de nada”</i>

	<i>instituição em si, é uma boa instituição... faz falta às pessoas. É uma casa que faz falta”.</i>			
E03	<i>“Eu não sou aquele rapaz magrinho, chupado... Quando entro num café ou num restaurante toda a gente me respeita. Bom, isso não acontecia... Se eu vestir umas calcinhas de ganga jeitosas, umas sapatilhas de marca... Claro toda a gente me respeita. Agora claro se fosse mal vestido e sujo... claro que a pessoa se sente rejeitado”.</i>	<i>“... depois de ter deixado as drogas sempre consegui os meus objetivos: tirar a carta, ter carro, ter mota, ter casa e sempre consegui os meus objetivos”.</i>	Manter tudo o que construiu.	<i>“Confiança, amizades e humildade. Eu acho que é assim, a humildade, principalmente, é a base de tudo... as pessoas não sabem o que é a humildade... ser humilde... Quando eu preciso de algo ou de alguém... Chegar ao pé dessa pessoa, seja um amigo, um colega de trabalho... e até lhe ligar e dizer ‘olha passa-se isto, isto, isto e isto. Podemos logo à noite beber um café?’ E depois chegar ao pé da pessoa e explicar o que se passa”. “... nós, toxicod dependentes, percebemos muito melhor a sociedade porque vimos os dois lados... o toxicod dependente é o melhor exemplo... Porque, teve primeiro num estado livre, depois agarrado, depois livre outra vez... Porque nós quando nascemos, tamos bem. Depois vamos pro desvio e depois voltamos ao bem. Quando tamos bem, sabemos o que passamos no mau. Porque a partir dos cinco, seis anos sabes o que é que viveste. Depois dos cinco até aos quinze, dezesseis anos. Depois dos dezasseis aos vinte e oito, sabes o que é que viveste. Depois desde os vinte e oito até agora sabes o</i>

				<i>que é que viveste. E tens aqui três histórias de vida. Cada um com a sua imagem”</i>
E04	<i>“Qualquer pessoa que ande nas drogas ou mesmo no álcool torna-se sempre um bocado anti-social porque só passa a socializar com as pessoas do meio”</i>	<i>Voltou a estudar, não estava previsto: “... o curso foi a coisa que apareceu mais duradoura”</i>	<i>“Arranjar um trabalhinho, arranjar um apartamento ou uma casa... alugar um espaço pra mim, que era pra eu poder tar à vontade”</i>	<i>“Uma pessoa deixa de andar lá com o rótulo na testa. Isso já é muito bom... Na rua, por exemplo, passa um arrumador por ti todo ‘cois’ tu vês logo que anda drogado... E passas por mim e não dizes que eu fui um drogado, pois não?... as pessoas passam e não imaginam o meu passado... É bom, pra nós, é bom pro bolso, é bom pra saúde, é bom pra família, da forma como eu lido com eles e como eles lidam comigo e é bom, sobretudo pra nós. Sentirmo-nos bem, não ter de andar atrás da droga e poder dizer ‘Não preciso da droga!’”</i>
E05	<i>“Sim. Completamente. Sinto-me útil”</i>	<i>“Até te digo mais. Fiz muito mais do que achei que ia fazer. Muito mais! Eu era daqueles utentes que não davam uma chaveta por mim... Porque na minha terra eu era aquele que mais consumia... Eu era o ‘Deus me livre!’”</i>	<i>Em consonância com o indicador anterior.</i>	<i>“As mudanças do estilo de vida foram radicais. Eu era um preguiçoso de primeira. A adição não me ajudava em nada... com a droga uma pessoa fica muitíssimo pior. Ao ficar dependente de droga, depois o trabalho bye bye até amanhã. Depois é a mentalidade... é o aumento da responsabilidade, isso aí foi importantíssimo. Por eu saber que era um malandro de todo o tamanho e tinha que fazer completamente diferente! TUDO!... Mudar de cidade... Foi uma mudança radical. Não foi nada fácil... Eu corri mundo... Perdido...”</i>

