

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

A intervenção do Serviço Social no âmbito dos Problemas Ligados ao Álcool

Dissertação de Mestrado em Serviço Social

Rui Miguel Guerreiro dos Santos Parreira

Orientadora: Professora Doutora Daniela Monteiro da Silva



Vila Real, 2019

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

A intervenção do Serviço Social no âmbito dos Problemas Ligados ao Álcool

Dissertação de Mestrado em Serviço Social

Rui Miguel Guerreiro dos Santos Parreira

Orientadora: Professora Doutora Daniela Monteiro da Silva

Composição do Júri:

Professora Doutora Ana Paula Monteiro

Professora Doutora Paula Sousa

Professora Doutora Daniela Monteiro da Silva

Vila Real, 2019

A elaboração da presente dissertação foi desenvolvida com vista à obtenção do grau de Mestre em Serviço Social, sendo as ideias da inteira responsabilidade do autor, excetuando as contribuições não originais que se encontram devidamente referenciadas.

“Não é a consciência e a educação dos homens que determina o seu ser, ao contrário, é o seu ser social que determina a sua consciência” (Marx, 2008, p. 47).

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar aos meus pais António e Manuela pela oportunidade da realização deste Mestrado.

À minha orientadora Professora Doutora Daniela Joana Magalhães Monteiro da Silva pela dedicação, interesse, disponibilidade, paciência e competência.

A toda a equipa da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem com especial agradecimento às Dras. Sílvia Machado e Sophie de Almeida e ao terapeuta Américo.

Aos utentes da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem e em especial aos entrevistados que através das suas partilhas e experiência de vida em muito contribuíram para a realização desta dissertação.

Aos Professores Doutores José Luís D`Almeida e Paula Sousa da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro pela direção do curso e aos Professores Doutores Pedro Silva, Octávio Sacramento, Lúzia Oca, Hermínia Gonçalves, Vera Mendonça e Telmo Caria pelos conhecimentos transmitidos, assim como aos Professores Doutores Ricardo Vieira e Cristóvão Margarido do Instituto Politécnico de Leiria.

À minha colega e amiga Manuela Santos que desde a licenciatura me acompanhou neste percurso.

Ao meu grande amigo e ex-colega Dr. Luís Reis pela transmissão de conhecimentos e formações ministradas na área de Addiction Counselling.

À Dra. Marta Pratas da Unidade de Alcoologia de Lisboa pelas “dicas” e indicação de alguma literatura.

Às minhas amigas Telma Sousa, Lúcia Filipe, Inês Nogueira, Carina Janeiro e Cristélia Santos.

Quero também deixar umas palavras de força, fé e esperança para todas as pessoas com comportamentos aditivos e dependências que se encontram quer a consumir, em tratamento ou em recuperação.

Resumo

A investigação denominada “A intervenção do Serviço Social no âmbito dos Problemas Ligados ao Álcool” assenta num trabalho de investigação realizado na Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, onde através do recurso abordagem qualitativa e a técnicas de investigação social, nomeadamente, entrevistas e questionários (como instrumento complementar) se pretendeu perceber quais os entendimentos de dez pessoas dependentes de álcool a realizar tratamento, assim como da Assistente Social desta instituição sobre esta problemática.

Na abordagem deste tema conferiu-se uma especial importância às percepções dos utentes, assim como da Assistente Social da instituição para responder aos seguintes objetivos da investigação: i) Perceber as causas do consumo, fatores que conduzem à recaída e diferenças entre o consumo de álcool e de substâncias ilícitas; ii) Compreender quais os papéis desempenhados pelas famílias das pessoas dependentes de álcool; iii) Perceber qual o entendimento dos utentes e da Assistente Social sobre as regras da instituição; iv) Compreender quais os papéis e as funções desempenhadas pela Assistente Social da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem e qual a percepção dos utentes perante a sua intervenção; v) Perceber a percepção dos utentes no que respeita à reinserção social e quais os contributos do Assistente Social para a melhoria das políticas sociais relacionadas com os Problemas Ligados ao Álcool.

Entre as principais conclusões retiradas da investigação, destacamos a dimensão multifatorial da doença, que se traduz, igualmente, num processo de tratamento, recuperação e reinserção complexo, dada a necessidade de serem tratados aspetos de ordem física, psíquica e social. Verificamos que os papéis desempenhados pelas famílias oscilam entre impulsionadoras do consumo (numa primeira fase), passando na maioria dos casos a co-dependentes e vítimas, contudo, com a realização do tratamento por parte da pessoa dependente, passam a ser apoiantes na sua recuperação.

Compreendemos das conclusões retiradas que a intervenção do Serviço Social nesta área manifesta fundamental importância no que respeita à articulação com outras instituições, no apoio às famílias, no cumprimento das regras institucionais por parte dos utentes, no seu acompanhamento, na sua capacitação, e no papel e funções que desempenha na instituição e na reinserção social dos mesmos.

Palavras-chave: Serviço Social; Álcool; Reinserção; Comunidades Terapêuticas; Saúde.

.

Abstract

The research called “Social Work intervention, in the extent of Alcohol problems context”, is based on a research work carried out in the Therapeutic community of Cáritas Diocesana of Vila Real - Man Project, where through the use of a qualitative approach and social research techniques, particularly, interviews and questionnaires (as a complementary tool) was intended to perceive, the understandings of ten alcohol dependent people, performing treatment, as well the institution social worker view, regarding this issue.

In the approach of this theme, a special importance was given to the users perceptions, as well to the institution social worker, to respond to the following research objectives: i) Understand the consumption causes, factors that lead to relapse and differences between the alcohol consumption and illicit substances; ii) Understand which roles are played by the families of the alcohol dependent people; iii) Realise the users and social worker understandings about the institution rules; iv) Understand the roles and functions performed by the Cáritas Diocesana social worker of Vila Real - Man Project and what is the users perception regarding the social worker intervention; v) Understand the users perception regarding the social reintegration and what are the social worker contributions to improve the social policies, related to alcohol problems.

Among the main draw conclusions from the research, we highlight the multifactorial dimension of the disease, which also translates a complex treatment, recovery and reintegration process, given the need, to deal with physical, psychological and social aspects. We verified that the roles played by the families oscillate between consumers boosters (in a first phase), passing in most cases to co- dependents and victims, but with the dependent person treatment performance, they start to support their recovery.

From the drawn conclusions, we understand that the social work intervention in this area, expresses fundamental importance, in relation with other institutions articulation, in the families support, in the institutional rules compliance by users, in their accompaniment, in their qualification, and in the role and functions performed at the institution and in the users social reintegration.

Keywords: Social Work; Alcohol; Reinsertion; Therapeutic Communities; Health.

Índice Geral

Agradecimentos.....	ix
Resumo.....	xi
Abstract	xiii
Índice de figuras	xvii
Índice de tabelas	xvii
Índice de siglas e abreviaturas.....	xix
Introdução.....	1
Capítulo I: Os Problemas Ligados ao Álcool.....	5
1. 1 - Do álcool à dependência.....	5
1. 2 - O consumo de álcool na sociedade portuguesa	12
1. 3 - Quadros sociais que levam à dependência de álcool.....	24
1. 4 - O papel das famílias nos Problemas Ligados ao Álcool	27
1. 5 - Fatores que conduzem à recaída.....	30
1. 6 - As comunidades terapêuticas	35
1. 7 - As Instituições Totais	39
Capítulo II: A intervenção do Serviço Social no âmbito dos Problemas Ligados ao Álcool ..	43
2. 1 - O Serviço Social nos Problemas Ligados ao Álcool.....	43
2. 2 - Os campos paradigmáticos do Serviço Social.....	49
2. 3 - Modelos de intervenção em Serviço Social	54
Capítulo III: Desenho e metodologia da investigação empírica.....	57
3. 1 - Paradigma de referência	58
3. 2 - Opção metodológica: estudo de caso	59
3. 3 - Recolha de dados e instrumentos utilizados.....	60
3. 4 - Tratamento e análise dos dados.....	66
3. 5 - Contexto empírico da investigação	68
3. 6 - O programa terapêutico Projeto Homem.....	74
Capítulo IV - Análise e discussão dos resultados.....	79
Considerações finais.....	125

Referências Bibliográficas	133
Anexos.....	I
Anexo A - Guião da entrevista: Assistente Social	III
Anexo B - Guião da entrevista: Utentes	VII
Anexo C - Guião do questionário: Utentes	XI
Anexo D - Consentimento informado	XV
Anexo E - Os doze passos de AA	XIX

Índice de figuras

Figura 1 - Definição de dose padrão de bebidas alcoólicas	16
Figura 2 - Campos paradigmáticos do Serviço Social	51

Índice de tabelas

Tabela 1 - Fases e sinais de alerta de recaída	32
Tabela 2 - Agrupamento das variáveis	67
Tabela 3 - Principais regras da instituição.....	77
Tabela 4 - Caraterização dos utentes	79

Índice de siglas e abreviaturas

AA - Alcoólicos Anônimos

APA - American Psychiatric Association

APSS - Associação dos Profissionais de Serviço Social

ARS - Administração Regional de Saúde

CAD - Comportamentos Aditivos e Dependências

CET - Curso de Especialização Tecnológica

CLAS - Conselho Local de Ação Social

CRI - Centro de Respostas Integradas

CT - Comunidade Terapêutica

DGS - Direção Geral da Saúde

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

IABA - Imposto sobre o Álcool e as Bebidas Alcoólicas

IASSW - International Association of Schools of Social Work

IDT - Instituto da Droga e da Toxicodependência

IEFP - Instituto do Emprego e Formação Profissional

IFSW - International Federation of Social Workers

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

IPSS - Instituição Particular de Segurança Social

ISS - Instituto da Segurança Social

IVV - Instituto da Vinha e do Vinho

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG's - Organizações Não Governamentais

PNB - Produto Nacional Bruto

PNRCAD - Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências

PPR - Plano de Prevenção de Recaída

RSI - Rendimento Social de Inserção

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

WHO - World Health Organization

Introdução

A investigação denominada “A intervenção do Serviço Social no âmbito dos Problemas Ligados ao Álcool” assenta num trabalho de investigação realizado na Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem.

A dependência de álcool é uma doença primária, crónica, progressiva e fatal, que se revela causadora de diversas doenças e problemáticas sociais (IDT, 2011b) e ao longo dos últimos anos, os Problemas Ligados ao Álcool na sociedade portuguesa têm-se traduzindo num problema de enorme dimensão para a Saúde Pública, verificando-se elevadas taxas de mortalidade, de internamentos hospitalares ou em unidades de tratamento específicas para tratamento de dependências, assim como um vasto leque de problemáticas sociais associadas ao consumo, nomeadamente, a violência doméstica, a negligência parental e os crimes contra a sociedade (Ribeiro & Guerreiro, 2017) que conferem elevadas despesas ao Estado, sendo estas superiores ao que o Estado aufere através dos impostos sobre a comercialização de bebidas alcoólicas (Marinho, 2008; Monteiro, 2016).

Dado que a sociedade portuguesa é bastante tolerante ao consumo de álcool (Pereira, 2003), esta temática não é muito abordada no nosso país, assim, torna-se pertinente esta dissertação, dado que se encontra associada à necessidade de investimento ou aprofundamento do conhecimento científico nesta área, porque a maioria das políticas sociais se têm revelado insuficientes e ineficazes para combater esta problemática, sendo necessária uma mudança de mentalidades, atitudes e comportamentos por parte da sociedade (Almeida, 2014; Pereira, 2003; Ribeiro & Guerreiro, 2017), de forma a promover a reinserção social das pessoas com comportamentos aditivos e dependências e a prevenir a ocorrência de novos casos de dependência.

No que concerne aos internamentos em comunidades terapêuticas, segundo os últimos dados, em 2016 encontravam-se em tratamento 1343 pessoas, sendo este número superior aos dos anos anteriores (Ribeiro & Guerreiro, 2017). Ao longo desta dissertação poderemos constatar que as comunidades terapêuticas se revelam respostas adequadas para a realização de tratamentos de dependências, apesar de na sociedade, em alguns casos, estas instituições ainda tenderem a serem vistas como seitas ou como algo marginal e nocivo (Angel, Richard & Valleur, 2002), pelo que também se pretende a desconstrução deste mito que leva um grande número de pessoas dependentes de álcool ou de substâncias ilícitas a não solicitar ajuda para a resolução dos seus problemas.

Relativamente ao Serviço Social, esta profissão, ao longo da sua história tem passado por diversas transformações, de forma a enfrentar os problemas sociais, contudo, em Portugal, têm-se verificado que as suas práticas profissionais se encontram por vezes desatualizadas apesar de na Academia terem acompanhado o progresso (Amaro, 2018).

Em Portugal, para além das dificuldades inerentes ao trabalho do Assistente Social, também o Estado não se revela muito empenhado na resolução de problemas sociais (Dominelli, 2004; Pimentel & Albuquerque, 2010) ao que acrescem as dificuldades de afirmação do Serviço Social nas ciências sociais e no universo das profissões instituídas (Caria, 2017).

Assim, compete aos Assistentes Sociais uma atualização das suas competências e habilitações para que o Serviço Social português se pautar por valores como os inerentes ao paradigma alternativo do Serviço Social (Amaro, 2008), devendo os profissionais que desempenham funções no campo dos comportamentos aditivos e dependências assumir um compromisso no que concerne a um trabalho de prevenção e sensibilização da sociedade em geral, de forma a erradicar o preconceito perante os comportamentos aditivos e dependências, assim como propor o estabelecimento de melhorias para o combate a esta problemática (Almeida, 2014; Barbosa, 2011).

A escolha da temática relacionada com os Problemas Ligados ao Álcool para a realização da dissertação prende-se com o facto da primeira experiência do investigador em Serviço Social ter ocorrido na área dos comportamentos aditivos e dependências durante a realização do estágio do curso CET (Curso de Especialização Tecnológica em Serviço Social e Desenvolvimento Comunitário), dado que foi realizado numa Comunidade Terapêutica no Distrito de Santarém, tendo o investigador posteriormente realizado funções de técnico de Serviço Social e de monitor nessa instituição durante cerca de três anos, período em que também foi realizada parte da licenciatura em Serviço Social no regime pós-laboral no Instituto Politécnico de Leiria.

Para a realização da dissertação, numa primeira instância, foi elaborado o projeto para que a investigação decorresse na Unidade de Alcoologia de Lisboa, dada a proximidade com a área de residência do investigador, contudo, após o envio do projeto para esta instituição, bem como da realização de uma reunião com a Diretora da mesma, para se verificar a exequibilidade da investigação, foi possível constatar que a aprovação do projeto teria de passar pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo,

processo que demoraria cerca um ano até se verificar a aprovação, ou não do projeto de investigação.

Após a ocorrência desta situação, equacionou-se a questão da melhor forma e dado que a Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem se localiza nas imediações da outra residência do investigador, foi enviado um email com a proposta da investigação para esta instituição, sendo posteriormente realizada uma reunião informal com a Diretora Técnica e com a Assistente Social.

Esta reunião decorreu num ambiente descontraído, tendo o investigador explicado tanto à Diretora Técnica como à Assistente Social as ideias chave da investigação, assim como as exigências éticas garantidas, tendo estas manifestado agrado com o tema e aprovado o projeto.

Desta forma, ficou estipulado que a investigação incidiria sobre a Assistente Social desta instituição e sobre um grupo de dez utentes dependentes de álcool na realizar tratamento na Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, nomeadamente cinco homens e cinco mulheres, privilegiando-se os seguintes critérios: a heterogeneidade ao nível do género, a disponibilidade dos mesmos para a participação na investigação e uma maior capacidade de comunicação, sendo estas pessoas selecionadas pela Assistente Social.

Devido à complexidade desta temática, através do recurso à abordagem qualitativa e a técnicas de investigação social, nomeadamente, entrevistas e questionários (como instrumento complementar) pretendeu-se perceber quais os entendimentos destas pessoas sobre a problemática em questão.

Na abordagem deste tema conferiu-se uma especial importância às percepções dos utentes, assim como da Assistente Social da instituição para a elaboração dos seguintes objetivos da investigação: i) Perceber as causas do consumo, fatores que conduzem à recaída e diferenças entre o consumo de álcool e de substâncias ilícitas; ii) Compreender quais os papéis desempenhados pelas famílias das pessoas dependentes de álcool; iii) Perceber qual o entendimento dos utentes e da Assistente Social sobre as regras da instituição; iv) Compreender quais os papéis e as funções desempenhadas pela Assistente Social da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem e qual a percepção dos utentes perante a sua intervenção; v) Perceber a percepção dos utentes no que respeita à reinserção social e quais os contributos do Assistente Social para a melhoria das políticas sociais relacionadas com os Problemas Ligados ao Álcool.

Esta dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos. No capítulo I apresenta-se o enquadramento teórico, sendo para o efeito realizada uma revisão da literatura relacionada com os Problemas Ligados ao Álcool, onde se destaca a sua evolução histórica do consumo de álcool desde os primórdios da humanidade até ao atual conceito de dependência de álcool, assim como as problemáticas associadas ao consumo de álcool na sociedade portuguesa.

O capítulo I versa também sobre os quadros sociais que levam à dependência de álcool, sobre o papel das famílias nos Problemas Ligados ao Álcool, bem como os fatores que conduzem à recaída, sendo também apresentadas diversas estratégias de prevenção da mesma, seguindo-se uma breve resenha histórica sobre as comunidades terapêuticas, sendo por fim caracterizadas as Instituições Totais que contrastam com as atuais concepções das comunidades terapêuticas, pretendendo-se através deste contraste desmistificar o errado entendimento que a sociedade portuguesa possui sobre as comunidades terapêuticas.

No capítulo II são abordados diversos aspetos importantes para intervenção do Serviço Social nos Problemas Ligados ao Álcool, assim como os campos paradigmáticos e os Modelos de intervenção em Serviço Social.

No capítulo III será descrito o processo metodológico, desde o momento dos preparativos para a investigação, passando pelas definições dos métodos e técnicas de investigação social utilizadas para este estudo, sendo também apresentada uma descrição da instituição, bem como do programa terapêutico usado para a recuperação de pessoas com comportamentos aditivos e dependências, nomeadamente o programa Projeto Homem.

No capítulo IV serão apresentadas a análise e a discussão dos dados obtidos no terreno, tendo-se para o efeito associado os dados recolhidos no terreno à fundamentação teórica, para formar textos lógicos e sequenciais de modo a responder aos objetivos da investigação.

Nas conclusões encontram-se descritas as principais ideias da investigação, bem como serão apresentadas algumas sugestões que objetivam melhorias no âmbito do Serviço Social perante os Problemas Ligados ao Álcool, dando-se um especial destaque à reinserção social, dado que este processo contém diversas lacunas que de certa forma acabam por agudizar a recuperação de diversas pessoas que terminam o tratamento em comunidade terapêutica, verificando-se, no entanto, casos de sucesso.

Capítulo I: Os Problemas Ligados ao Álcool

Este capítulo, enquadrador do tema, pretende revisitar a evolução histórica do consumo de álcool desde os primórdios da humanidade, passando por diversas épocas e sociedades, até à atualidade da sociedade portuguesa onde se verificam nefastas consequências causadas pelo consumo desta substância lícita. Serão também apresentados uma revisão da literatura sobre os quadros sociais geradores da dependência de álcool, assim como, sobre o papel das famílias nos Problemas Ligados ao Álcool. Serão igualmente apresentados os diversos fatores que conduzem à recaída, assim como estratégias de prevenção. Posteriormente, apresenta-se uma breve resenha histórica sobre as comunidades terapêuticas, sendo no final realizada uma breve caracterização sobre as Instituições Totais.