<p>E06</p>	<p><i>“Sim, sim, bastante! Mesmo os meus primos... Dantes nem me falavam... cumprimentavam-me... Quase obrigação! Desviavam-se de mim... Já são até capazes de confiar em mim”</i></p>	<p><i>“... passados estes anos, eu ainda não cumprir tudo, continuo a cumprir”</i></p>	<p><i>“... são etapas que a gente cria pra toda a vida. É pra sempre. Falta sempre algo, porque aí tá o nosso crescimento. Naquilo que falta. Naquilo que temos que limar, no que temos pra descobrir e conquistar. É uma aprendizagem diária em que eu sou aluno e professor porque aprendo com os outros, com a sociedade, todos os dias e dou o meu contributo, para outros aprenderem comigo. A vida é isto, é uma troca”</i></p>	<p><i>“O estar livre pra mim, é o melhor que há!... eu deixava-me a pensar nas drogas, acordava a pensar nas drogas ou a pensar onde ia arranjar dinheiro. Hoje em dia não, hoje é diferente. Deito-me sossegadinho, acordo bem... penso mais à frente... tar livre é tudo!... Nós somos escravos daquilo... vivemos em função das drogas... Aquilo substitui tudo... Somos escravos”</i></p>
<p>E07</p>	<p><i>“Sinto! Eu nunca tinha desempenhado o papel de cidadão! Se fosse preciso ajudar uma velhinha numa passadeira, eu podia vê-la caída no chão, que eu ia com aquele objetivo na cabeça... como isso muitas coisas! Eu sei que eu agora respeito leis e dantes eu não respeitava leis. Era a lei do mais forte e por cima de tudo e de todos... as pessoas olharem pra mim e já não olham assim ‘coitado, consome, é toxicodependente’. Eu já não sentir isso. É uma coisa que é</i></p>	<p><i>“... não foi da forma que eu idealizava, não foi da forma que eu pensava. Tive algumas dificuldades, mas acho que no fundo, o final, tá lá”</i></p>	<p><i>“... o meu processo não acabou. O meu processo continua... Porque até as pessoas que não tiveram problemas com drogas, têm coisas pra melhorar e aspetos pra limar... é uma aprendizagem ao longo da vida”</i></p>	<p><i>“Um estilo livre de drogas... É eu acordar de manhã principalmente e não ter nada a pesar a consciência e eu não ter nada definido no sentido de não depender de nada... Não tar com aquela preocupação... tirar prazer de pequenas coisas. Por exemplo, ver televisão, tocar guitarra, tar com outras pessoas, tar com amigos... No fundo não deixa de ser uma experiência nova!... É não depender de nada pro meu dia-a-dia... traçar metas e ter objetivos e longo prazo. Conseguir... ter as minhas coisas. Porque eu não conseguia ter nada! Não conseguia ter uma guitarra, uma aparelhagem... Nunca conseguia ter nada! Era uma coisa que eu era capaz de tar numa</i></p>

	<i> muito diferente. Sinto-me integrado”</i>			<i> fase retido nos consumos e passado um mês voltava outra vez a consumir e vendia tudo”</i>
E08	<i>“Sinto. E sinto que as pessoas me dão valor. Muitas delas não sabem pelo que eu passei. Posso te falar a nível de trabalho, dá-me gozo e dá-me satisfação a mim própria reconhecerem o meu trabalho e o meu esforço sem saberem o que eu passei porque isso podia condicionar”</i>	<i>“Sinto-me realizada”</i>	<i>“Claro que tenho que continuar a fazer”</i>	<i>“É dizer ‘bom dia’. É ter objetivos. É o não me levantar com aquele único e exclusivo pensamento de tirar a ressaca, de ter de consumir, de ter que ter droga. Poder viver, saber que chego ao fim do mês e posso ir às compras. Ter a minha casa, ter as minhas coisas. Ou seja, tou a recomeçar, outra vez, aos trinta e oito anos mas tou a dar valor a pequeninas coisas que eu nunca dei. Ao ‘bom dia’, ao sol, à chuva! Ao passar na rua e até segurar a porta pro senhor que vem e que mora no prédio e anda de muletas. Deixa-la entrar... Antes? Podia até ver o meu vizinho que se eu tivesse com pressa pra entrar em casa pra ir consumir, queria lá saber, ele que abrisse a porta que devia ter a chave. Agora não. Isso é bom, claro! É o que tem de ser, faz parte. É educação. É princípio!”</i>

Anexo VI – Registo de observação

Registo de observação na sequência da E01

Categorias	Análises
Fluidez da dissertação do entrevistado	O entrevistado falava com relativa fluidez, não se notaram hesitações e retrocessos no que era referido. Verifiquei que este demonstrava um grande à-vontade na resposta às perguntas efetuadas, desenvolvendo bastante cada resposta. A dissertação do discurso processa-se de forma unilinear e informal.
Expressões corporais (modo de estar)	Movimentos constantes com as mãos e com a cabeça que reforçam o discurso. Balanço da cadeira.
Expressões linguísticas	Utilização de expressões (Pronto, Oh pah..., Hum...), discurso direto e da 1ª pessoa do singular (eu...eu). Preocupação em fazer-se entender, terminando algumas respostas com a pergunta “não é?”. Define os vários acontecimentos, adjetivando-os. Faz referência à instituição e à namorada como pilares da sua existência
Caracterização do espaço onde decorre a entrevista (ambiência)	A entrevista decorreu na instituição. Ambiente calmo. O local era bastante confortável e agradável. Não se ouviu qualquer tipo de som externo, nada perturbou a fluidez da entrevista.

Registo de observação na sequência da E02

Categorias	Análises
Fluidez da dissertação do entrevistado	O entrevistado falava com relativa fluidez, não se notaram hesitações e retrocessos no que era referido. A dissertação do discurso processa-se de uma forma objetiva, unilinear e informal.
Expressões corporais (modo de estar)	Fraca utilização de gestos. Ao longo do discurso, ia sorrindo.
Expressões linguísticas	Utilização da expressão (Oh pah..., Hum...), discurso direto e da 1ª pessoa do singular (eu...eu) e da 2ª pessoa do singular (tu...tu). Tenta colocar o entrevistador no papel de entrevistado, preocupando-se se este percebeu o desenrolar das respostas, perguntando “entendes?... tás a ver?... não é?”.
Caracterização do espaço onde decorre a entrevista (ambiência)	A entrevista decorreu na instituição. Ambiente calmo. O local era bastante confortável e agradável. Ouviam-se alguns sons externos, de outros utentes a passar no corredor, no entanto, estes não perturbaram a fluidez da entrevista.

Registo de observação na sequência da E03

Categorias	Análises
Fluidez da dissertação do entrevistado	O entrevistado falava com relativa fluidez, repetindo frases e assuntos considerados importantes. Verifiquei que este demonstrava um grande à-vontade na resposta às perguntas efetuadas. A dissertação do discurso processa-se de uma forma objetiva, repetitiva e informal.
Expressões corporais (modo de estar)	Fraca utilização de gestos. Ao longo do discurso, ia sorrindo e franzindo o sobrolho sempre que ele próprio questionava as minhas questões.
Expressões linguísticas	Utilização da expressão (“Oh pah...”), discurso direto e da 1ª pessoa do singular (eu...eu) e da 2ª pessoa do singular (tu...tu). Tenta colocar o entrevistador no papel de entrevistado, preocupando-se se este percebeu o desenrolar das respostas, perguntando “entendes?... tás a ver?...”
Caracterização do espaço onde decorre a entrevista (ambiência)	A entrevista decorreu na instituição. Ambiente calmo. O local era bastante confortável e agradável. Ouviam-se alguns sons externos, de outros utentes a passar no corredor, no entanto, estes não perturbaram a fluidez da entrevista.

Registo de observação na sequência da E04

Categorias	Análises
Fluidez da dissertação do entrevistado	O entrevistado falava com relativa fluidez, notaram-se algumas hesitações no início. No entanto, verificou-se, ao longo da entrevista, à-vontade suficiente e crescente na resposta às perguntas efetuadas. A dissertação do discurso processa-se de uma forma objetiva e informal.
Expressões corporais (modo de estar)	Movimentos constantes com as mãos e com a cabeça que reforçam o discurso. Muito expressivo.
Expressões linguísticas	Fracá utilização de expressões (Oh, Ah...). Utilização da expressão “Prontos”. Discurso direto e da 1ª pessoa do singular (eu...eu).
Caracterização do espaço onde decorre a entrevista (ambiência)	A entrevista decorreu na instituição. Ambiente calmo. O local era bastante confortável e agradável.