1. 1 - Do álcool à dependência

Ao longo dos últimos anos a alcoologia, ou seja, a disciplina científica que se dedica a tudo aquilo que diz respeito à produção, à distribuição, ao consumo normal ou patológico de bebidas alcoólicas, assim como às suas causas e consequências, quer ao nível individual quer coletivo tem desempenhado um papel importante na produção de conhecimento para as ciências humanas, médicas, sociais, jurídicas e económicas (Mello, Barrias & Breda, 2001).

Constata-se que o consumo de álcool¹ remonta aos primórdios da humanidade, dado que os primatas fermentavam frutas com o intuito de sentirem o efeito de leves intoxicações (Gigliottia & Bessa, 2004). Na história da humanidade, encontram-se inculcados diversos significados sociais, culturais e ritualísticos associados ao consumo de bebidas alcoólicas que se baseiam em regras acordadas pelos grupos sociais, tornando o consumo de bebidas alcoólicas numa prática simbólica aceite pelas sociedades, à exceção do mundo islâmico que restringe ou proíbe o seu consumo (Sales, 2010).

Tal como defendem Martins & Júnior (2012) as bebidas alcoólicas são substâncias psicoativas, que apesar de permitirem um consumo moderado, dependendo da dose, da frequência e das circunstâncias, modificam o funcionamento do cérebro, no entanto a sua inadequada utilização torna-se geradora de problemas orgânicos, psicológicos e sociais.

Na maioria das sociedades influenciadas pelo cristianismo, o consumo de bebidas alcoólicas tem ocupado um lugar de destaque, acabando por adquirir um caráter

¹ O álcool ou etanol é o principal componente das bebidas alcoólicas, que o contém em diferentes concentrações, sendo a sua fórmula química $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$ (Cabral, 2004; Morel, Fontaine & Hervé, 1998). Consiste num líquido incolor, volátil, de sabor queimoso, de cheiro característico e densidade $0,8\text{ g/cm}^3$, possuindo características psicótropas que são produzidas pela fermentação do açúcar existente em produtos de origem vegetal, nomeadamente em frutos, caules ou raízes, podendo também ser produzido através da destilação (SICAD, 2018).

predominantemente religioso devido ao papel cultural que o vinho possui nestas sociedades, que sempre o enaltecera e dignificara, como é verificável através das expressões "Sangue de Cristo", "dádiva de deuses" e "essência da própria vida" (IVV, 2018). Neste sentido, no Antigo Testamento já se alertava para um consumo moderado como no caso de Noé que se manteve abstinente enquanto guiou a arca, tendo posteriormente ao dilúvio, plantado uma vinha e bebido vinho para se embriagar (Pinto, 2008).

Efetuada uma análise diacrónica, salienta-se que no mundo greco-latino clássico eram realizados rituais que incluíam o consumo de vinho de forma a induzir transe e desinibir os participantes, e nestes rituais, as festas e o vinho possuíam tal importância para os gregos e para os romanos, que se consolidou a ideia dos deuses Dionísio e Baco, contudo, apesar do seu aspeto simbólico, o abuso e a embriaguez eram censurados por estes povos (Cabral, 2004).

Segundo Fishman (1998), apesar do povo árabe ter sido pioneiro na destilação de álcool, a sua industrialização ocorreu somente no século XII, nos países cristãos do mediterrâneo. Por sua vez Borges & Filho (2004) salientam que também o povo egípcio mereceu especial relevo na evolução histórica do álcool devido a ter documentado em papiros as diversas etapas sobre o fabrico, a produção e a comercialização de vinho e de cerveja, mencionando também que as bebidas fermentadas eliminavam os parasitas e deveriam ser utilizadas como medicamentos.

Durante a Idade Média a comercialização e o consumo de bebidas como a cerveja e o vinho aumentaram, levando a igreja a considerar a embriaguez como um pecado (Pinto, 2008). Nesta época, na Europa o consumo de álcool também se encontrava associado à supremacia dos povos, dado que para os povos da região Sul, o consumo de vinho ditava um modelo de vida civilizado, ao contrário da região Norte, onde o consumo da cerveja era considerado pelos povos da região Sul da Europa como um ato dos pobres, dos bárbaros e dos pagãos (Braudel, 1970).

A partir da descoberta da destilação, o consumo de álcool foi-se expandindo e universalizando devido ao desenvolvimento desta tecnologia e a partir do século XIV, as bebidas destiladas passaram a desempenhar um papel fundamental no desenvolvimento da supremacia europeia, tornando-se num dos mais rentáveis negócios ao nível dos mercados mundiais, o que se deveu a bebidas como a aguardente, o rum e a genebra não serem afetados pelo clima, nem pelo transporte e concentrarem um elevado potencial psicoativo que substituiu as produções locais de vinho e de cerveja (Borges & Filho, 2004).

Segundo Fishman (1998) com as transformações sociais e económicas, a produção e o consumo de bebidas alcoólicas foram aumentando, conduzindo as sociedades ao desenvolvimento de uma relação de maior proximidade com as bebidas alcoólicas, no entanto esta relação foi-se perdendo no século XVIII com o surgimento do tabaco e no século XIX com o consumo de outras drogas.

Durante o renascimento surgiram novas formas de restrição do consumo de álcool, nomeadamente a fiscalização nos cabarés e nas tabernas, sendo estipulados horários de funcionamento para estes estabelecimentos, dado que nestes locais era permitido que as pessoas se manifestassem livremente, pois as tabernas para além de lugares de consumo de bebidas alcoólicas eram e são atualmente também locais de estabelecimento de relações e atividades públicas ou políticas (SICAD, 2018a). De acordo com Marques (2001), no final do século XVIII, as Revoluções Francesa e Industrial originaram transformações demográficas e sociais na Europa, passando neste período, o abuso de bebidas alcoólicas a ser visto por alguns estudiosos como uma doença ou uma desordem.

No século XIX a industrialização e o desenvolvimento das tecnologias permitiu a estabilidade dos destilados, levando consequentemente a uma maior expansão deste negócio, uma vez que “(...) ao longo dos tempos, o álcool adquiriu uma dupla importância e um duplo significado: por um lado, enquanto substância de carácter quase mágico, com um papel de celebração, de ritualização, de aproximação, prazer e libação; por outro lado, enquanto fonte de receita e produto comercial de elevado valor, fator de desenvolvimento económico para alguns países” (IDT, 2011b, p. 5).

No entanto, o consumo de bebidas alcoólicas e os problemas associados, nomeadamente, doenças do fígado, do sistema nervoso, do miocárdio, entre outras aumentaram, até que durante o século XIX, mais concretamente em 1851, o médico sueco Magnus Huss, mencionou que o alcoolismo era uma forma de doença correspondente a uma intoxicação crónica, cujos quadros patológicos se desenvolviam em indivíduos possuidores de hábitos prolongados e excessivos de consumo de bebidas (Mello, Barrias & Breda, 2001).

Na segunda década do século XX, nos Estados Unidos, surgiram tentativas de redução do consumo de álcool, culminando com a proibição, também designada por Lei Seca, que em contrapartida apenas favoreceu o contrabando e o fabrico clandestino de bebidas, levando a provar que as medidas penais não resolvem esta problemática (Borges & Filho, 2004).

Em 1935, em Akron, nos Estados Unidos, surgiram os Alcoólicos Anónimos, tendo este grupo com sua experiência, metodologia e sucesso, encorajado vários alcoólicos a

solicitar ajuda, encontrando-se na sua génese um homem de negócios (Bill W.) e um médico (Dr. Bob) que pela primeira vez após vários anos de consumo atingiram a sobriedade, e a partir desse momento conseguiram perceber que à medida que ajudavam outras pessoas a alcançar a sobriedade, o seu desejo de beber também diminuía, tendo sido posteriormente publicado o livro *Alcoólicos Anónimos* e inaugurado um escritório em Nova Iorque, para dar resposta a quem solicitasse ajuda para o seu problema (*Alcoólicos Anónimos*, 2001).

Durante a década de 40, os estudos realizados sobre a problemática do alcoolismo, estimavam que nos Estados Unidos existissem 1370000 trabalhadores afetados pelo consumo de álcool, estabelecendo também uma relação entre o consumo de álcool e os acidentes de trabalho (Gameiro, 1988). Em 1952, com a primeira edição do DSM - I (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), o alcoolismo foi definido como uma doença (Machado & Júnior, 2011).

Nos países mais desenvolvidos, durante os anos 60, dada a frequência de acidentes de trabalho e de casos de alcoolismo em funcionários de empresas², o que provocava sérias consequências, nomeadamente, ao nível da baixa produtividade, das elevadas taxas de absentismo, da escassez de mão-de-obra qualificada, etc., tiveram início diversas campanhas de prevenção, consistindo estas, em primeiro lugar no preenchimento de questionários por parte dos trabalhadores, para determinar quem teria problemas de alcoolismo, sendo que às pessoas que apresentassem um diagnóstico positivo, as empresas aconselhavam ou obrigavam legalmente essas pessoas a procurar ajuda especializada (Gameiro, 1988).

Decorrente da 8ª Conferência Mundial de Saúde, a OMS, em 1967 passou a definir o alcoolismo como uma doença com sinais e sintomas bem definidos, considerando que esta problemática consiste numa condição patológica que provoca nos indivíduos uma incapacidade que os impede de optar ou não pelo consumo, o que significa que o alcoolismo se caracteriza pela perda de controlo sobre o consumo de bebidas alcoólicas, sendo que a partir desta contribuição o alcoolismo deixou de ser visto como um vício, passando a ser definido como uma adição³ (Mello, Barrias & Breda, 2001).

Em 1976, após a realização de um rigoroso estudo no hospital Moudsley em Londres, a problemática do alcoolismo passou a ser vista como uma desordem que se desenvolvia ao longo da vida, relacionando-se com aspetos de ordem biológica e cultural, dado que, para um

² Atualmente o SICAD tem várias orientações para a intervenção em meio laboral que passam pela prevenção (SICAD, 2016).

³ “Uma adição consiste no uso habitual de substâncias alteradoras do humor (álcool, drogas) ou de comportamento (jogo, abuso de comida, etc.) que é caracterizado pela tolerância à substância ou comportamento (um crescente recurso à substância/comportamento torna-se necessário para obter o mesmo efeito) e pela perda de controlo (o uso continuado apesar das suas consequências)” (Nakken, 1996, p. 4).

indivíduo se tornar dependente de álcool, necessitava de passar por diversas fases, sendo que no início, os indivíduos bebiam moderadamente e em horários flexíveis, mas com o passar do tempo o consumo ia-se agudizando, até se realizar todos os dias e em quantidades cada vez maiores, surgindo assim a designação de Síndrome de Dependência Alcoólica (Griffith & Gross, 1976).

Segundo Maciel & Kerr-Corrêa (2004) com o desenvolvimento da ciência e de estudos relacionados com a problemática em questão constatou-se que ao contrário das outras drogas, o álcool atua sobre a maioria dos órgãos vitais simultaneamente, sendo que depois de ingerido chega ao cérebro através da corrente sanguínea, onde estimula os neurónios, de forma a que estes libertem uma quantidade extra de serotonina⁴. Numa primeira instância, após o consumo de bebidas alcoólicas, os indivíduos tornam-se mais desinibidos ou eufóricos, mas com a continuidade do consumo serão afetados os neurotransmissores glutamato e GABA (ácido gama-aminobutírico), levando os indivíduos a perderem a coordenação e o auto-controlo (Maciel & Kerr-Corrêa, 2004).

Ainda de acordo com Maciel & Kerr-Corrêa (2004), verifica-se que para além dos efeitos causados no cérebro, o álcool provoca irritações na mucosa do estômago, causando dificuldades na digestão, assim como aumenta a produção de ácido gástrico que por sua vez vai originar uma sensação de enjoo. Ao nível dos rins, o consumo de álcool provoca uma maior necessidade de urinar, não só pela quantidade ingerida, bem como, pelo facto de o álcool agir sobre a hipófise, no cérebro, o que leva a uma maior absorção de água pelos rins, que consequentemente conduzem a uma maior eliminação da urina, sendo que o excesso de urina afetará o coração, porque através da urina são eliminados o magnésio e o potássio que ajudam a manter o batimento cardíaco, podendo assim, o ritmo cardíaco apresentar alterações durante o estado de embriaguez (Maciel & Kerr-Corrêa, 2004).

Segundo Mello, Barrias & Breda (2001), em 1982, no âmbito da 35.^a Assembleia Mundial de Saúde, em Genebra, a OMS referiu que as consequências dos Problemas Ligados ao Álcool não atingem somente o consumidor, mas também a sua família e a sociedade em geral, revelando-se este conceito atualmente o mais amplo, dado que o vulgar conceito de alcoolismo acaba por se limitar aos efeitos do consumo excessivo e prolongado de bebidas

⁴ Neurotransmissor que estabelece a comunicação entre as células nervosas, sendo o principal regulador do sono, do humor, do apetite, do ritmo cardíaco, da temperatura corporal, da sensibilidade e das funções intelectuais, desta forma, a serotonina quando se encontra em baixas concentrações, pode causar mau humor, ansiedade, insónias e depressão (Frazão, 2018).

alcoólicas que podem culminar num estado de dependência. Assim, o conceito Problemas Ligados ao Álcool deixa de se focar unicamente nos aspetos médico-sociais da doença, alargando-se a tudo o que diz respeito à produção, à distribuição, ao consumo, à publicidade, à legislação sobre o álcool e bebidas alcoólicas, dedicando-se também a estratégias de intervenção, que exigem a multidisciplinaridade (Mello, Barrias & Breda, 2001).

De acordo com o IDT (2011b) a dependência de álcool é uma doença primária, crónica, progressiva e fatal, que se revela causadora de diversas doenças e problemáticas sociais, desta forma, não fará muito sentido apenas focarmo-nos na palavra “alcoholismo”, não só pelo estigma e preconceito que acarreta, mas pelo facto de a dependência de álcool ser uma doença crónica que diz respeito à Saúde Pública, devendo para tal ser tratada como outras doenças crónicas, nomeadamente o cancro ou a diabetes, em que não se encontra o estigma social associado.

Importa também salientar que na literatura mais atual e específica (Ex: SICAD, Revista Dependências Revista Toxicodependências, Hazelden, etc.) para a abordagem aos Problemas Ligados ao Álcool já não são utilizadas palavras como “alcoholismo” ou “alcoólico” tendo sido substituídas por “dependência de álcool” ou “pessoa com dependência”, encontrando-se este facto associado à necessidade das sociedades se manterem atualizadas assim como de se pautarem por uma cidadania mais inclusiva onde não se verifique discriminação perante as pessoas mais necessitadas ou em risco, verificando-se também uma necessidade extra de os profissionais que prestam cuidados aos utentes e às famílias se dedicarem ao máximo na execução das suas funções, quer física ou emocionalmente (Frampton et al., 2008), pois a prestação destes cuidados não deve apenas basear-se nos sintomas, nas doenças ou nas deficiências, mas sim no ser humano como um todo (Moore, 1999).

Para os especialistas em PLA mais tradicionalistas, nomeadamente os Alcoólicos Anónimos, o termo “alcoólico” continua a ser usado, no entanto, poderia também ser recontextualizado um pouco à semelhança do que se verifica no caso das pessoas com deficiência, onde geralmente se usa o termo “deficiente”, contudo em 2004 a “Liga Portuguesa dos Deficientes” passou a ser designada por Fundação Liga (2019) de modo a erradicar situações de discriminação associada à terminologia usada, pois ao usarmos os termos “alcoólico” ou “deficiente” acabamos por estigmatizar a pessoa dado que a caracterizamos pela sua condição em detrimento da sua condição humana, o que contrasta com os modelos de inclusão que objetivam a não discriminação e a igualdade (Silva, 2009).

Para Gomes (2010), o consumo de bebidas alcoólicas traduz-se num processo de aprendizagem individual e social, dado que a relação entre os indivíduos e o consumo se vai tornando cada vez mais próxima, mas com a continuidade e o respetivo abuso, verificar-se-ão consequências diretas, nomeadamente, ao nível do sistema nervoso central, originando défices cognitivos e de memória, limitações a nível da aprendizagem, começando também a surgir os sintomas de abstinência. A partir do surgimento dos sintomas de abstinência, o consumo torna-se inevitável, dado que os indivíduos passam a ingerir bebidas de forma descontrolada, para aliviar os sintomas, o que por sua vez irá agravar o desenvolvimento e a manutenção da dependência (Gomes, 2010).

Por sua vez, Gigliottia & Bessa (2004) referem que a dependência assenta num comportamento mais abrangente do que a tolerância ou a abstinência, sendo que nas fases mais avançadas da doença, os indivíduos consomem compulsiva e incontrolavelmente as bebidas de forma a aliviar os sintomas da abstinência, não se preocupando com os danos que o consumo lhes possa causar, nomeadamente a nível orgânico, psicológico e social.

Para Gaio (2011) a dependência de álcool origina um conjunto de problemas fisiológicos, cognitivos e comportamentais, dado que os seres humanos aditos ao álcool não controlam consistente e continuamente a sua forma de beber, não se podendo também garantir que comportamento pessoal e social apresentarão após o ato de consumo de bebidas alcoólicas.

A OMS (1992) conforme citado pelo IDT (2011b, p. 11) considera que a dependência de álcool “corresponde a um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se após uso repetido de álcool. Inclui um desejo intenso de consumir bebidas, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das consequências, uma alta prioridade dada aos consumos em detrimento de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado”.

Em 2014, o Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais - DSM - 5, acrescentou conhecimento à área dos Problemas Ligados ao Álcool, salientando o facto de a abstinência de álcool se caracterizar pela existência de sintomas que se desenvolvem entre 4 a 12 horas após a redução ou cessação do consumo (APA, 2014). Perante a abstinência, os sintomas são bastante desagradáveis e intensos, levando os indivíduos a um consumo continuado de forma a evitá-los ou aliviá-los, o que leva Pombo & Lesch (2011) a considerarem que entre os sintomas de abstinência mais comuns, destacam-se os problemas

com o sono e o “craving”, também designado por desejo intenso de beber, que impede o indivíduo de pensar noutros aspetos da sua vida.

Também associado à abstinência de bebidas alcoólicas encontra-se o “Delirium tremens”, traduzindo-se este quadro clínico, num estado de breve confusão, acompanhado de perturbações somáticas que geralmente ocorrem ao fim de três dias após a cessação do consumo, podendo perdurar durante vários dias (APA, 2014).

O “Delirium tremens” é responsável pelo falecimento de cerca de entre 15% a 40% das pessoas dependentes de álcool, encontrando-se entre os seus sintomas, a confusão, a diminuição da clareza de percepção do ambiente, tremores intensos, sudorese, arritmia cardíaca e alucinações, sendo que nos casos mais graves verifica-se a ocorrência de episódios de hipertermia e convulsões, que podem levar à morte, e desta forma, nos casos mais graves verifica-se a necessidade de um tratamento urgente (Mello, Barrias & Breda, 2001).

Tal como defendem Anderson, Gual & Colom (2005), a dependência do álcool apresenta diversas mutações, períodos de abstinência e recaídas, até que os indivíduos tomem a decisão de parar de beber, o que geralmente só ocorre em resposta a uma crise grave, pois quando as crises são moderadas, os indivíduos passam por um período de semanas ou meses em abstinência, seguindo-se depois um consumo controlado durante um período de tempo muito limitado, conseqüentemente o consumo de álcool é retomado e vai aumentando progressivamente até que ocorram novamente crises graves.

A APA (2014) refere também que os problemas causados pelo abuso de álcool são semelhantes aos problemas derivados do consumo de substâncias ilícitas como a cannabis, a cocaína, a heroína, os sedativos, podendo o consumo abusivo de álcool em diversas situações ser usado quando os efeitos do consumo das substâncias ilícitas não são os desejados ou então para substituí-las quando estas não se encontram disponíveis. Também os problemas de conduta, a depressão, a ansiedade e a insónia, na maioria dos casos se encontram associados ao consumo intenso de bebidas alcoólicas, no entanto estes problemas, em diversas situações podem anteceder ao consumo de álcool (APA, 2014).

1. 2 - O consumo de álcool na sociedade portuguesa

Nas últimas décadas, as profundas transformações da sociedade portuguesa têm influenciado decisivamente os modos e as formas de beber (Balsa, 2007). De acordo com Pereira (2003), devido a fatores de ordem sociocultural, a sociedade portuguesa caracteriza-se como sendo extremamente permissiva e incentivadora ao consumo de álcool, dado que

Portugal é um país fundamentalmente vitivinícola e dos maiores produtores de vinho a nível mundial e simultaneamente um dos países em que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas se tem agravado. Assim, cada vez mais se verifica um aumento dos consumos de bebidas alcoólicas, bem como um gradual aumento de dependentes de álcool a realizar tratamentos, quer em hospitais, unidades de alcoologia ou comunidades terapêuticas e uma elevada taxa de recaídas (Ribeiro & Guerreiro, 2017; Balsa, Vital, & Urbano, 2017).

A forma como a sociedade portuguesa encara o consumo de bebidas alcoólicas acaba por agravar esta problemática, dado que o ato de beber é socialmente aceite e justificado por diversos mitos e aspetos culturais que são interiorizados desde a infância, encontrando-se nele inculcados valores simbólicos (Pereira, 2003). No entanto, embora na literatura existam algumas obras relacionadas com esta problemática, tentando prevenir, minimizar ou evitar o consumo de bebidas alcoólicas e alertando para as suas nefastas consequências a longo prazo, estas são na maioria das vezes ignoradas pela sociedade (Mello, Barrias & Breda, 2001).

Contextualizando o papel do álcool na sociedade portuguesa, na ótica de Freire (2010), durante o período do Estado-Novo, a sociedade portuguesa era predominantemente rural, sendo os cereais e a vitivinicultura, algumas das mais-valias do país, dado que as atividades ligadas à produção e comercialização de vinho se encontravam em expansão por todo o continente e eram consideradas de extrema importância para mais de metade da população.

Devido à crise económica que se fazia sentir em Portugal, durante os anos 30, um vasto grupo de vitivinicultores deslocou-se a Lisboa para pressionar o governo do Estado-Novo a implementar melhorias para este setor, pelo que Salazar acedeu e desta forma foi lançada uma campanha de promoção incentivadora do consumo interno de vinho (Cardeira, 2009). Assim, surgiu o slogan “beber vinho é dar o pão a um milhão de portugueses”, dado que em algumas regiões do país, a viabilidade económica dependia da vitivinicultura, sendo esta atividade também fundamental para o estabelecimento de relações sociais entre grandes e pequenos proprietários (Freire, 2010).

Esta campanha originou a criação do Museu do Vinho, a organização do V Congresso Internacional da Vinha e do Vinho realizado em Lisboa e a criação de três cartazes alusivos ao consumo de vinho (IVV, 2018). Em 1933 foi também criado o organismo corporativo Federação dos Vinicultores do Centro e Sul de Portugal, que rapidamente se impôs como regulador do mercado e em 1937 foi criada a Junta Nacional do Vinho, cuja intervenção tinha como finalidades, o estabelecimento de um equilíbrio entre a oferta e o escoamento deste

produto, a supervisão das produções e a sua evolução assim como armazenamento dos excedentes, de forma a compensar o que se perdera nos anos de escassez (IVV, 2018).

Devido a estas fortes campanhas enraizou-se na sociedade portuguesa o hábito do consumo de vinho, tornando-se esta propaganda bastante benéfica do ponto de vista político, pois, dado que a mente do povo se encontrava entorpecida pelo consumo de vinho, mais fácil era a forma de o iludir e subjugar, enquanto simultaneamente, os grandes vitivinicultores se assumiam como defensores da sua região, tornando-se também membros de elite que o regime de Salazar cooptou, de forma a consolidar a base de apoio social (Freire, 2010).

Durante cerca de 50 anos, o período ditatorial de Salazar conduziu o país ao subdesenvolvimento, ficando marcado pela censura, pelo trabalho infantil, pela ausência de direitos, pela elevada taxa de mortalidade, pelo isolamento, pelo analfabetismo, pela colonização das províncias ultramarinas, pela pobreza e pelo medo, sendo que a política do Estado Novo usava a educação para uniformizar os sentimentos de identificação da população, pretendendo a constituição de um Estado monocultural (Vieira, 2011).

De acordo com Cardeira (2009) durante o Estado-Novo, foram criadas diversas Adeegas Cooperativas que se constituíram como monopólios, dado que a qualidade do vinho produzido era padronizada e razoável, o que conduziu à falência dos pequenos produtores privados cujo vinho produzido era de melhor qualidade, mas mais dispendioso. Nas grandes cidades, o vinho era consumido e comprado em tabernas e carvoarias, sendo prática comum as pessoas se dirigirem a estes estabelecimentos munidas de garrafão para atestar, destinado ao consumo caseiro e beberem uns copos ao balcão. Para as pessoas oriundas do campo, que se haviam deslocado para as grandes cidades, era e ainda continua a ser prática comum a ida “à terra para buscar vinho”, devido à crença de que o “vinho do produtor é que é bom” (Cardeira, 2009).

Nos anos 60 a população portuguesa era ainda predominantemente rural, dedicando o seu trabalho a formas de agricultura tradicionais ou de assalariado precário e nesta década, o país apresentava também altas taxas de natalidade e uma demografia caracterizada por uma população jovem ou pouco envelhecida, mas, no que respeitava às taxas de analfabetismo, estas ultrapassavam os 30% enquanto cerca de 60% da população não possuía a frequência do 4.º ano de escolaridade (Balsa, 2007). Segundo Cabral (2004) com o estabelecimento da democracia ocorreram mudanças na sociedade portuguesa, passando o poder de compra a ser mais elevado entre os vários estratos da sociedade e a população foi adquirindo novos hábitos,

onde se destacavam o consumo de uma maior diversidade de produtos, crescendo também a oferta de trabalho nas regiões do litoral do país que levou à desertificação no interior.

De acordo com Pereira (2003), desde a infância que os indivíduos interiorizam mitos e virtudes associados ao consumo de bebidas alcoólicas, já na fase de pré-adolescência o álcool possui um valor positivo, sendo parte integrante da vida social, dado que para os jovens, o consumo de álcool se encontra estreitamente ligado às necessidades de integração na sociedade, em que o ato de beber se manifesta num comportamento social aceitável, servindo também para o estabelecimento de relações no dia-a-dia dos indivíduos.

Ainda segundo Pereira (2003) uma das principais causas do consumo de álcool na sociedade portuguesa, assenta em tradições culturais, onde se encontram enraizados valores simbólicos, tornando o ato de beber socialmente aceite, independentemente da dimensão gastronómica, valores estes transmitidos através da socialização que conduzem a que o primeiro consumo de bebidas alcoólicas tenda a ocorrer no período da adolescência, encontrando-se associado a uma certa virilidade.

O álcool para além de ser uma substância psicotrópica causadora de efeitos depressores no sistema nervoso central é também responsável por cerca de sessenta tipos diferentes de doenças e de problemas, incluindo perturbações mentais e comportamentais, problemas gastrointestinais, neoplasias, doenças cardiovasculares, perturbações imunológicas, doenças ósseas e musculares, perturbações reprodutivas e danos pré-natais (Gomes, 2012).

Já no ano 2000, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000 apontava o consumo de álcool como a maior toxicodependência dos portugueses, contudo, para a sociedade portuguesa a palavra toxicodependência encontra-se apenas associada ao consumo de substâncias ilícitas, o que leva Morel, Fontaine e Hervé (1998, p. 25), a afirmarem que “a separação entre o alcoolismo e a toxicodependência tem apenas legitimidade histórica e cultural”. Desta forma, os Problemas Ligados ao Álcool continuam a ser ignorados por grande parte da sociedade, que se revela bastante preconceituosa perante outras formas de toxicodependência, não entendendo que o consumo de álcool é também uma forma de toxicodependência (Mendes, 2015).

A maioria das pessoas que consome bebidas alcoólicas, não possui uma noção concreta acerca dos nefastos efeitos que o consumo de álcool provoca ao nível da saúde, quer física, psíquica ou social, assim para que o consumo de bebidas alcoólicas seja considerado de baixo risco, um adulto saudável não deve exceder por dia e repartidos pelas duas refeições principais os seguintes valores: no homem, a quantidade de 24g de álcool, o que equivale a 25

cl de vinho com a graduação de 12° ou três copos de cerveja de 20 cl, sendo que para as mulheres os valores são de 16g de álcool, o que equivale a 15 cl de vinho ou dois copos de cerveja e desta forma, a maioria das pessoas que consomem bebidas alcoólicas, normalmente ingerem mais do que estas quantidades, minimizando os danos para a saúde (IDT, 2011b; DGS, 2014; Mello, Barrias & Breda, 2001; WHO, 2001).

Existe também uma tendência para as pessoas referirem que não bebem bebidas fortes, nomeadamente, as destiladas, mas o facto de beberem um copo de Whisky, por exemplo, ou uma imperial, a quantidade da graduação de álcool ingerida será praticamente a mesma, pois, apesar da graduação das bebidas alcoólicas ser diferente, verifica-se a seguinte situação, os copos regularmente usados para o consumo das diferentes bebidas possuem uma quantidade idêntica de álcool, correspondente a uma unidade padronizada com cerca de entre 10 a 12g de álcool puro, tornando aproximadamente idêntica a quantidade de álcool por copo estandardizado de cerveja, vinho, aperitivos e bebidas destiladas e assim, este cálculo também simplifica a quantificação do número de bebidas ingeridas diariamente ou semanalmente. (IDT, 2011b; DGS, 2014; Mello, Barrias & Breda, 2001; WHO, 2001).

A Figura 1 apresenta através de um esquema simplificado a forma de medição da quantidade de álcool puro por copo, tendo em conta as seguintes bebidas, cerveja, vinho, aperitivo e aguardente (digestivo).

Figura 1 - Definição de dose padrão de bebidas alcoólicas



Fontes: (IDT, 2011b; DGS, 2014; Mello, Barrias & Breda, 2001; WHO, 2001).

De acordo com o IDT (2011b), o consumo esporádico excessivo ou binge drinking é aquele que excede o número de entre 5 a 6 bebidas nos homens e de 4 a 5 bebidas nas mulheres, numa só ocasião e num espaço de tempo limitado, encontrando-se este ato de consumo associado a uma maior probabilidade de acontecerem consequências inesperadas,

contudo, apesar desta forma de consumo ser nociva e provocar danos à saúde física e psíquica não se revela suficiente para satisfazer os critérios de dependência estabelecidos no DSM - 5⁵.

O IDT (2011b) considera ainda como consumo de risco, qualquer consumo decorrente durante a gravidez, pois a toxicidade do álcool pode afetar o desenvolvimento do embrião e do feto se a mãe ingerir bebidas alcoólicas durante este período.

Outro tipo de consumo de álcool prevalente em Portugal é o “beber até à embriaguez” também designado por intoxicação aguda, revelando-se gerador de um efeito de deterioração da capacidade de raciocínio, da tomada de decisões e da capacidade de autocontrolo do comportamento, apresentando o indivíduo nestas condições, desinibição dos impulsos sexuais e agressividade, acrescentando-se o facto de os indivíduos embriagados se encontrarem mais vulneráveis à ocorrência de acidentes, quer rodoviários quer laborais (IDT, 2011b).

No que respeita à dependência de álcool não é possível estabelecer uma quantificação mais precisa sobre o número de pessoas que sofrem desta doença, pois para além das pessoas internadas em hospitais, nas unidades de alcoologia/unidades de desabilitação, nas comunidades terapêuticas e nos serviços ambulatoriais, existem inúmeros casos que não se encontram detetados por essas pessoas não solicitarem ajuda para o seu problema, destacando-se também o grande número de pessoas que se encontram em recuperação mantendo o anonimato, mas devido à dependência ser uma doença crónica, estas pessoas apesar de não consumirem bebidas alcoólicas serão sempre dependentes (Alcoólicos Anónimos, 2001; André & Filho, 2002).

De acordo com os Alcoólicos Anónimos (2001), esta doença não possui cura, mas tal como outras doenças possui um tratamento que consiste na cessação total dos consumos de álcool, não podendo ser também apenas vencida pela força de vontade, dado que a pessoa dependente perdeu o poder de escolha sobre o álcool.

⁵ Fonte: APA (2014). Um padrão problemático de uso de álcool conduz a um comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo durante um período de 12 meses, onde se manifestam pelo menos dois dos seguintes critérios:

- i) O álcool é consumido mais frequentemente e em maiores quantidades ou num período mais longo do que o pretendido;
- ii) Existência de um persistente desejo assim como de esforços mal sucedidos com o intuito de reduzir ou controlar o uso de álcool;
- iii) O enorme dispêndio de tempo em atividades necessárias para a obtenção de álcool, na utilização de álcool ou na recuperação dos seus efeitos;
- iv) Fissura (craving) ou um forte desejo ou necessidade de usar álcool;
- v) Uso recorrente de álcool que resulta no fracasso do desempenho profissional, escolar ou em casa;
- vi) Uso continuado de álcool, apesar da persistência de problemas sociais ou interpessoais ou recorrentes causados ou acentuados pelos seus efeitos;
- vii) Abandono ou redução das mais importantes atividades sociais, profissionais ou recreativas devido ao uso de álcool;
- viii) Uso recorrente de álcool nas situações que representam perigo para a integridade física;
- ix) Continuação do consumo de álcool apesar da consciência que este provocará problemas físicos ou psicológicos;
- x) Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspetos: a. Necessidade de consumir quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado; b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de álcool;
- xi) Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspetos: a. Síndrome de abstinência característica de álcool; b. Consumo de álcool ou de substâncias estreitamente relacionadas, nomeadamente as benzodiazepinas, de forma a aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

A recuperação incide principalmente no desejo de a pessoa dependente ficar bem e levar uma vida considerada “normal”, não surtindo efeito para as pessoas que ainda possuem algumas reservas em relação a voltar a consumir álcool e desta forma, quem se tenha tornado dependente jamais deixará de o ser, pois não é possível que uma pessoa dependente de álcool volte a beber moderadamente ou socialmente, dado que passado algum tempo ou anos após a cessação dos consumos poderá existir a ilusão de que é possível beber só um copo, ou beber apenas às refeições, mas na verdade basta a ingestão do primeiro copo para que, após um curto espaço de tempo, se volte à condição em que se encontrava anteriormente (Gorski, 1992).

Assim, apenas restam duas hipóteses, ou a pessoa dependente de álcool cessa totalmente os consumos e opta por um novo padrão de vida construtivo e sóbrio ou recai nos consumos, o que permitirá que a sua forma de beber se agudize e que as suas condições pessoais, familiares e sociais se deterioreem (Alcoólicos Anónimos, 2001).

De acordo com dados da OCDE (2018), em 2017, Portugal encontrava-se em décimo lugar, no que concerne aos países onde se verifica um maior consumo de bebidas alcoólicas a nível mundial com uma taxa de 10,7 litros per capita⁶ numa população constituída por pessoas com idades a partir dos 15 anos, encontrando-se a lista encabeçada pela Lituânia com 13,2 litros per capita, seguindo-se a França e a República Checa, ambas com a taxa de 11,7 litros per capita.

Segundo Balsa, Vital & Urbano (2017) relativamente à prevalência do consumo de álcool em Portugal, nos 12 meses decorrentes entre 2016 e 2017 verificou-se que a prevalência do consumo excessivo esporádico era de 16,7%, apesar de se ter registado um decréscimo no consumo desta substância por parte do sexo masculino, enquanto no sexo feminino ocorreu um aumento na ordem dos 6%.

Este consumo excessivo de bebidas alcoólicas também se designa por binge drinking, correspondendo à ingestão de mais de cinco bebidas alcoólicas durante um dia ou num determinado momento, verificando-se este tipo de consumos aos fins-de-semana, sobretudo entre a população mais jovem que procuram um rápido efeito de embriaguez ou a vulgarmente designada “pedrada” (Balsa, Vital & Urbano, 2017).

De acordo com Ribeiro & Guerreiro (2017), no que concerne aos padrões de consumo abusivo e de dependência de álcool, em 2016/17, 2,8% da população residente em Portugal,

⁶ O consumo de álcool per capita é a quantidade de álcool consumida em litros de álcool puro, por adulto com idade igual ou superior a 15 anos no decorrer de um ano civil num determinado país, tendo este indicador apenas em consideração o valor de álcool registado na produção, na importação, na exportação e nos dados de vendas, muitas vezes, através da tributação (DGS, 2017).

com idades compreendidas entre os 15 e os 74 anos de idade, apresentava um consumo de álcool de risco elevado/nocivo, assim como sintomas de dependência, constatando-se também que o consumo de risco elevado/nocivo, no grupo masculino diminuiu, enquanto no grupo feminino tem aumentado, no entanto a dependência aumentou em ambos os sexos, apesar de ser mais incidente no grupo masculino.

Segundo o Decreto-Lei n.º 106/2015, constata-se que consumo precoce de álcool é responsável por uma maior probabilidade de ocorrência de dependência de álcool, tendo como consequências diretas, disfunções no sistema nervoso central com especial incidência sobre os défices cognitivos e de memória, assim como limitações a nível da aprendizagem e do desempenho escolar e profissional, verificando-se também que os consumos prolongados e continuados de álcool se encontram associados a uma maior probabilidade de desenvolvimento de cancro.

Tal como defendem Balsa, Vital & Urbano (2017), no que respeita ao consumo de álcool têm-se verificado melhorias desde o ano de 2012, encontrando-se esta evolução positiva relacionada com a menor facilidade de aquisição de bebidas alcoólicas por parte de menores, impostas pelo Decreto-Lei n.º 106/2015, dado que desde 1 de julho de 2015, é proibida a venda de qualquer bebida alcoólica a menores de 18 anos (Decreto-Lei n.º 106/2015).

O Decreto-Lei n.º 106/2015, veio alterar o Decreto-Lei n.º 50/2013, prevendo a diminuição do consumo per capita, assim como a melhoria das condições de saúde, nomeadamente ao nível da morbilidade, da diminuição de internamentos hospitalares e da diminuição da taxa de mortalidade por doenças relacionadas com o consumo de álcool ou por acidentes de viação.

Na ótica de Sanches (2013), o comportamento do consumidor de bebidas alcoólicas é um processo transmitido através da cultura, da família, dos amigos e dos media, proporcionando experiências de aprendizagem que influenciam os hábitos de consumo, dada a existência de uma forte propaganda alusiva ao mercado das bebidas alcoólicas, bem como de uma enorme diversidade de bebidas que poderão ser adquiridas facilmente e a um preço acessível a todas as pessoas, verificando-se inclusive que o ato de consumo de álcool confere ao consumidor certo status.