Registo de observação na sequência da E05

Categorias	Análises
Fluidez da dissertação do entrevistado	O entrevistado falava com relativa fluidez, não se notaram hesitações e retrocessos no que era referido. Verifiquei que este demonstrava um grande à-vontade na resposta às perguntas efetuadas. A dissertação do discurso processa-se de uma forma objetiva e informal. Repetição das informações consideradas importantes.
Expressões corporais (modo de estar)	Movimentos constantes com as mãos e com a cabeça que reforçam o discurso. Muito expressivo.
Expressões linguísticas	Fracá utilização de expressões (Oh, Ah...), discurso direto e da 1ª pessoa do singular (eu...eu). O entrevistado faz referência a alguns casos particulares e situações específicas.
Caracterização do espaço onde decorre a entrevista (ambiência)	A entrevista decorreu na instituição. Ambiente calmo. O local era bastante confortável e agradável. Ouviam-se alguns sons externos, no entanto, estes não perturbaram a fluidez da entrevista.

Registro de observação na sequência da E06

Categorias	Análises
Fluidez da dissertação do entrevistado	O entrevistado falava com pouca fluidez, notaram-se algumas reticências, principalmente no início. No entanto, a dissertação do discurso processa-se de uma forma informal.
Expressões corporais (modo de estar)	Ausência de utilização de gestos. Ao longo do discurso o entrevistado não tirou a expressão séria que o caracteriza.
Expressões linguísticas	Ausência da utilização de expressões “Oh... Ah...”, discurso direto e da 1ª pessoa do singular (eu...eu).
Caracterização do espaço onde decorre a entrevista (ambiência)	A entrevista decorreu na instituição. Ambiente calmo. O local era bastante confortável e agradável. Não se ouviu qualquer tipo de som externo, nada perturbou a fluidez da entrevista.

Registo de observação na sequência da E07

Categorias	Análises
Fluidez da dissertação do entrevistado	O entrevistado falava com relativa fluidez, não se notaram hesitações e retrocessos no que era referido. Verifiquei que este demonstrava um grande à-vontade na resposta às perguntas efetuadas. A dissertação do discurso processa-se de uma forma objetiva e informal.
Expressões corporais (modo de estar)	Breves movimentos com as mãos e com a cabeça que reforçam o discurso.
Expressões linguísticas	Fraca utilização de expressões (Oh, Ah...). Utilização de "Hum...". Discurso direto e da 1ª pessoa do singular (eu...eu).
Caracterização do espaço onde decorre a entrevista (ambiência)	A entrevista decorreu na instituição. Ambiente calmo. O local era bastante confortável e agradável. Ouviam-se alguns sons externos, no entanto, estes não perturbaram a fluidez da entrevista.

Registo de observação na sequência da E08

Categorias	Análises
Fluidez da dissertação do entrevistado	A entrevistada falava com relativa fluidez, não se notaram hesitações e retrocessos no que era referido. Verifiquei que esta demonstrava um grande à-vontade na resposta às perguntas efetuadas. A dissertação do discurso processa-se de uma forma objetiva, unilinear e informal.
Expressões corporais (modo de estar)	Movimentos constantes com as mãos e com a cabeça que reforçam o discurso. Ao longo do discurso, a entrevistada ia sorrindo e franzindo o sobrolho.
Expressões linguísticas	Fracú utilização de expressões (Oh, Ah...), discurso direto e da 1ª pessoa do singular (eu...eu). A entrevistada faz referência a alguns casos particulares e situações específicas. Uma enorme emoção ao relatar os episódios de vida.
Caracterização do espaço onde decorre a entrevista (ambiência)	A entrevista decorreu na instituição. Ambiente calmo. O local era bastante confortável e agradável. Ouviam-se alguns sons externos, no entanto, estes não perturbaram a fluidez da entrevista.