Atualmente é possível constatar a expressiva diferença no tamanho dos copos utilizados para o consumo de vinho ou de outras bebidas alcoólicas comparativamente com o que se verificava há alguns anos, situação esta que conduz ao consumo abusivo, mas na ótica

de pessoas ligadas à produção e comércio vinícola, o vinho deve ser servido em copos grandes e largos para que possa respirar (Martins, 2011), levando-nos ao entendimento que os vitivinicultores assim como os empresários da restauração apenas se interessam pelo lucro obtido pela comercialização de bebidas alcoólicas, não tendo em consideração os problemas associados ao consumo.

No que concerne à população consumidora abusiva ou dependente de álcool, Balsa, Vital & Urbano (2017), destacam um consumo mais elevado por parte de pessoas do sexo masculino com idades compreendidas entre os 35 e os 64 anos, sendo que 5,7% da população residente em Portugal experiencia ou já experienciou uma situação indiciadora de consumos abusivos ou de dependência alcoólica.

Apenas 43,1% da totalidade da população portuguesa se caracteriza por um consumo de baixo risco, pelo que assim se avizinha um longo caminho a percorrer, sendo necessária uma maior intervenção na área da prevenção do início dos consumos assim como da redução da frequência do consumo, especialmente na população feminina (Balsa, Vital & Urbano, 2017), pois, devido à evolução da sociedade, à emancipação e à maior liberdade financeira das mulheres, assim como ao facto de estas não se encontrarem demasiado expostas a juízos morais como no passado, o consumo de álcool por pessoas do sexo feminino tem vindo a aumentar (Pereira, 2003).

No âmbito dos problemas de saúde relacionados com o consumo de álcool, segundo o relatório em vigor “A Situação do País em Matéria de Álcool” (2017), em 2016 encontravam-se em tratamento no ambulatório da rede pública, 13678 pessoas, sendo que 3759 eram novos utentes e 686 eram readmitidos. Nesse mesmo ano, nas unidades de alcoologia/unidades de desabilitação, o número de internamentos decresceu, atingindo o registo de 774 internamentos, contudo, o número de internamentos em comunidades terapêuticas aumentou, tendo-se registado em 2016 o total de 1343 internamentos (Ribeiro & Guerreiro, 2017).

Segundo Ribeiro & Guerreiro (2017) constata-se também que um grande número das pessoas dependentes de álcool que se encontrava em tratamento em 2016 apresentava doenças infetocontagiosas, tendo-se verificado os seguintes números: VIH+ (2% - 6%), VHC+ (6% - 30%) e AgHBs+ (0% - 3%).

No que concerne à mortalidade diretamente relacionada com o álcool, em 2016 ocorreram 810 óbitos, sendo que 33% destes óbitos derivaram de acidentes, incluindo de viação, 33% das mortes foram causadas por doenças relacionadas com o consumo de álcool,

7% por suicídio e 6% por intoxicação alcoólica, sendo a maioria das vítimas pessoas do sexo masculino (Ribeiro & Guerreiro, 2017).

Ainda de acordo com Ribeiro & Guerreiro (2017) no que respeita à criminalidade diretamente relacionada com o consumo de álcool, registaram-se em 2016, 20849 crimes por condução com uma taxa de álcool no sangue igual ou superior a 1,2g/l, verificando-se também que em 31/12/2016, 348 pessoas se encontravam em reclusão por crimes de condução em estado de embriaguez ou sob a influência de estupefacientes/substâncias psicotrópicas.

No que concerne à violência doméstica, 41% do total dos casos registados pelas forças de segurança encontravam-se relacionados com o consumo de álcool, tendo-se verificado também no mesmo ano, 43042 crimes contra a sociedade, o que torna os valores do ano de 2016 os mais elevados desde 2009 (Ribeiro & Guerreiro, 2017).

Relativamente à prevalência de consumo de álcool pelas diversas regiões portuguesas, verificou-se que o Algarve, a Área Metropolitana de Lisboa e os Açores apresentaram as maiores prevalências numa população com idades compreendidas entre os 15 e os 74 anos (Ribeiro & Guerreiro, 2017).

De acordo com Ribeiro & Guerreiro (2017), em Portugal, as políticas públicas relacionadas com os Problemas Ligados ao Álcool assentam num Plano Nacional que abrange os comportamentos aditivos e dependências e a estrutura de Coordenação Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool.

Em 2013 deu-se início a um novo ciclo estratégico orientado pelo Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020 e pelo Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2016, assim, o PNRCAD 2013-2020 é composto por dois grandes domínios, Procura e Oferta, e ainda por quatro áreas, nomeadamente a informação e investigação, formação e comunicação, relações internacionais e cooperação e a qualidade (SICAD, 2013).

No domínio da Procura, o principal objetivo é o desenvolvimento de intervenções globais e abrangentes que vão desde a promoção da saúde, prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, ao tratamento e à reinserção social, visando a promoção da saúde e o acesso dos indivíduos aos cuidados e serviços de que necessitam, enquanto no domínio da Oferta, e em particular na área dedicada ao álcool, pretende-se uma maior regulamentação do mercado e respetiva fiscalização, a harmonização dos dispositivos legais

já existentes, assim como uma maior educação sobre os Problemas Ligados ao Álcool, visando a proteção da saúde dos cidadãos (Ribeiro & Guerreiro, 2017).

O PNRCAD 2013-2020 até final de 2020 pretende atingir os seguintes objetivos: i) a diminuição da facilidade de acesso das bebidas alcoólicas a estudantes com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos de idade; ii) o retardar do início dos consumos para os 17 anos de idade, assim como a diminuição do início dos consumos das crianças com 13 anos ou menos; iii) a diminuição das prevalências de consumo recente, de padrões de consumo de risco e dependência; iv) a diminuição da morbilidade relacionada com os comportamentos aditivos e dependências; v) a diminuição da mortalidade relacionada com os comportamentos aditivos e dependências (SICAD, 2013).

Contudo, constata-se que os resultados globais obtidos com as políticas e as medidas implementadas carecem de melhorias e de investimento, sendo as áreas mais afetadas, a prevenção, a dissuasão, a redução de riscos e a minimização de danos, o tratamento e a reinserção (Ribeiro & Guerreiro, 2017), factos estes, que se encontram associados à forma como a sociedade portuguesa tolera o consumo de álcool (Pereira, 2003; Mello, Barrias & Breda, 2001; Balsa, 2007) e à falta de verbas que permitam a viabilidade das intervenções, dado que as despesas são pagas com as verbas provenientes dos orçamentos das entidades competentes, nomeadamente do Serviço Nacional de Saúde (SICAD, 2013).

Relativamente ao papel que o álcool representa para a economia nacional, de acordo com a Revista Dependências (2016), em 2014, o mercado da cerveja, das bebidas espirituosas e dos produtos intermédios (Ex: Vinho do Porto, Xerez) representaram 95,1%, 1,6% e 3,3% do volume total de vendas de bebidas alcoólicas respetivamente, registando-se também nesse ano um aumento da taxa de imposto de 5% nas bebidas espirituosas e nos produtos intermédios e de 0,9% na cerveja.

Nesse mesmo ano, as receitas fiscais do IABA traduziram-se em 176,1 milhões de euros, tendo as bebidas espirituosas contribuído com 95,8 milhões de euros, a cerveja com 69,3 milhões e os produtos intermédios com 11 milhões de euros, no entanto, a taxa de imposto aplicável ao vinho e a outras bebidas fermentadas, tranquilas (Ex: Vinhos que não possuem gás) e espumantes não sofreu alterações, continuando a ser de 0,00 euros (Revista Dependências, 2016).

Refletindo sobre os benefícios que o mercado das bebidas alcoólicas confere à economia nacional é prática comum a abordagem deste tema pela comunicação social, contudo, também se considera necessário abordar as implicações dos Problemas Ligados ao

Álcool e o seu impacto nefasto na sociedade. Em 2008, o hepatologista Rui Tato Marinho (2008) considerava de extrema gravidade o consumo abusivo de álcool em Portugal, estimando-se que nesse ano existissem no país cerca de 600000 pessoas dependentes de álcool e 750000 bebedores excessivos, tendo-se também registado 1526 óbitos causados por cirrose hepática.

Marinho (2008) constatou ainda que em 2008, nos países da União Europeia, incluindo Portugal, os Problemas Ligados ao Álcool atingiram cerca de 5-6% do Produto Nacional Bruto (PNB), sendo este número superior aos valores da contribuição da produção e comercialização de bebidas alcoólicas cujo valor é de 2% para o mesmo PNB. Desta forma, parece-nos um pouco contraditória a postura de defesa e proteção relativa ao consumo de álcool pelo Estado e pela sociedade em geral, dado que as despesas causadas pelos Problemas Ligados ao Álcool se revelam superiores aos lucros obtidos com a sua produção e comercialização.

Segundo Monteiro (2016), estima-se que os custos envolvidos no consumo de álcool em todos países do mundo onde esta substância é legal são maiores que os lucros obtidos através da venda de bebidas alcoólicas, dos impostos angariados, assim como do desenvolvimento económico resultante de atividades ligadas ao consumo de álcool.

De acordo com Ribeiro & Guerreiro (2017), excetuando as despesas do Estado com os tratamentos de pessoas dependentes de álcool nas unidades de alcoologia, nos hospitais e nas comunidades terapêuticas, assim como as despesas judiciais e reclusão relacionadas com crimes derivados do efeito de álcool, despesas causadas por acidentes de viação sob efeito de álcool e outros crimes contra a sociedade, torna-se fundamental ter em atenção que nos hospitais Portugueses 90% dos casos de hepatopatias e 60% das cirroses pancreáticas são derivadas do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, encontrando-se outras doenças também associadas, nomeadamente, os acidentes vasculares cerebrais, as doenças cardiovasculares e as doenças oncológicas, onde se destacam os cancros da boca, laringe, faringe, fígado e esófago.

Segundo a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação (2017), em 2017, registaram-se 2500 óbitos causados por doença hepática, 5000 internamentos por doença hepática alcoólica, encontrando-se também em tratamento 2500 doentes com hepatite B crónica em tratamento. Todas estas problemáticas conferem ao Estado elevados custos ao nível da saúde, acrescentando-se a necessidade da existência de maior informação social, formação de profissionais de saúde, assim como a criação de uma estrutura organizada e

estratégica de cuidados paliativos, estimando-se que em 2018, os custos com a cirrose hepática causada pelo consumo excessivo de álcool possam rondar os 61 milhões de Euros (Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência, 2017).

1. 3 - Quadros sociais que levam à dependência de álcool

Nos últimos anos em Portugal tem-se verificado uma crescente preocupação no que concerne aos fenómenos aditivos, facto este que tem gerado uma multiplicidade de estudos sobre os Problemas Ligados ao Álcool, que objetivam o entendimento sobre as razões que levam as pessoas a iniciar e a continuar o consumo, assim como os aspetos sociais associados a esta problemática, sendo estes impulsionadores de novos conhecimentos (Cabral, 2007).

De acordo com Vargas (2002) não existe nenhum fator que determine definitivamente ou que refira como as pessoas se tornam dependentes, pois o que se sabe é uma combinação de diversos fatores contribuem para que algumas venham a ter maiores probabilidades de desenvolver a dependência de substâncias durante qualquer período das suas vidas.

Entre os principais fatores de risco associados ao consumo de álcool, encontram-se as atitudes culturais promotoras do consumo de álcool, o excesso de stress e as formas inadequadas de o enfrentar e a natureza genética, dado que as pessoas que possuem familiares afetados pela problemática maior predisposição terão para adquirir a condição de dependente de álcool (Cabral, 2007).

Habitualmente, o início do consumo de álcool ocorre no seio familiar, principalmente em festas, tais como aniversários, casamentos e batizados, sendo a influência familiar determinante para o desenvolvimento do consumo de álcool, pois se os pais consomem álcool, é normal que as crianças sintam curiosidade em fazê-lo e iniciem o seu consumo, que na maioria das vezes se revela facilitado pelo facto de usualmente existem bebidas alcoólicas em casa (Ramos, 2016).

Segundo Matos (2008), os pais deveriam ser tomados como um modelo positivo a seguir para as crianças e para os jovens, protegendo-os e transmitindo-lhes valores e exemplos de comportamentos que devem adotar, comportamentos esses, que não devem constituir risco nem para si nem para os outros, pois se as crianças crescerem num ambiente familiar estável, pautado por valores como a sinceridade e pelo respeito mútuo, menores serão as hipóteses de virem a desenvolver o risco do consumo de álcool na infância, enquanto nos lares onde se assiste a episódios de violência doméstica e negligência parental, os riscos serão mais acentuados.

Kaltiala-Heino et al. (2000) destacam também que fatores como as vivências de traumas gerais e emocionais durante a infância e as dificuldades em reagir a determinadas emoções contribuem para o precoce consumo de álcool, destacando-se que as vítimas de Bullying possuem maior propensão para o consumo excessivo de álcool e de outras substâncias.

Para Soares (2000), os comportamentos e os estilos parentais influenciam de forma variada o desenvolvimento de certas características da criança ou do adolescente, no que respeita ao seu desenvolvimento social, emocional, cognitivo, desempenho académico e integração no grupo de pares, podendo estes, atuar tanto como fatores de proteção como de risco tal como veremos no tópico 1. 4. Por sua vez Camacho et al. (2005), consideram o papel dos pais, uma peça fundamental para a formação da personalidade do adolescente, produzindo desta forma, um efeito protetor face às pressões do meio envolvente.

Constata-se que a adolescência é um dos mais importantes períodos do desenvolvimento humano, onde se manifestam várias ameaças de ordem social e comportamental, podendo estas comprometer a saúde e o bem-estar dos jovens, culminando no uso e abuso de substâncias, violência, suicídio, distúrbios alimentares, gravidez na adolescência, assim como de doenças sexualmente transmissíveis (Matos, 2008), pois apesar dos jovens terem a consciência dos riscos que se encontram associados ao consumo de álcool, a sensação de prazer causada pela sua ingestão, acaba por influenciar a continuidade dos consumos (Fontes, 2007).

De acordo com Balsa (2007), a maioria dos jovens afirma que a experimentação é um dos motivos mais importantes para o consumo, seguindo-se a procura de estados de euforia ou de desinibição e o vulgarmente designado “beber para relaxar”, contudo, também existem pessoas que não consomem bebidas alcoólicas, assim como outras que deixaram de as consumir, encontrando-se estes aspetos relacionados com motivos de saúde, seguindo-se a interrupção do consumo por desagrado em relação às bebidas consumidas, ou perante a inexistência de uma prática continuada do consumo, sendo este apenas efetuado esporadicamente.

Em diversas ocasiões o início do consumo de álcool inicia-se com a entrada na Universidade, dado que esta nova geração de alunos começa a frequentar o ensino superior com as idades a rondar os 17 anos, sendo que a partir daí as festas académicas e as frequentes saídas noturnas irão contribuir para o aumento do consumo de álcool, sem que as ações de fiscalização por parte das entidades competentes sejam corretamente efetuadas (Pinto, 2008).

Em 2016, no que respeita à fiscalização da disponibilização, da venda e do consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público foram alvo de fiscalização 12193 estabelecimentos comerciais sendo aplicadas 89 contraordenações relacionadas com a disponibilização ou venda a menores e 179 relacionadas com a afixação de avisos, revelando que a fiscalização acaba por ser ineficiente (Ribeiro & Guerreiro, 2017).

Segundo Pinto (2008) verifica-se também que as fortes campanhas publicitárias alusivas ao consumo de bebidas alcoólicas são dirigidas aos jovens, dado que nestas idades estes são facilmente tentados por estilos de vida associados à popularidade, a festas e ao glamour, e desta forma considera-se o ato de consumo de bebidas alcoólicas numa “moda”, tornando-se também interessante observar que nos programas televisivos de fim-de-semana alusivos a festas regionais, o vinho ocupa um lugar privilegiado, e que na maioria das novelas os personagens frequentemente ostentam copos com bebidas alcoólicas, assim como nas conferências de imprensa dos jogos de futebol proliferam as publicidades alusivas às grandes marcas de bebidas alcoólicas.

Portugal possui uma forte tradição de consumo de álcool, especialmente no consumo de vinho (Freire, 2010) e para além da tradicional tolerância ao álcool (Pereira, 2003), verificam-se também um conjunto de mitos associados ao seu consumo, carecendo estes, de evidência científica. Michel (2000) descreve um desses mitos, vulgarmente conhecido da sociedade “o álcool aquece”, mito que se revela completamente despropositado, dado que na realidade a afluência de sangue à superfície da pele, provocada pela ingestão do álcool, transmite uma sensação de calor, podendo esse afluxo sanguíneo comprometer o normal funcionamento dos órgãos internos, dado que origina uma perda de calor.

Outro mito bastante mencionado pela população é que “o álcool fortalece”, o que se revela também errado, pois, após o consumo de bebidas alcoólicas, os indivíduos sentem uma sensação de euforia que dissimula temporariamente o cansaço físico e a fadiga intelectual, encontrando-se este facto relacionado com a ação estimulante do álcool, que leva os indivíduos a possuírem a ilusão de que o álcool dá força, sendo que rapidamente após a súbita sensação de energia, esta desaparece, causando fadiga (Michel, 2000).

Socialmente existe uma prática fortemente enraizada sobre o consumo de digestivos, dado que supostamente o seu consumo facilita a digestão, mas, na realidade a atuação do álcool sobre o estômago irá impelir os alimentos para o intestino sem que estes se encontrem totalmente digeridos, provocando a ocorrência de gastrites erosivas e úlceras (Ramos, 2016).

Outro mito associado ao consumo de álcool é “o álcool mata a sede”, o que também se revela errado, dado que a sua ingestão provoca a necessidade de urinar, conduzindo consequentemente à eliminação de uma considerável quantidade de água, fundamental para o organismo, provocando desidratação e aumentando a sede (Michel, 2000).

Ramos (2016) refere outro mito “o álcool alimenta”, o que também se revela totalmente desprovido de fundamento porque as calorias contidas no álcool não são utilizadas pelos músculos e pelo fato de o álcool conter poucos elementos nutritivos, pois a quantidade de vitaminas e proteínas é extremamente baixa, enquanto os valores de ferro, chumbo ou cobalto são muitas vezes nocivos.

Por fim, Michel (2002) destaca o mito de que “o álcool pode ser um medicamento”, dado que torna as pessoas mais alegres assim como melhora a sua vida sexual, o que também se revela desadequado porque estas sensações encontram-se relacionadas com os efeitos estimulantes e euforizantes produzidos pelo consumo de bebidas alcoólicas, dado que o álcool ao atuar sobre o córtex cerebral vai diminuir o controlo do indivíduo sobre as suas ações, o que consequentemente irá provocar a desinibição de sujeitos habitualmente tímidos e reservados e aumentar a sua rapidez de reação, contudo, em contrapartida irá diminuir as suas capacidades intelectuais.

Por outro lado, os efeitos do álcool podem servir também para camuflar os sintomas de algumas patologias, mas diminuem as defesas e as resistências do organismo, pelo que após o seu efeito passar, os indivíduos sentir-se-ão pior do que anteriormente (Michel, 2002).

1. 4 - O papel das famílias nos Problemas Ligados ao Álcool

Entende-se a família como um conjunto de pessoas ligadas por laços de sangue ou pelo parentesco que habitualmente vivem numa casa. Segundo Minuchin (1990) a família é um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza a interação dos seus membros, de acordo com um sistema que opera através de padrões tradicionais. Devido às transformações sociais, ao longo dos últimos anos, o conceito de família sofreu diversas alterações, contudo, ainda se verifica a predominância das famílias nucleares compostas por dois adultos de diferentes sexos com filhos biológicos ou adotados (Giddens, 2008).

De acordo com Giddens (2008), têm surgido novas formas de organização familiar que se encontram associadas ao desenvolvimento que intensificou o ritmo das cidades, ao fim da família como unidade de produção, à distância entre as pessoas, bem como à diminuição da extensão das famílias, assim, o número de membros do agregado foi diminuindo, o número

de divórcios foi aumentando, bem como o número de famílias monoparentais, recompostas e unipessoais, tendo-se também verificado mais recentemente um aumento do número de famílias homossexuais, em que várias possuem filhos, quer sejam biológicos ou adotados.

Ainda, conforme Giddens (2008), dado que o conceito de família é bastante diferente do que era há 50 atrás, cada vez mais, as pessoas optam por viverem em coabitação antes do casamento, ou em alternativa ao casamento, no entanto para além destes aspetos, também foram ocorrendo mudanças nas expectativas criadas pelas pessoas, assim como das relações com os pares, dado que para uma relação perdurar é necessário a colaboração e a confiança mútua, quer seja entre os casais ou entre pais e filhos.

Relativamente ao contributo das famílias para que uma pessoa se torne dependente de álcool, Nakken (1996) salienta a existência de determinadas famílias que acabam por contribuir para o consumo de um ou mais elementos do agregado, devido ao ambiente em que vivem e à predisposição genética para a doença da adição, pois, quando se cresce numa família em que um dos pais é dependente de álcool, maior será a probabilidade de os filhos também poderem vir a ser dependentes e para além deste aspeto estas famílias têm tendência para produzir co-dependentes, isto é, pessoas que cuidem deles.

Nakken (1996) salienta ainda que em diversas ocasiões, os filhos de pessoas dependentes de álcool ou de substâncias ilícitas acabam por assumir uma posição extrema, não consumindo absolutamente nenhuma substância.

De acordo com Filizola (2006), constata-se que as famílias apresentam um escasso conhecimento sobre a dependência de álcool, assim como também desconhecem os conceitos mais importantes para a compreensão de que a dependência é uma doença causadora de problemas para a saúde que requer um tratamento especializado.

Quando existe uma situação de dependência na família todos os seus membros acabam por adoecer de alguma forma, o que irá provocar a desestruturação familiar e situações de co-dependência, assim, perante esta situação, compete às famílias serem uma peça fundamental no combate à dependência do seu familiar, competindo-lhes a aquisição de competências e a solicitação de apoio técnico para melhor entenderem como lidar com esta problemática (Filizola, 2006).

Quando se fala de dependência de álcool na família, a co-dependência encontra-se presente, embora esta situação também ocorra na dependência de substâncias ilícitas e desta forma, para Trigo (2006) a co-dependência traduz-se num conjunto de comportamentos disfuncionais que os familiares apresentam, nomeadamente, os pais ou os filhos, que

convivem intimamente com a pessoa dependente, sendo os comportamentos de ordem física, psicológica ou social que se desencadeiam a partir do sofrimento e das crises provocadas pela dependência de álcool ou de outras substâncias ilícitas.

Esta co-dependência mobiliza a família, no sentido de controlar e proteger a pessoa dependente para de seguida apresentar sentimentos de frustração, culpa ou ansiedade, que irá culminar com um quadro familiar de exaustão emocional e colapso (Trigo, 2006).

Torna-se necessário ter presente que a co-dependência pode aumentar a probabilidade de recaída, pelo que se sugere que os familiares se mantenham envolvidos no processo de recuperação, mantendo contacto com os técnicos ou frequentando reuniões de auto-ajuda para familiares de pessoas dependentes de substâncias, entre elas, os Al-Anon, que desde há cerca de 60 anos têm vindo a ajudar a recuperar, dar força, coragem e esperança às pessoas cujas vidas são afetadas pela dependência de álcool dos seus familiares (Al-Anon, 2018).

Segundo Nakken (1996) no que concerne às crianças, quando estas crescem num ambiente onde existe um consumo abusivo de álcool ou de outras substâncias, as necessidades inerentes ao consumo por parte dos progenitores/cuidadores são superiores aos cuidados que estes devem ter para com a criança, desta forma, os pais/cuidadores ensinam a criança a ser apenas um objeto cuja função é satisfazer as suas necessidades, isto é, ensinam à criança que o seu “Eu não conta” (Nakken, 1996, p. 118), o que provocará na criança pouca confiança e baixa auto-estima com o passar do tempo.

Através do seu exemplo, estas famílias, também ensinam a criança a ter um baixo controlo sobre os seus impulsos, dado que, quando uma criança observa os pais/cuidadores a agredirem-se ou a gritarem, aprende a ser indisciplinada, aprendendo também a tornar-se desconfiada, bem como revela incapacidade de tomada de decisões ou iniciativas, limitando-se apenas a esperar que algo aconteça (Nakken, 1996).

Ainda segundo Nakken (1996) para que uma criança se desenvolva saudavelmente é necessário informação, interação, mas quando esta cresce um ambiente negligente, também acaba por ser vítima de abuso, semelhante ao ambiente causado por famílias com consumos abusivos, dado que o provavelmente o seu sistema emocional se encontrará subdesenvolvido, pois, nas famílias negligentes, “as crianças ocupam espaço, mas nunca têm a certeza de serem importantes” (Nakken, 1996, p. 120), o que acaba por lhes provocar uma baixa auto-estima, que poderá ser potenciadora do consumo abusivo de álcool ou de outras substâncias ilícitas.

Para além das situações acima descritas, o abuso de álcool é potenciador de situações de violência doméstica, dado que esta substância costuma alterar a perceção das interações

sociais, conduzindo a um aumento das situações de desentendimentos na família, porque o álcool ao desinibir o comportamento promove a violência (Moscovici, 2013).

1.5 - Fatores que conduzem à recaída

De acordo com Lettner & Rangé (1988), a recaída é considerada como o fracasso de um indivíduo ao tentar atingir os seus objetivos após um período definido que culmina num regresso ao consumo de álcool ou de outras substâncias, voltando a pessoa a consumir a substância em iguais ou maiores quantidades do que consumia anteriormente ao tratamento e à recuperação. Para se considerar a ocorrência de uma recaída, exige-se que a pessoa dependente se tenha mantido pelo menos dois meses em abstinência, contudo, a recaída é considerada uma parte do processo de reabilitação e não o seu final, não significando que a pessoa não atinja a recuperação ao longo do tempo (Gorski, Kelley & Havens, 1993).

No entanto a manutenção da abstinência dos consumos é um processo bastante difícil de alcançar, pelo que os estudos de Gorski, Kelley & Havens (1993) indicam que aproximadamente um terço dos pacientes conseguem a atingir a abstinência permanente com a realização da sua primeira e séria tentativa de recuperação, um outro terço irá passar por breves episódios de recaída até atingir a abstinência a longo prazo e o restante terço irá recair cronicamente, o que implicará inúmeros tratamentos sem existirem certezas de que alguma vez atingirão a recuperação.

Por sua vez, Lettner & Rangé (1988) referem que de modo geral a recaída atinge cerca de entre 70% a 90% das pessoas que realizam tratamento num espaço de apenas três meses, sendo que após passados 18 meses a taxa de recaída se situa nos 90%. Apesar destes estudos serem antigos, ainda se mantêm próximos dos atuais, que indicam que durante os primeiros seis meses após a alta de um tratamento a taxa de recaída é de 61%, sendo que 71% destas recaídas ocorrem durante os três primeiros meses (Lambaz & António, 2010). Grosso modo a taxa de recaída pode variar entre os 35% e os 90%, o que representa que na melhor das hipóteses, três ou quatro em cada dez pessoas pode recair e na pior das hipóteses nove pessoas podem recair (Lambaz & António 2010).

Assim, a recaída é um processo que se encontra sempre ligado à recuperação da pessoa dependente de álcool, isto é, para que uma pessoa atinja a recuperação tem de passar pela recaída, pois só assim poderá refletir e interiorizar novas estratégias que lhe conferirão maiores possibilidades se manter em recuperação, contudo, o sucesso da recuperação não

depende apenas da instituição, mas em grande parte da motivação e dedicação dos utentes que solicitam ajuda (Gorski, Kelley & Havens, 1993).

Após a entrada em recuperação, a pessoa dependente tem de se manter sempre em alerta com os sintomas e os sinais de aviso, bem como deverá possuir uma estratégia concreta para fazer face às dificuldades inerentes à recuperação, pois, quando não existe uma estratégia concreta de recuperação, inicia-se o processo de recaída, sendo este fenómeno desencadeado muito antes do uso efetivo da substância, assim, apesar da pessoa se manter abstinente, tanto, a passividade relativa ao tratamento, a negação das dificuldades, bem como o desenvolvimento de crenças e mitos errados tendem a conduzir à recaída (Gorski, 1992).

Entre as crenças mais comuns sobre a recuperação, Trigo (2006, p.312) destaca os seguintes exemplos: “para recuperar basta não consumir”, “a recaída é súbita e imprevisível”, “o sinal de perigo é ter o desejo de consumir”, “recair resulta da falta de motivação” e “o tratamento é a garantia suficiente para não recair”, revelando-se todos estes exemplos desapropriados, dado que o processo de recaída se encontra sempre em desenvolvimento e por vezes inconscientemente.

Ainda de acordo com Trigo (2006), importa igualmente salientar que por parte das pessoas que se encontram em recuperação existe uma tendência para o desenvolvimento de dependências substitutas disfuncionais, através do uso de diferentes substâncias e para a ocorrência de comportamentos compulsivos, nomeadamente, o abuso da comida, o excesso de trabalho, a procura de emoções fortes, o jogar e o gastar dinheiro, visando estas substituições o alívio do sofrimento, funcionando também como estratégias para lidar com o dia-a-dia, contudo, este prazer imediato irá apenas restabelecer o esquema da adição num movimento discreto de recaída. Inerentes a estas substituições encontram-se ligeiras alterações cognitivo-emocionais, comportamentais ou sociais, que se desenvolvem habitualmente de forma não consciente, e desta forma, a pessoa em recuperação deve ter em atenção todos os sinais de alerta para melhor prevenir a recaída (Trigo, 2006).

Num Plano de Prevenção de Recaída é necessário a existência de diferentes fontes de suporte familiar, social, de apoio terapêutico e de grupos de auto-ajuda, objetivando que as pessoas dependentes consigam aumentar a sua capacidade de ultrapassar as circunstâncias menos favoráveis e à medida que o tempo de recuperação vai avançando, torna-se necessário o ajustamento do PPR, de acordo com as experiências acumuladas, de forma a torná-lo mais eficaz, tornando-se também cada vez mais importante o envolvimento com as pessoas mais

significativas que poderão ser fundamentais na identificação precoce de sinais de alerta de recaída (Gorski, 1992).

Na Tabela 1 apresenta-se um conjunto de fases e sinais de recaída associadas à ausência de um programa de recuperação sólido, pois, quando o programa de recuperação é abandonado, rapidamente os sintomas da abstinência pós-aguda aparecerão, originando um período de perda de controlo de comportamento, dado que os sintomas de abstinência provocam sensações de dor e de desconforto que limitam os indivíduos de viverem normalmente quando não se encontram a beber (Gorski, 1992).

Tabela 1 - Fases e sinais de alerta de recaída

Fase I - Alteração interna:	
1	Aumento do stress: sentir mais stress que do é habitual.
2	Mudança na maneira de pensar; dar pouca importância ao programa de recuperação.
3	Mudanças nos sentimentos: sentimentos desagradáveis.
4	Mudanças de comportamentos: agir de forma diferente.
Fase II – Negação:	
1	Negação.
2	Negação sobre preocupações com problemas.
Fase III - Evasão e defesa:	
1	Crença de que nunca mais se consumirá álcool ou outras substâncias; convencimento de que não é necessário dedicar muita atenção ao programa de recuperação.
2	Demasiada preocupação com os outros; deixar de se preocupar consigo mesmo.
3	Defesa: recusar-se a discutir os problemas pessoais; revelar medo de críticas
4	Comportamento compulsivo: exibir comportamentos compulsivos, de forma a manter a mente ocupada e afastada dos problemas; ficar estagnado nas antigas formas rígidas e autodestrutivas de pensar.
5	Comportamento impulsivo: criar problemas; agir de forma impulsiva e irrefletida.
6	Tendência para a solidão: sentir-se incomodado com os outros
Fase IV – Criação de crise:	
1	Visão de túnel: ver a vida como se ela se fizesse em partes separadas e sem relação entre si; concentrar-se em pequenos aspetos da vida, deixando de parte todos os outros.
2	Depressão menor: os sintomas depressivos começam a aparecer e a persistir; sentimentos de melancólica e apatia.
3	Perda da capacidade de planear de forma construtiva.
4	Devido a não se conseguir efetuar planos realísticos e não se prestar a devida atenção aos detalhes, os planos começam a falhar, provocando cada falha um novo problema.
Fase V - Imobilização:	
1	Sonhar acordado e fantasiar pensamentos: apresentar cada vez mais dificuldades em manter a concentração.
2	Sentimento de que nada pode ser resolvido.
3	Desejo imaturo de ser feliz.
Fase VI - Confusão e reações exageradas:	
1	Dificuldade em pensar com clareza ou em resolver simples problemas.
2	Dificuldades em lidar com os sentimentos e com as emoções.
3	Início de problemas de memória, impeditivos de aprendizagem de novas informações ou de novas competências.
4	Períodos de confusão.

5	Dificuldade em controlar o stress.
6	Aumento da irritabilidade com os amigos, familiares, conselheiros e pares.
7	Irritar-se com facilidade, sem nenhuma razão aparente.
Fase VII - Depressão:	
1	Hábitos alimentares irregulares.
2	Falta de desejo em iniciar tarefas.
3	Dificuldade em dormir e descansar.
4	Perda da estrutura diária: a rotina diária é negligenciada.
5	Períodos de depressão profunda: sentir-se frequentemente deprimido.
Fase VIII - Perda de controlo do comportamento:	
1	Frequência irregular nas reuniões de AA assim como no tratamento.
2	Descuido com a aparência.
3	Rejeitar a ajuda; manifestação de raiva com as pessoas que podem ajudar.
4	Antipatia da vida: pensamento em retomar os consumos.
5	Sentimentos de impotência e vulnerabilidade.
Fase IX - Reconhecimento da perda de controlo:	
1	Dificuldades de coordenação física; maior propensão a acidentes.
2	Auto-compassão: sentir pena de si mesmo, podendo usar a auto-compassão para atrair a atenção dos membros de AA ou da família.
3	Pensar e acreditar que o uso de álcool ou de outras substâncias ajudará a sentir-se melhor; esperança em começar a consumir novamente e normalmente, sendo capaz de controlar o consumo.
4	Mentir conscientemente: apesar de reconhecer as mentiras, as desculpas e a negação existe uma incapacidade de as interromper.
5	Perda total de autoconfiança.
Fase X - Redução de opções:	
1	Ressentimento irracional: Sentir-se irritado com a incapacidade de se comportar como desejado; sentimentos de raiva generalizados
2	Deixar de frequentar todas as reuniões do AA e o tratamento.
3	Sentir-se completamente desanimado, frustrado e com raiva; isolamento total.
4	Maior dificuldade no controlo dos pensamentos; perda de controlo sobre os comportamentos.
Fase XI - Retornar ao uso viciante:	
1	Desespero e convencimento de que o uso controlado é possível; experimentação do consumo social por um curto período de tempo ou de uma grande quantidade de uma só vez.
2	O uso inicial provocará sentimentos de intensa culpa e vergonha.
3	Perda de controlo: o uso viciante não é controlável, podendo por vezes essa perda de controlo ocorrer lentamente ou muito rapidamente, sendo que a partir daí serão consumidas as mesmas ou maiores quantidades com maior frequência.
4	Retomar dos consumos; agravamento dos problemas, tanto pessoais, familiares, laborais, de saúde, etc.; adoecimento; nova necessidade de ajuda profissional.

Fonte: Gorski (1992).

De modo a prevenir a recaída torna-se fundamental que as pessoas dependentes de substâncias que se encontram em recuperação cumpram um conjunto de critérios que serão úteis para o sucesso. Assim, durante os primeiros anos de recuperação é essencial que as pessoas frequentem reuniões⁷ de Alcoólicos Anónimos, onde as pessoas dependentes de

⁷ Após uma consulta aos portais dos Alcoólicos Anónimos (2018) e dos Narcóticos Anónimos (2018) foi possível constatar que na cidade de Vila Real não se realizam reuniões de Alcoólicos Anónimos, realizando-se apenas reuniões de Narcóticos Anónimos, e desta forma, as

álcool se encontram para partilhar as suas experiências, o que origina um maior conhecimento para os novos membros como também aprofunda os conhecimentos dos membros mais antigos sobre como enfrentar a doença e se manter em recuperação (Alcoólicos Anónimos, 2001).

Estas reuniões assentam num modelo democrático, de participação igualitária, onde não existem líderes ou um controlo formal, sendo o modelo terapêutico realizado através de sugestões para que todos participem voluntariamente e de igual modo (Frois, 2009).

Uma das principais premissas de Alcoólicos Anónimos desde a sua origem é o anonimato dos seus membros, dado a que os seus fundadores, também eles dependentes de álcool em recuperação, sabiam por experiência própria que a maioria dos dependentes sente vergonha do seu passado e tem medo da exposição pública devido ao estigma social e à discriminação existente na sociedade, e assim, a confidencialidade era uma mais-valia para o êxito da recuperação como também se revelava uma forma de atrair mais pessoas para as reuniões para que fossem ajudadas a alcançar a sobriedade, porque se não se mantivesse o anonimato, muitos dependentes nunca chegariam a frequentar a primeira reunião (Alcoólicos Anónimos, 2001).

De acordo com Frois (2009), o anonimato é uma peça fundamental para a recuperação de pessoas dependentes de álcool, dado que lhes permite a gestão e a ocultação da sua informação pessoal, permitindo também a experienciação de diferentes papéis e identidades consoante o contexto em que se inserem e desta forma, estas pessoas, encontram no anonimato uma maior segurança que os ajuda a enfrentar esses sentimentos.

As reuniões são frequentadas por pessoas de todas as classes sociais, pois esta doença pode atingir qualquer pessoa, e assim, cada membro, apesar de partilhar sentimentos de identificação com os outros membros, procura suprimir as suas diferenças, tanto económicas, familiares ou sociais, enquanto fora da reunião cada um tem a sua vida pessoal, familiar, laboral, social, económica (Frois, 2009). Em diversas ocasiões e fora das reuniões, os membros de Alcoólicos Anónimos, poderão quebrar o seu anonimato perante outros membros ou pessoas com quem estabelecem relações sociais e que consideram estarem preparadas para aceitar a sua realidade, o que pode ou não, originar repercussões sociais (Alcoólicos Anónimos, 2001).

peças dependentes de álcool desta região podem e devem participar nestas reuniões que se realizam às quintas-feiras (21.00 horas) e aos domingos (18.30 horas) na Sociedade Artística Vilarealense.

Para que a recuperação se realize de forma adequada é importante que a pessoa com comportamentos aditivos e dependências possua um emprego, devendo também o Estado e a sociedade em geral promoverem a sua inserção laboral, dado que o emprego, para além de diminuir as situações de marginalidade e de prevenção ou redução dos consumos, também confere benefícios à saúde e à qualidade de vida das pessoas, pois, para além de ser uma forma de obter rendimentos também promove a auto-estima e a socialização (Ginexi, Foss, & Scott, 2003).

Assim, o ambiente profissional pode condicionar os consumos, porém, também existem fatores que os podem impulsionar, nomeadamente os ritmos de trabalho intenso e o trabalho por turnos que podem causar sérios danos à saúde, nomeadamente a nível mental como o stress e a depressão que por sua vez irão conduzir ao uso de medicação, de álcool ou de outras substâncias ilícitas (SICAD, 2013).

Assim, considera-se que para além dos programas já existentes, nomeadamente pelo IEFPP, deveriam ser criados mais programas específicos para a recuperação/reinserção perante os comportamentos aditivos e dependências, para que as aptidões destas pessoas fossem valorizadas, o que também favorecia por um lado as próprias pessoas dependentes e por outro lado a sociedade, servindo esta situação como um meio atenuante de situações de discriminação (Mendes, 2015), dado que “o emprego não existe pura e simplesmente para certas categorias da população” (Hespanha, 2008, p. 5).

Por fim, verifica-se também a necessidade de as pessoas que se encontrem em recuperação praticarem desporto, pois, existem dois tipos de vantagens que a atividade física regular permite obter, os ganhos para a saúde e a melhoria da condição física (Fernandes, 2009). A importância do desporto perante os CAD pode impulsionar mudanças no cérebro que levam ao abandono de substâncias aditivas, assim como se pode manifestar eficaz na prevenção, tratamento e recuperação destas pessoas, pois, entre os principais benefícios do desporto, verificamos o aumento da auto-estima e da auto-confiança, uma melhor imagem corporal, um maior controlo da saúde em geral, assim como a redução da depressão, da ansiedade e do stress que na maioria das vezes se revelam potenciadores do consumo de substâncias quer sejam lícitas ou ilícitas (Fernandes, 2009).

1. 6 - As comunidades terapêuticas

As comunidades terapêuticas são instituições de internamento destinadas a pessoas dependentes de substâncias em ambiente não hospitalar, dotadas de orientação técnica e

profissional, coordenada e abrangente, sendo que cada uma possui as especificidades, constatando-se também que a sua gênese remonta a um período anterior à existência de qualquer política pública (Angel, Richard e Valleur, 2002).

Segundo De Leon (2003), estas instituições têm como premissa a promoção da participação dos utentes nas atividades propostas, sendo que aqueles que participarem plenamente irão adquirir conhecimentos fundamentais para a mudança, que por sua vez conduzirá a uma rápida inserção na sociedade.

A origem das comunidades terapêuticas remonta à segunda década do século XX, nos Estados Unidos com a fundação da organização religiosa o Movimento de Oxford que acolhia pessoas dependentes de álcool e com transtornos mentais, cujo tratamento consistia em práticas que passavam pelo ensinamento da ética no trabalho, o cuidado mútuo, os valores da honestidade, da pureza e do amor e do altruísmo (Fracasso, 2017).

De acordo com Goulart (2004), na década de 40, na Inglaterra, o psiquiatra Maxwell Jones transformou o hospital Belmond, onde exercia funções de diretor, numa comunidade terapêutica com 100 camas, destinada a pessoas com transtornos mentais, na sua maioria soldados com traumas de guerra que combateram na 2ª Guerra Mundial. A intervenção realizada na comunidade terapêutica de Maxwell Jones passou a ser efetuada por psiquiatras e auxiliares médicos, envolvendo também os doentes no processo de tratamento que incidia numa aprendizagem sobre a abordagem às pequenas crises surgidas no grupo (Goulart, 2004).

A experiência de Maxwell Jones tornou-se fundamental para a inspiração de novas iniciativas, mas só mais tarde, as comunidades terapêuticas começaram a ser destinadas a pessoas dependentes de substâncias psicoativas e em 1959, nos Estados Unidos foi fundada a primeira comunidade terapêutica destinada ao tratamento de pessoas dependentes de narcóticos por Charles Dederich, uma pessoa dependente de álcool que se encontrava em recuperação, possuindo esta, vastos conhecimentos adquiridos em reuniões de Alcoólicos Anónimos, que posteriormente aliou a outras influências filosóficas e psicológicas (Fracasso, 2017).

Assim, segundo Sommer (2011), através da experiência de Charles Dederich, foi criado o programa da Synanon, consistindo num processo grupal, em que a interação se revelava fundamental para os utentes se auto-consciencializarem acerca dos aspetos negativos da sua personalidade e alterarem as suas atitudes e comportamentos associados à dependência de substâncias psicoativas, sendo que durante a primeira década da existência deste programa,

o tratamento possuía uma duração que variava de entre um a dois anos, encontrando-se dividido em três etapas.

No que concerne às diferentes etapas do tratamento durante esta época, constatou-se que numa primeira fase os utentes residiam na comunidade e realizavam trabalho comunitário e de limpezas, durante a segunda fase também residiam na comunidade, mas trabalhavam no exterior desta e durante a terceira fase residiam e trabalhavam fora da comunidade, contudo, participavam nas reuniões que se realizavam na comunidade (Sommer, 2011).

Em Itália, após a Segunda Guerra Mundial, o médico psiquiatra Franco Basaglia tornou-se o precursor do movimento de Reforma Psiquiátrica, também designada por Psiquiatria Democrática, pois, em 1961, Basaglia, assumiu a direção de um hospital, tendo-o transformado numa comunidade terapêutica e melhorado as condições de alojamento e apoio técnico de modo a proporcionar melhores condições para os doentes (Fracasso, 2017).

Em 1963, William O'Brien e David Deitch fundaram a Daytop Village, nos arredores de Nova Iorque, tendo a partir do modelo da Synanon, aperfeiçoado o programa terapêutico, que passou a ser desenvolvido posteriormente com a ajuda e participação de líderes cívicos, de políticos, de membros do clero, de profissionais de saúde e da assistência social, sendo posteriormente difundido por todo o mundo com sucesso (Goti, 1990).

De acordo com Angel, Richard & Valleur (2002), na década de 70, em França, as comunidades terapêuticas, entre elas a Le Patriarche, objetivavam o apoio psicológico, educativo, social e por vezes médico, de forma, a que as pessoas conseguissem reencontrar a sua autonomia, através de um regime de internamento de 24 horas por dia, onde os utentes se encontravam constantemente ocupados com as atividades propostas, sendo os seus comportamentos observados pelos técnicos.

No início de 90 as comunidades terapêuticas Le Patriarche possuíam 210 centros distribuídos por 17 países, destinados ao apoio de uma população constituída por cerca de 5000 utentes e em 1998, estas comunidades viriam a ser consideradas seitas, dada a ocorrência de desvios de fundos por parte da direção, as equipas técnicas não serem especializadas em comportamentos aditivos e dependências, recurso ao uso de mão-de-obra gratuita, chegando também a ser exercida violência sobre os utentes, factos que ainda atualmente levam a que muitas pessoas dependentes de substâncias possuam algumas desconfianças sobre a legitimidade das comunidades terapêuticas (Angel, Richard & Valleur, 2002).

A partir desse ano, as comunidades pertencentes ao Le Patriarche foram reestruturadas, através de um processo em que se procedeu à eliminação de todos os arquivos referente ao Le Patriarche, seguindo-se rapidamente de uma nova abertura, mas com uma nova designação, sendo que em Portugal atualmente ainda perduram algumas destas comunidades como no caso da Dianova em Torres Vedras (Dianova, 2018).

No caso português, na década de 80, a dependência de substâncias ilícitas difundiu-se, tendo surgido as primeiras iniciativas políticas que visavam a procura de respostas integradas ao nível do tratamento e formas de lidar com este fenómeno, assim como formas de resolver os problemas sociais e sanitários que se encontravam associados a esta problemática, porém, dada a inexistência de programas, projetos e legislação de carácter público que oferecessem alternativas às pessoas dependentes de substâncias que quisessem realizar tratamento, as comunidades terapêuticas possuíam um papel fundamental para o tratamento destas pessoas (IDT, 2011a).

As comunidades terapêuticas continuaram a expandirem-se por todo o país, de forma a dar resposta aos inúmeros casos de dependências tanto de substâncias lícitas como ilícitas ocorrentes na sociedade portuguesa (IDT, 2011a), sendo também recontextualizados os seus objetivos para que fossem criados espaços de reflexão que permitissem aos indivíduos a elaboração da sua história pessoal, podendo esta reflexão fornecer um novo sentido à sua vida, através da identificação de aspetos suscetíveis de mudança, onde se encontram os padrões negativos de comportamentos e de sentimentos que predis põem os indivíduos para o consumo de substâncias (Fracasso, 2017).

Nas comunidades terapêuticas a democratização é considerada uma peça-chave, embora aspetos como a aceitação, o controlo, a autoridade, a tolerância e a comunicação não possam ser descurados, desta forma é possível atingir a abstinência e a sua manutenção, assim como a promoção da autonomia e da responsabilidade, revelando-se também de fundamental importância a participação dos utentes na vida ativa da comunidade (De Leon, 2009).

Relativamente à legislação em vigor, atualmente as comunidades terapêuticas encontram-se reguladas pelo Decreto-Lei n.º 74/2016 de 8 de novembro, tendo este decreto, estabelecido alterações ao Decreto-Lei n.º 16/99, de 25 de janeiro, que regulava o licenciamento, o funcionamento e a fiscalização do exercício da atividade das unidades privadas que visassem o tratamento ou a recuperação de toxicodependentes e definia a que requisitos deviam obedecer as suas instalações, organização e funcionamento.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 74/2016, o XXI Governo Constitucional, através do programa SIMPLEX promoveu a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, atribuindo à Entidade Reguladora da Saúde, a total competência para o licenciamento dos estabelecimentos privados que intervêm na área dos comportamentos aditivos e dependências.

À data da realização desta dissertação existiam em Portugal 55 comunidades terapêuticas convencionadas (Ribeiro & Guerreiro, 2017) onde se inclui a Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, sendo que nestas instituições para além dos tratamentos de dependência de álcool e de substâncias ilícitas são tratadas dependências de jogo e de sexo, assim como perturbações do comportamento alimentar.

1. 7 - As Instituições Totais

A pertinência deste tópico objetiva uma tentativa de desconstrução do mito existente na sociedade portuguesa de que as instituições especializadas em tratamentos de dependências, nomeadamente as comunidades terapêuticas são semelhantes a prisões, hospitais, asilos, mosteiros e hospícios que se caracterizam pelas suas regras e códigos de conduta rígidos, pelo uso de uniformes, por regimes autoritários e opressivos, pela frequência de cultos religiosos, pela sua localização isolada, pela separação entre sexos e pelas restrições à liberdade (Goffman, 1961), o que leva muitas pessoas dependentes de substâncias a não solicitarem ajuda para o seu problema.

A análise dos dados referentes ao 3º objetivo deste estudo pretende desmistificar esta situação, podendo levar mais pessoas a solicitar apoio para a resolução do seu problema, dado que as comunidades terapêuticas, onde se destaca a Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem se revelam adequadas à realização de um tratamento para o consumo de substâncias.

Desta forma, será adequada a introdução do conceito de Instituições Totais, sendo este termo vulgarmente usada na sociologia referente às instituições possuidoras de características de isolamento ou fechamento (Goffman, 1961). Segundo Goffman (1961), o seu caráter total é simbolizado pela barreira ou fechamento ao mundo externo, assim como por proibições à saída que muitas vezes não se encontram relacionadas com portas fechadas, fossos, água, florestas, paredes altas, arame farpado, ou pântanos.

As Instituições Totais foram criadas para albergar grandes grupos de indivíduos com situações/problemas semelhantes para que se mantenham separados da sociedade por um considerável período de tempo, levando uma vida fechada e administrada formalmente,

podendo-se assim encontrar as seguintes especificidades, dado que foram criadas para: i) cuidar de pessoas inofensivas e incapazes como órfãos, indigentes, cegos e idosos; ii) cuidar de pessoas que se revelam incapazes de cuidar de si mesmas, mas que simultaneamente se revelam uma ameaça não intencional para a comunidade como os leprosos e os tuberculosos; iii) proteger a comunidade contra perigos e ameaças como as cadeias ou os campos de concentração; iv) servir de refúgio do mundo como no caso dos mosteiros, conventos ou abadias (Goffman, 1961).

Tal como defende Foucault (1972), a Antiguidade Clássica procurando a pureza formal, o equilíbrio e o rigor, inventou o internamento, tal como na Idade Média foi realizada a segregação dos leprosos, mas, enquanto o sentido dos leprosários era apenas médico, na Antiguidade Clássica, os internamentos possuíam significados políticos, religiosos, sociais, morais e económicos, encontrando-se entre os principais lugares de internamento, os hospícios e as obras religiosas, assim como as casas de internamento que visavam a ordem pública, o auxílio, a punição, a caridade e a previdência governamental.

Ainda de acordo com Foucault (1972, p. 70), entre as pessoas internadas durante a Antiguidade Clássica distinguiram-se os “bons e os maus pobres, os de Jesus Cristo e os do Demónio”. Perante esta divisão, tanto os bons como os maus pobres se revelavam úteis para as casas de internamento, dado que os bons pobres eram humildes e modestos, aceitavam e reconheciam tudo aquilo que lhes era imposto pela autoridade, enquanto os maus pobres, entre eles os mentirosos, os bêbados, os vagabundos e os inimigos da boa ordem, se queixavam da coação exercida pelas regras institucionais e amaldiçoavam os diretores das instituições (Foucault, 1972).

Nessa época, dada a desumanização institucional, os doentes deveriam incorporar um conjunto de características e disposições que se revelavam indispensáveis à sua sobrevivência na instituição como as demarcações dos papéis, as dramatizações necessárias para a criação de um efeito de inserção e a automatização psíquica e corpórea (Bourdieu, 1996).

Segundo Pestana (2014), as Instituições Totais são caracterizadas por uma forma de tratamento universalizado, padronizado e homogéneo, em que todos os utentes são considerados doentes, encontrando-se estes na instituição para serem curados e adequadamente adaptados, de modo a fazerem face às dificuldades impostas pela sociedade, o que leva as instituições a legitimarem que determinadas doenças podem ser diagnosticadas como se de delinquência ou loucura se tratasse.

Assim, as regras institucionais assentam em conteúdos rígidos que visam moldar a identidade das pessoas de modo a que estas correspondam às expectativas da sociedade, das famílias e da equipa técnica, dispondo de um serviço especializado e legitimado, cujo objetivo é a anulação da individualidade dos doentes, onde qualquer problema ou dificuldade são entendidas como um sinal de que os doentes não se encontram preparados para viverem em sociedade, pelo que necessitam de mais tempo de tratamento, o que por sua vez culmina com a segregação destes doentes (Pestana, 2014).

De acordo com Goffman (1961), neste ambiente institucional, a equipa técnica impõe a obediência aos doentes, mantendo uma distância social e transmitindo também a impressão de que os objetivos racionais da instituição, assim como os padrões humanitários são mantidos, objetivando estes aspetos a manutenção da moral e a inviabilização de qualquer forma de instabilidade, mas sempre transmitindo a imagem de que o tratamento é realizado de forma democrática. Neste tipo de instituições a disciplina é vista como um tipo de poder ou como uma tecnologia que objetiva a moldagem de uma multiplicidade de corpos, num espaço limitado e não muito extenso o que torna a interação entre estes dois grupos limitada por padrões e regras impostas formalmente (Foucault, 1999).

Nos casos em que os doentes cometem infrações são aplicadas sanções, porém, ocorrem relações quer de carácter pessoal, solidário ou social entre ambos os grupos, quando este entendimento se torna necessário para atingir objetivos da instituição, sendo este entendimento designado por “cerimónias institucionais”, e desta forma, os doentes possuem oportunidades para adquirirem maiores competências para viverem em sociedade, competindo à equipa técnica um papel de supervisão, podendo no entanto verificar-se a ocorrência de situações de maior proximidade entre os doentes e membros da equipa quando estes são oriundos de classes sociais semelhantes (Goffman, 1961).

O internamento deriva de diversas situações, podendo ser efetuado de forma voluntária pelo doente ou involuntária, ficando este, a partir do momento em que ingressa na instituição, desprovido das suas relações e direitos com o mundo exterior, assim no início do tratamento torna-se necessário abordar o passado dos doentes, sendo que durante os primeiros tempos de tratamento, estes desenvolvem sentimentos de abandono e evitam contactos com outras pessoas, desejando o anonimato (Pestana, 2014).

Com o passar do tempo na instituição e devido às sanções, às restrições e às privações que são parte integrante do tratamento, os doentes percebem que as suas defesas quebraram, o que os leva a aceitarem a sua realidade e a integrarem-se no sistema institucional, criando

posteriormente histórias, na maioria das vezes fictícias, servindo estas para explicar os seus fracassos, mas quando estas histórias são desmentidas pela equipa técnica, os doentes aceitam ou fingem aceitar a interpretação dos técnicos, procurando esconder a verdadeira história (Pestana, 2014).

Capítulo II: A intervenção do Serviço Social no âmbito dos Problemas Ligados ao Álcool

Este capítulo aborda o Serviço Social no âmbito dos Problemas Ligados ao Álcool, tendo em conta os campos paradigmáticos e os modelos de intervenção em Serviço Social que habitualmente servem de base para a intervenção neste âmbito. Destacamos a importância do Serviço Social nesta área, através de uma reflexão inerente aos seus papéis e funções, verificando-se a necessidade de uma recontextualização da prática profissional.

2. 1 - O Serviço Social nos Problemas Ligados ao Álcool

A relação do Serviço Social com a saúde é historicamente intensa, remontando ao final do século XIX nos Estados Unidos, onde Mary Richmond, baseando-se nas influências da enfermagem de Florence Nightingale, nas quais se destacavam as visitas domiciliárias e o relacionamento, conferiu alguma visibilidade ao Serviço Social, existindo também registos da participação de Assistentes Sociais na área da saúde por volta de 1880, onde colaboravam com as equipas de saúde no tratamento e na prevenção da tuberculose (Martinelli, 2003).

De acordo com Martins (1999) com o estabelecimento da democracia, Portugal sofreu uma viragem positiva no que respeita ao desenvolvimento e às diversas transformações sociais e assim, o Serviço Social deixou de ser uma profissão exclusivamente feminina, começando neste período os Assistentes Sociais a desempenhar as suas funções no Ministério da Saúde e na Assistência, prestando apoio às famílias, a menores, a pessoas com tuberculose e a pessoas com deficiência.

Nos anos 80, a maioria dos Assistentes Sociais trabalhava nas Misericórdias e na Segurança Social desempenhando cargos de chefia, enquanto nos anos 90, com o desenvolvimento económico e social tornou-se necessário uma maior aquisição de competências e qualidades humanas por parte dos Assistentes Sociais, de modo a que a qualidade de vida das pessoas e das comunidades mais necessitadas fosse promovida (Martins, 1999).

Assim deu-se a necessidade de dotar os Assistentes Sociais de uma maior sensibilidade social, convicção e confiança nas pessoas, habilidade para motivar e animar, maturidade humana e destreza para vencer as adversidades (Ander-Egg, 1995), prevalecendo nesta época o Serviço Social de Casos que se baseava numa ação de dinâmica mútua entre o Assistente Social e o cliente visando o tratamento social (Vieira, 1988).

No que concerne ao Serviço Social na saúde, dado que os comportamentos aditivos se englobam neste campo, “(...) os Assistentes Sociais atuam geralmente aos seguintes níveis: i) na avaliação dos fatores psicossociais interferentes na saúde de pessoas, grupos e comunidades com especial atenção a grupos e situações identificadas como de risco e vulnerabilidade; ii) na avaliação dos fatores psicossociais envolvidos no tratamento da doença e reabilitação; iii) na intervenção psicossocial a nível individual, familiar e grupal; iv) no aconselhamento e intervenção em situações de crise por motivos médicos e/ou sociais; v) na promoção da prestação de serviços de qualidade centrados no doente e baseados em parcerias com o doente, a família e cuidadores informais; vi) na advocacia social em favor do doente e família; vii) na avaliação e criação de recursos sociais nas comunidades locais de referência; viii) na mobilização, organização e coordenação das entidades e atores sociais relevantes para a prestação de cuidados de saúde e sociais; ix) na definição e realização de programas de prevenção e promoção da saúde e de intervenção comunitária; x) na educação e informação em saúde” (DGS, 2007, p. 5).

Segundo Martinelli (2003), devido às especificidades do campo da saúde são colocados enormes desafios aos Assistentes Sociais que necessitam de ser ágeis e concretos nas suas intervenções, devendo também estabelecer uma relação com os utentes que visa a garantia dos seus direitos de cidadania. Assim, no trabalho interdisciplinar, torna-se também fundamental que os Assistentes Sociais desenvolvam relações de mutualidade e de partilha de responsabilidades, destacando-se a importância da “(...) ética no tratamento das informações, na sua circulação no âmbito das equipas e a restituição ao sujeito, com o necessário apoio técnico-científico e como expressão de direito de cidadania” (Martinelli, 2003, p. 28).

Em contrapartida ao desenvolvimento que se tem vindo a verificar nos últimos anos, a sociedade portuguesa apresenta diversas problemáticas sociais que colocam importantes desafios ao Serviço Social, nomeadamente, a pobreza, situações de isolamento, comportamentos aditivos e dependências, vulnerabilidade e exclusão social, problemáticas estas que deveriam ser mais apoiadas pelo Estado, mas este tem vindo a demitir-se das suas funções, delegando-as para a sociedade civil, encontrando-se estes aspetos associados à configuração e aos princípios dos Estados Sociais (Pimentel & Albuquerque, 2010).

No decorrer dos últimos anos em Portugal, as questões relacionadas com o estudo e o desenvolvimento dos territórios têm sido considerados assuntos de fundamental importância para o Serviço Social, entendendo-se por território, um espaço geográfico caracterizado por

aspectos económicos, sociais, políticos, jurídicos, administrativos, morais, éticos e de poder (Vale, Saquet & Santos, 2005).

Com a evolução do Serviço Social, as problemáticas sociais deixaram de ser vistas como aspetos que derivam da responsabilidade dos indivíduos, grupos ou comunidades, e desta forma, Mouro (2013) entende que os problemas sociais são causados pelas desigualdades decorrentes do desenvolvimento, realçando a importância de uma nova forma de olhar para as questões relacionadas com os territórios, para que sejam compreendidas as dinâmicas que conduzem várias pessoas, grupos e comunidades a situações de risco como no caso dos comportamentos aditivos e dependências.

Devido ao recuo do Estado no combate aos problemas sociais, a sociedade civil, através de práticas de governança⁸ tem assumido um importante papel no apoio às pessoas, grupos ou comunidades mais necessitadas (Pimentel & Albuquerque, 2010), pois verifica-se a necessidade de dotar a sociedade portuguesa de cidadania, contudo, “(...) face ao acesso diferenciado a recursos educativos, culturais, económicos e até sociais, distribuídos de forma desigual, a liberdade de participar nas decisões é desigual, condicionando a democracia e por inerência a cidadania” (Gonçalves, 2011, p. 83).

Devido aos défices de cidadania existentes em Portugal que derivam do excesso de individualismo, continuam a proliferar o racismo, a xenofobia, a discriminação contra pessoas com deficiência e idosos e o estigma social imposto às pessoas com dependências, escassa coesão territorial, entre outras mais situações, compete a toda a sociedade portuguesa uma auto-consciencialização sobre a mudança de mentalidades (Vieira, 2015), dado que o conceito de cidadania começou a ser definido após a revolução francesa, mas ainda hoje a sua prática é escassa, não sendo os direitos aplicados ou concedidos a todos os cidadãos (Nogueira & Silva, 2001).

No que concerne às transformações sociais que se têm verificado no últimos anos, Bauman (2007) designa-as como a passagem da fase sólida da modernidade para a líquida, devido ao incessante ritmo das transformações sociais causadas pela globalização e pelo desenvolvimento económico, pois, antes da revolução tecnológica vivia-se a modernidade sólida, entendida como um período onde era possível estabelecer planos e criar metas a longo prazo, enquanto atualmente devemos pensar a curto prazo, pois vivemos tempos de angústias

⁸ A governança é “um fenómeno pluridimensional, que, além das questões relacionadas com o desenho da arquitetura institucional dos órgãos locais, mais centralistas ou mais horizontais, incorpora a ideia de participação dos atores chave nos assuntos públicos e corresponde ao conjunto de processos e atores locais envolvidos na ação local” (Gonçalves, 2011, p. 3).

e incertezas, dado que esta nova sociedade se encontra pautada pelo consumismo e pelo individualismo, o que torna tudo inseguro e passível de mudanças.

Perante o aumento e mutações dos problemas sociais, o Serviço Social necessita de se reajustar ou redefinir, tendo como referências os princípios que orientam a profissão, nomeadamente a defesa dos direitos humanos e a justiça social, afirmando-se cada vez mais como uma profissão que estuda, compreende e intervém na realidade, tal como afirma a mais recente definição de Serviço Social aprovada pela Assembleia Geral da IFSW e da IASSW, referindo que “O Serviço Social é uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empowerment e a promoção da Pessoa” (APSS, 2018)⁹.

Assim, com a nova definição do Serviço Social compete ao Assistente Social promover a participação democrática das populações para que o desenvolvimento de um território produza benefícios, desta forma, torna-se necessária a coesão social, cabendo a todos os intervenientes um papel ativo, participativo e promotor de mudança social. De acordo com Vieira (2015, p. 39), “a participação pode ser entendida tanto como razão existencial dos sujeitos (na sua relação com o outro e com o mundo), como processo pedagógico de aprendizagem (de aquisição de competências participativas), quer ainda, como lugar político ou relação conflitual entre poder atribuído e poder reclamado”.

O movimento promotor da participação das populações teve a sua génese na América Latina, idealizando ao Serviço Social uma nova forma de entender o cliente/utente, passando este a ser visto como sujeito e não como objeto da intervenção e assim esta concepção também originou mudanças na forma de atuar do Assistente Social, passando este a inserir as suas intervenções num movimento de mudança social, tomando o partido dos grupos desfavorecidos, para que sejam alteradas as estruturas geradoras de injustiça e desigualdade (Faleiros, 2005), o que é corroborado por Oca (2013, p. 127), “a intervenção participativa produz-se e desenvolve-se num marco de novas relações de poder, na qual o ator beneficiário deixa de ser um sujeito passivo para se converter em parte ativa fundamental do processo de intervenção”.

De acordo com Dominelli (2004), todas as pessoas devem ter acesso à assistência e serem tratadas com dignidade, pois estes elementos são integrantes dos direitos de cidadania que não podem ser negados a ninguém. Devido aos danos causados pelo consumo de

⁹ Acedido em 30 novembro, 2018, em: <https://www.apross.pt/profissao/defini%C3%A7%C3%A3o/>

substâncias ilícitas e lícitas ocorreu a necessidade de o Serviço Social enfrentar novos desafios e compromissos, desta forma tornou-se necessário uma redefinição dos seus dispositivos teórico-práticos, assim como das suas habilidades e competências (Amaro, 2008).

Tal como verificado pelo contributo de Nogueira & Silva (2001) os défices de cidadania ocorrentes na sociedade portuguesa têm conduzido a que os direitos das pessoas, grupos ou comunidades mais vulneráveis não sejam exercidos e desta forma os Assistentes Sociais têm manifestado uma certa preocupação que os leva ao desenvolvimento de atividades que objetivam o restabelecimento dos direitos sociais e a promoção da igualdade de oportunidade no acesso dos utentes à saúde (Barbosa, 2011).

Para que os direitos das pessoas dependentes de substâncias sejam exercidos, nomeadamente nos diversos organismos que lhes fornecem cuidados, verifica-se a necessidade de os Assistentes Sociais utilizarem como prática de intervenção a advocacia social, cujo termo se encontra associado ao facto de estes profissionais atenderem pessoas em situação de carências sociais e de saúde e de lhes providenciarem o acesso a recursos que objetivam a satisfação das necessidades básicas, nomeadamente, a educação, a saúde, o apoio e proteção social, o acesso à justiça, a formação e o emprego (Barbosa, 2011).

De acordo com Amaro (2000) para se sair de um processo de exclusão social é fundamental que os indivíduos estabeleçam relações positivas com a sociedade, de forma a reparar ou criar laços com as estruturas sociais, mas, para que esta situação ocorra é necessário que as pessoas em risco procurem a sua situação de cidadãos e que a sociedade permita a sua cidadania, isto é, a sociedade deve permitir a todas as pessoas marginalizadas ou em risco de exclusão, o acesso às oportunidades de uma forma igualitária.

Devido às condições físicas, psicológicas e sociais que as pessoas dependentes de substâncias apresentam, Barbosa (2011) considera que estas se encontram bastante vulneráveis e desempoderadas, o que de certa forma se torna limitador do seu acesso às unidades de tratamento, assim, os Assistentes Sociais devem representar o papel de mediadores, ou seja, devem mediar as relações entre os consumidores e as estruturas sociais, competindo-lhes as funções de informar os consumidores acerca dos seus direitos sociais, a regularização administrativa da condição de cidadania, o reconhecimento dos direitos, o reforço da dialética direitos-deveres, a proteção dos direitos sociais e defesa dos direitos individuais. O facto de o Assistente Social acompanhar os utentes/consumidores às consultas médicas têm-se revelado fundamental para que os profissionais da saúde adquiram uma maior

consciencialização e sensibilidade perante os problemas e necessidades destas pessoas (Barbosa, 2011).

Segundo Almeida (2014), a mediação é um processo que conduz à resolução pacífica de conflitos, em que uma terceira parte independente e imparcial tenta auxiliar as outras partes a resolverem conflitos ou melhorar situações, servindo também regular relações sociais e impulsionar mudanças, neste sentido, na ótica de Granja (2008), quando se trata de pessoas com comportamentos aditivos e dependências, a sua relação com a sociedade é mais complicada, devido às dificuldades que as estruturas sociais possuem para compreender, aceitar e incluir estas pessoas, e assim a mediação deve atuar como uma estratégia para empoderar as pessoas em risco e transformar as estruturas sociais para que estas aprendam a aceitar as situações que lhes são adversas.

Desta forma, compete ao mediador facilitar o processo de interação e de comunicação daqueles que não conseguem ou possuem dificuldades em comunicar ou interagir, devendo este profissional possuir diversas competências como a capacidade de análise, a comunicação, a negociação, a argumentação, saber trabalhar em rede, a planificação e a avaliação, competências estas que se devem fazer acompanhar de sensibilidade social (Almeida, 2014).

Ainda de acordo com Almeida (2014), no que concerne aos níveis da mediação social e comunitária para a inclusão ou reinserção de pessoas com comportamentos aditivos e dependências, destaca-se a importância da intervenção se realizar aos níveis macro, meso e micro, em que ao nível macro é necessário que as estruturas sociais possuam uma atitude menos preconceituosa perante estas pessoas e sejam dotadas de uma verdadeira consciencialização sobre os CAD.

Ao nível meso pretende-se o restabelecimento ou a manutenção de laços familiares, assim como as relações de vizinhança, a desmistificação dos mitos e crenças e o aumento dos conhecimentos sobre os CAD; enquanto ao nível micro é necessário um trabalho de mobilização pessoal, de capacitação e de criação de condições para participação e para o exercício da cidadania, pretendendo-se atingir os seguintes objetivos: i) a regularização da condição de cidadania; ii) o aumento da capacidade de comunicação e de relacionamento interpessoal; iii) o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, iv) a promoção da integração nos grupos de pertença; v) o acesso às condições básicas de vida; vi) a promoção da empregabilidade; vii) o desenvolvimento da tomada de decisão (Almeida, 2014).

Na sociedade atual, verifica-se também a necessidade de os Assistentes Sociais desempenharem o papel de potenciadores do empowerment¹⁰, ou seja, promoverem a participação dos consumidores, utentes, populações, grupos, etc., de modo a que estes detetem as suas necessidades, se envolvam nas tomadas de decisão, descubram potencialidades e capacidades que pensavam não vir a possuir, devendo também respeitá-los e aceitá-los como parceiros iguais para que as intervenções ocorram com sucesso (Barbosa, 2011).

Em Portugal, apesar de nos encontrarmos perante este novo paradigma do Serviço Social na Academia e em teoria, constata-se que as instituições não têm acompanhado este progresso (Amaro, 2008). Desta forma, nas instituições sociais compete ao Assistente Social promover a participação dos utentes, mas, na ótica de Iamamoto (2011), o Assistente Social não dispõe de meios financeiros, técnicos e humanos para a efetivação do trabalho autónomo, encontrando-se dependente dos recursos das entidades empregadoras para exercer o seu trabalho e desta forma, enquanto a instituição organiza o trabalho onde o Assistente Social participa, fornece meios para a sua realização, estabelece prioridades e interfere na definição de papéis e de funções, o Assistente Social mantém a sua condição de assalariado.

No entanto, em Portugal, para além das dificuldades inerentes ao trabalho do Assistente Social, também o Estado não se revela muito empenhado na resolução de problemas sociais (Dominelli, 2004) e o Serviço Social ainda se encontra longe de superar as dificuldades relacionadas com a sua afirmação nas ciências sociais e no universo das profissões instituídas (Branco, 2009; Caria, 2017).

2. 2 - Os campos paradigmáticos do Serviço Social

Nos últimos anos, devido ao surgimento de novas profissões sociais em Portugal, cada vez mais o Serviço Social enfrenta maiores dificuldades no âmbito da institucionalização, sendo esta profissão também caracterizada pela ausência de uma sólida identidade profissional (Caria, Sousa & Almeida, 2017).

De acordo com Amaro (2008), o Serviço Social português encontra-se pautado pela escassez de investigação, bem como de uma reflexão sistemática e permanente sobre a prática que culmina na parca produção de conhecimento e na inexistência de um trabalho intelectual disciplinado, fatores estes que dificultam o estabelecimento de uma relação adequada entre a teoria e a prática, e desta forma destaca-se a importância da capacidade de leitura, a

¹⁰ “Empowerment é o processo através do qual os sujeitos individuais e coletivos de uma comunidade, por meio de processos participativos, constroem estratégias políticas locais que visam atingir objetivos comuns, consensualmente traçados” (Gonçalves, Marta-Costa & Cristóvão, 2013, p. 88).

observação, a escrita, a reflexão, a crítica e a argumentação para a realização de uma melhor fundamentação do trabalho científico.

No entender de Beck (1992) devido ao desmoronamento da sociedade industrial, na sociedade atual manifesta-se a impossibilidade de se conseguir delinear um futuro seguro e sólido e desta forma vivemos numa “sociedade do risco”, dado que os problemas sociais não podem ser entendidos nem resolvidos através dos modelos institucionalizados pelo sistema da sociedade industrial. Assim, devido às constantes mutações dos problemas sociais, Payne (2002), considera fundamental a importância do desenvolvimento de novas práticas de intervenção, entre elas, o uso da reflexividade, dado que esta é uma das características das teorias modernas do Serviço Social.

Por sua vez Amaro (2008), salienta que é imprescindível a existência de teorias para que intervenção do Serviço Social seja mais adequada, contudo, a ação desempenha um papel prático que possibilita a construção e a renovação de novos conhecimentos teóricos, pelo que desta forma, entre a teoria e a prática existe uma relação de reciprocidade e de interdependência. Assim, para que a intervenção dos Assistentes Sociais possa ser competente, útil e clara, necessita de ter por base uma teoria que os ajude a pensar teoricamente, proporcionando-lhes desta forma, uma melhor compreensão sobre a pessoa e a situação/problema (Howe, 2008). Segundo Restrepo (2003) para que a identidade profissional dos Assistentes Sociais se consolide é necessário que as teorias se tornem peças fundamentais para a orientação, para a procura e para a construção de conhecimentos, devendo assentar numa base crítica e refletida.

Para Carvalho & Pinto (2014), devido à existência de múltiplas formas de intervenção e perspetivas acerca dos problemas sociais, a teoria não fornece orientações ajustadas, dado que cada situação é uma situação e cada profissional possui a sua identidade e assim, não é possível encontrar teorias que ajudem a reconhecer e compreender uma linha orientadora para todas as situações ou problemas, o que torna difícil a conciliação dos valores dos profissionais com os resultados pretendidos pelas instituições. Dado que a intervenção dos Assistentes Sociais se desempenha maioritariamente em instituições, estatais ou IPSS's, o seu papel é definido tanto pela legislação, pelas políticas sociais ou pelos procedimentos das instituições, tornando o profissional num mero burocrata, pois o seu desempenho é condicionado, assim como, a verdadeira definição de Serviço Social (Payne, 2002).

Por diversas vezes, verifica-se na literatura de Serviço Social que as referências às teorias são efetuadas de um modo geral e indiferenciado dos modelos de intervenção, o que

provoca certa confusão, desta forma, através da Figura 2, Amaro (2008) considera que a categorização proposta é abrangente o suficiente para integrar as diferentes teorias existentes, objetivando o alcance de um maior conhecimento em relação aos campos da ação, pois como o Serviço Social pode ser interpretado sob diversas perspectivas, não é aconselhável o uso de uma só teoria, o que leva os Assistentes Sociais a posicionarem-se de acordo com os princípios e as teorias adequadas para o campo onde exercem funções.

Figura 2 - Campos paradigmáticos do Serviço Social



Fonte: Amaro (2008)

Na Figura 2 são apresentadas quatro correntes filosóficas, nomeadamente, o interpretativismo, o funcionalismo, o humanismo e o estruturalismo, propondo cada uma delas distintas formas de análise e compreensão sobre o Serviço Social (Amaro, 2008). O interpretativismo e o funcionalismo encontram-se relacionados com o paradigma vigente, dado que se referem apenas a aspetos como o conhecimento e o desempenho de funções, respetivamente, enquanto o estruturalismo e o humanismo se enquadram no designado paradigma alternativo que nos últimos anos tem registado uma maior atualização e renovação teórica (Amaro, 2008).

Devido aos diferentes entendimentos sobre o Serviço Social português ocorrem distinções entre os paradigmas vigente e alternativo, encontrando-se o paradigma vigente ligado ao pensamento mais clássico do Serviço Social e à acomodação dos profissionais que acabam por se tornar meros executores de políticas sociais e gestores de recursos, enquanto, perante o paradigma alternativo, a identidade profissional do Assistente Social é “pautada por valores, nomeadamente, o da participação das populações, do empowerment, da mobilização, da criatividade, da agentividade e da não standardização de respostas, pelo que a prática profissional é assumidamente não-neutra e comprometida com as populações utentes no desígnio do desenvolvimento das suas potencialidades” (Amaro, 2008, p. 67).

No entanto, em Portugal, acaba por se verificar que a maioria das práticas dos Assistentes Sociais objetivam a ordem e a conformação e assim, o profissional é apenas visto como um agente neutro dotado de competência técnica para a realização de atividades profissionais que conduzem à preservação da sociedade existente e à cooperação entre os sujeitos e o sistema (Mullaly, 1993).

Desta forma, em Portugal predomina o paradigma vigente, esperando-se que prevaleça o alternativo, pois, torna-se cada vez mais necessária uma recontextualização do Serviço Social, dado que “uma profissão que se denomina de social tem inerentemente de ir acompanhando os tempos, isto é, tem de adaptar-se aos desafios e condicionalismos das sociedades onde opera, sob pena de inutilidade, quando não mesmo de prejuízo” (Pinto, 2014, p. 143).

De acordo com Mouro (2006) devido ao paradigma vigente não se fundamentar em teorias críticas, não é correto afirmar que se encontra errado, mas sim, desatualizado, pelo que se verifica a necessidade da implementação do paradigma alternativo, promotor de um Serviço Social Crítico, assente no humanismo/estruturalismo.

Voltando à Figura 2, destaca-se a fundamental importância da discussão conflito/ordem, para o Serviço Social, pois a perspectiva do conflito encara a sociedade como uma fonte de contradições que se revelam fundamentais para a evolução social (Amaro, 2008). Tal como citado por Marx (2012, p. 98) “(...) as revoluções são a locomotiva da história”, dado que sem conflito não ocorre mudança, mas por outro lado, o conflito e a mudança são tomados como sinais de disfuncionalidade, pois colocam em causa a ordem e a coesão social (Amaro, 2008).

De acordo com Fook (2003), a teoria crítica centra as suas propostas analíticas no desafio à dominação e à opressão sob todas as suas formas, nomeadamente, a estrutural, a interpessoal e a pessoal, tendo a ideia de que as estruturas sociais são mutáveis e necessitam de novas fontes de conhecimento. A partir da segunda metade dos anos noventa, o Serviço Social Crítico começou a manifestar-se, recuperando para tal, os princípios do marxismo e do feminismo, que foram articulados com os contributos mais recentes da teoria social crítica e das perspectivas da pós-modernidade, para que o Serviço Social se torne atento e crítico às funções do controlo social da profissão e do sistema de bem-estar, manifestando também uma preocupação com a análise estrutural dos problemas pessoais dos seus públicos (Amaro, 2008).

Apesar da génese das teorias marxistas, remontar ao século XIX, estas ainda se mantêm atualizadas e assim, o Serviço Social ao inspirar-se nestas teorias desenvolverá aspetos essenciais para a sua prática, sendo de destacar também que durante os anos 70 em Portugal, estas exerceram uma forte influência devido às injustiças sociais, desigualdades, exclusão social e opressão que se faziam sentir (Netto, 1989).

De acordo com Santos e Martins (2016), as teorias marxistas possuem como premissa o facto de, em vez de serem as pessoas, os grupos ou as comunidades a adaptarem-se à sociedade de modo a resolverem os seus problemas, devem ser transformadas as principais estruturas da sociedade, dado que estas originam a maioria dos problemas sentidos pela população.

Desta forma, torna-se necessário que os Assistentes Sociais desenvolvam o seu trabalho numa perspetiva dialógica que permita às pessoas, grupos ou comunidades, não serem apenas vistas como objetos passivos, mas como sujeitos ativos e possuidores de capacidades e potencialidades, assim como detentores de um poder que deverá ser usado para a resolução dos seus problemas, devendo também os profissionais acreditarem na capacidade de transformação e emancipação dos sujeitos da intervenção (Healy, 2001).

No que concerne ao Serviço Social estrutural, de acordo com Amaro (2008), a sociedade é vista como um aglomerado de estruturas, que apesar de construídas pelos sujeitos, são exteriores aos mesmos, exercendo-lhes também funções de dominação e de opressão, pelo que desta forma, se verificam conflitos sociais entre diversos grupos.

Assim verifica-se a necessidade de o Serviço Social propor novas formas de intervenção que respondam aos problemas sociais contemporâneos, que aliviem as pessoas com comportamentos aditivos e dependências das situações de opressão em que se encontram, bem como, de encontrar condições para modificar a realidade social (Mullaly, 1993).

Desta forma, numa primeira instância, o Serviço Social Estrutural destaca o contexto de trabalho onde o Assistente Social se movimenta, ou seja, as instituições que acabam por limitar a sua capacidade de agir e perante esta situação compete ao Assistente Social vincular-se às classes mais oprimidas da sociedade, onde se destacam as pessoas com comportamentos aditivos e dependências, tentando transformar as estruturas sociais (Amaro, 2008).

Devido às problemáticas sociais existentes no mundo contemporâneo, o Assistente Social deverá seguir os princípios da equidade e da justiça social, assumindo-se como

mediador e defensor dos direitos e dos interesses das pessoas, grupos ou comunidades mais vulneráveis (Amaro, 2008).

2. 3 - Modelos de intervenção em Serviço Social

Na década de sessenta nos Estados Unidos a tradicional metodologia de intervenção em Serviço Social começou a ser posta em causa, dando-se a necessidade de refletir sobre os princípios base da profissão assim como da forma de agir dos Assistentes Sociais para se encontrarem novos caminhos para a profissão (Payne, 2002). De acordo com Caparrós (1998) esta situação conduziu à implementação dos modelos de intervenção nas ciências sociais, modelos estes definidos como um conjunto de princípios relativos a um campo definido por fenómenos ou experiências, surgindo de teorias, que posteriormente são aplicadas na prática.

Na ótica de Du Ranquet (1996), as teorias e os modelos encontram-se intrinsecamente ligados, mas são os modelos que objetivam o delinear de estratégias e de técnicas que permitem a resolução dos problemas sociais. Tal como defende Mouro (2006) os modelos de intervenção em Serviço Social revelam-se fundamentais para: i) a criação de uma relação entre as estratégias de regulação do equilíbrio social e as instituições; ii) para responder aos efeitos sociais causados pela dinâmica do processo económico; iii) conferir o devido reconhecimento à profissão na gestão das dificuldades sociais.

Devido à existência de uma grande diversidade de modelos de intervenção, Viscarret (2007) salienta a impossibilidade de se constatar qual deles se revela mais adequado para a resolução de determinada situação, pois não existe um único modelo que se adapte a todas as situações, dado que cada situação possui as suas particularidades, assim, a escolha de determinado modelo deve ter em consideração um conjunto de fatores que justifiquem a sua utilização, nomeadamente, o conteúdo conceptual, a natureza da intervenção, a natureza da instituição, a sociologia contida na prática do modelo, os valores e a ética subjacentes ao modelo a aplicar, a concepção da pessoa com quem se vai intervir e, por fim, a natureza da relação entre o Assistente Social e os utilizadores dos serviços.

Desta forma, Payne (2002), defende que a intervenção não se deve pautar apenas por um modelo, pois é necessário o cruzamento dos diversos modelos de acordo com os objetivos da intervenção. Relativamente aos modelos de intervenção em Serviço Social aplicados, normalmente, à área dos comportamentos aditivos e dependências é possível a identificação dos seguintes:

- i) **Modelo Psicossocial** - Modelo clássico que emerge da prática profissional e que tendo por base diversas teorias foi-se desenvolvendo ao longo do tempo, centrando-se no funcionamento psíquico dos indivíduos, nomeadamente nas suas potencialidades e dificuldades, de modo a procurar a resolução de problemas que derivam do desequilíbrio entre estes mesmos indivíduos e o seu meio social (Du Ranquet, 1996);
- ii) **Modelo centrado na resolução de problemas** - Dada a necessidade das intervenções se direcionarem para a resolução dos problemas dos utentes, é fundamental que estes acreditem e aceitem que o técnico é uma peça importante para a resolução dos seus problemas, competindo aos profissionais capacitá-los e dotá-los de uma maior consciência crítica que permita que o tratamento e a reinserção se realizem com sucesso (Payne, 2002);
- iii) **Modelo de intervenção em crise** - Este modelo deve ser aplicado em situações específicas, tal como o nome indica, de crise, em que o stress ou acontecimentos precipitantes se revelam causadores de inesperadas crises num utente ou em todo o grupo de utentes, desta forma, geralmente, as mentes dos indivíduos são invadidas por pensamentos e sentimentos que acabam por dificultar o estabelecimento de prioridades, o que faz com que se preocupem mais com os problemas que não conseguem resolver de imediato em detrimento dos problemas de imediata e fácil resolução, devendo assim a intervenção técnica assentar em breves terapias que objetivam o restabelecimento psíquico e social (Slaikau, 1996);
- iv) **Modelo centrado na tarefa** - Visa a resolução de forma isolada de qualquer problema que o utente apresente, e não uma mudança na personalidade ou nas atitudes e comportamentos, devendo ser bastante limitado e preciso e neste caso, o utente também deverá conhecer a situação especificamente e desejar a sua resolução, cabendo ao Assistente Social a função de o capacitar para a resolução do problema. (Du Ranquet, 1996);
- v) **Modelo sistémico e ecológico** - Neste modelo, o Assistente Social tenta promover a mudança, encarando os problemas na sua totalidade, tentando abranger diversos intervenientes, não de uma forma linear, mas sim, de forma circular, assim, a perspetiva ecológica visa uma compreensão sobre as relações recíprocas entre os indivíduos e o seu meio físico e social e também sobre os indivíduos, os grupos e as instituições (Núncio, 2010);

vi) Modelo de Modificação de Comportamento - De acordo com Viscarret (2007), tal como aconteceu noutras descobertas e avanços na psicodinâmica, o trabalho social foi atraído pelas tendências behavioristas, tendo em conta as situações especiais que controlam o comportamento do problema, em detrimento dos fatores que contribuíram para o seu desenvolvimento. Este modelo concentra-se principalmente no comportamento, normal ou problemático dando especial destaque aos aspetos que são aprendidos através de um processo de condicionamento, podendo ser modificado pela aplicação de uma aprendizagem sobre modificação de comportamento, existindo duas estratégias de tratamento que podem ser usadas isoladamente ou em conjunto, servindo uma delas para modificar as respostas da pessoa para os fatores que regem o seu ambiente e a outra para a mudança dos fatores que prevalecem no ambiente, como forma de modificar o comportamento problemático (Viscarret, 2007).

Assim, a aprendizagem para a mudança depende diretamente dos estímulos recebidos do ambiente, devendo a pessoa responder aos estímulos com diferentes respostas do que aquelas que ocorriam normalmente e desta forma, o Assistente Social pode desempenhar dois papéis distintos, o de agente direto da modificação onde ensina o indivíduo a atuar sobre as variáveis que condicionam a sua conduta, ou assumindo o papel de instigador na modificação, isto é, não atuando diretamente, mas delegando as suas funções para as pessoas mais significativas para o indivíduo em questão (Viscarret, 2007);

vii) Modelo de Intervenção em Reinserção (MIR) - O acompanhamento técnico revela-se fundamental para a correção de aspetos menos positivos, para um apoio de retaguarda e para a prevenção da recaída e assim as intervenções na área dos CAD possuem como suporte o MIR que consiste num conjunto de linhas orientadoras cujos principais objetivos são a melhoria e a qualificação dos serviços prestados aos cidadãos, procurando sempre a eficácia e a eficiência da intervenção, entendendo também as famílias das pessoas dependentes de substâncias como uma peça-chave para a realização de uma reinserção com sucesso, existindo também outras estratégias de acompanhamento que se revelam importantes, nomeadamente a avaliação e follow-up¹¹ de planos individuais de inserção. (SICAD, 2018b).

¹¹ Ao fim de um ano após a alta social deverá contactar-se a pessoa, de forma a ser efetuado o registo da situação em que esta se encontra, assim como de perceber os progressos e as dificuldades que enfrenta ou enfrentou (SICAD, 2018b).

Capítulo III: Desenho e metodologia da investigação empírica

Neste capítulo apresentamos o desenho da investigação, onde através de entrevistas semi-estruturadas e de questionários (como complemento) se pretendeu perceber as perceções de dez pessoas (cinco homens e cinco mulheres) dependentes de álcool a realizar tratamento na Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem e da Assistente Social desta instituição sobre a intervenção do Serviço Social no âmbito dos Problemas Ligados ao Álcool.

Após a consulta de um grande número de obras literárias, artigos e outros dados relativos aos Problemas Ligados ao Álcool, procedeu-se à elaboração da pergunta de partida para que fossem definidos os objetivos da investigação, dado que Bogdan & Biklen (2013) defendem que os objetivos da investigação devem ser claros e exequíveis, devendo o investigador refletir sobre o que deseja investigar, assim como deverá seguir um conjunto de princípios, onde se enquadram os princípios éticos.

Na ótica de Quivy & Campenhoudt (2005), a definição da pergunta de partida é o aspeto de maior relevância para a realização da investigação, apesar de uma investigação bem-sucedida ter por base uma sequência de etapas que se encontram em permanente interação. Neste âmbito, os objetivos da investigação foram delineados de acordo com a pergunta de partida “Qual a perceção das pessoas dependentes de álcool e da Assistente Social da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem sobre a intervenção realizada nas fases de tratamento e reinserção social nesta instituição?”, e são os seguintes:

1. Perceber as causas do consumo, fatores que conduzem à recaída e diferenças entre o consumo de álcool e de substâncias ilícitas;
2. Compreender quais os papéis desempenhados pelas famílias das pessoas dependentes de álcool;
3. Perceber qual o entendimento dos utentes e da Assistente Social sobre as regras da instituição;
4. Compreender quais os papéis e as funções desempenhadas pela Assistente Social da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem e qual a perceção dos utentes perante a sua intervenção;
5. Perceber a perceção dos utentes no que respeita à reinserção social e quais os contributos do Assistente Social para a melhoria das políticas sociais relacionadas com os Problemas Ligados ao Álcool.

Após a definição dos objetivos deu-se início à recolha de dados no terreno, sendo estes dados posteriormente analisados e tratados de forma a que os principais objetivos da investigação fossem respondidos. Neste capítulo será também apresentada uma breve caracterização da instituição, bem como do programa terapêutico Projeto Homem que se revela fundamental para a recuperação de pessoas com comportamentos aditivos e dependências.

3. 1 - Paradigma de referência

Devido à complexidade da temática a investigar e de forma a realizar um trabalho de campo mais eficaz considerou-se que a utilização das abordagens qualitativas seria adequada, pois, segundo Ikeda (2009), nos trabalhos de investigação podem ser usadas abordagens qualitativas ou quantitativas ou ambas, mediante o que se pretende investigar. As abordagens qualitativas apesar de serem usadas regularmente pelos sociólogos e pelos antropólogos, apenas nos últimos 30 anos foram ganhando espaço e reconhecimento, sendo frequentemente usadas em disciplinas das ciências sociais, objetivando a compreensão da vida humana em grupos (Denzin & Lincoln, 2006).

Segundo Lima & Moreira (2015), a abordagem qualitativa assenta no princípio de que as sociedades humanas possuem condições sociais específicas, que conduzem “(...) os indivíduos, os grupos e as classes a conferirem significados e intencionalidades às suas ações, concepções e construções históricas” (Lima & Moreira, 2015, p.28).

Assim, como a problemática dos comportamentos aditivos e dependências possui as suas especificidades, nesta investigação interessa-nos compreender a perceção dos utentes e da Assistente Social da instituição, bem como compreender os significados das suas histórias de vida, pois, tal como defendem Denzin & Lincoln (2006, p. 16) “(...) a abordagem qualitativa é multidisciplinar, dado que à sua volta se encontra uma família interligada e complexa de termos, conceitos e suposições” em que os investigadores privilegiam a compreensão detalhada e profunda dos comportamentos dos sujeitos a partir das suas próprias interpretações (Bogdan & Biklen, 2013).

Ao usar a abordagem qualitativa, o investigador pode tirar vantagens da condição humana, pois, esta permite um melhor entendimento sobre as razões que se encontram associadas às ações dos objetos de estudo (Alencar, 2000), bem como das características situacionais dos problemas ou dos objetos investigados, dado que “(...) trabalha com valores, crenças, hábitos, atitudes, representações, opiniões e adequa-se a aprofundar a complexidade de factos e processos particulares e específicos a indivíduos e grupos” (Paulilo, 1999, p. 135).

Contudo, convém também não descurar a importância das abordagens quantitativas, pois ambas se complementam, assim como possuem a sua importância (Nicolescu, 2000), permitindo a complementaridade e outras formas de olhar para a investigação (Vieira & Vieira, 2017), sendo que neste caso também foram usadas abordagens quantitativas, nomeadamente através dos questionários para complementar os dados recolhidos através das entrevistas.

3. 2 - Opção metodológica: estudo de caso

Depois de escolhida a abordagem a utilizar, foram definidos o método e as técnicas que seriam aplicadas durante a investigação no terreno. Assim, relativamente ao método a utilizar recorreu-se ao estudo de caso, pois, segundo Yin (2001) este método deve ser usado quando o investigador possui pouco controlo sobre os eventos ou quando o foco da investigação se centra em fenómenos atuais da vida real, o que permitirá ao investigador a execução de uma análise pormenorizada sobre o seu objeto de estudo.

No que concerne às técnicas privilegiou-se uso de entrevistas semi-estruturadas e de questionários, servindo os questionários apenas como um complemento à entrevista. Podemos acrescentar que a observação também contribuiu para uma melhor compreensão de diversas situações que não foram mencionadas pela comunicação verbal, nomeadamente, os choros e os risos, assim como valores, atitudes e comportamentos.

No que respeita ao estudo de caso, constata-se que a medicina foi a primeira disciplina a usar este método, encontrando-se os seus objetivos relacionados com a identificação e a compreensão de doenças, e cujo foco das investigações se centrava no diagnóstico e na análise das doenças inerentes a uma só pessoa ou de grupos (Peres & Santos, 2005).

Mais tarde, as ciências sociais e humanas começaram a utilizar regularmente o estudo de caso, pois, este método permitia uma melhor compreensão acerca dos fenómenos individuais, organizacionais, sociais e políticos pelo que, notórios autores, nomeadamente Creswell (1994), Yin (2001), Triviños (1987), Bogdan & Biklen (2013), entre outros, se dedicaram a investigar o estudo de caso, facto, que originou um grande número de definições acerca deste método de investigação social.

No entanto, apesar de na literatura existirem bastantes referências sobre o que é o estudo de caso, ainda hoje existe pouca concordância acerca do que se trata realmente, pois, na investigação em ciências sociais existem diversos conceitos de múltiplos autores acerca deste tema (Yin, 2001).

Tal como defende Creswell, (1994, p. 61) “o estudo de caso é a exploração de um sistema limitado, no tempo e em profundidade, através de uma recolha de dados profunda que envolve fontes múltiplas de informação ricas no contexto”. Para Triviños (1987), o estudo de caso é uma categoria de pesquisa cujo objeto de estudo é analisado profundamente, sendo o seu objetivo aprofundar a descrição de determinada realidade. Por sua vez, Yin (2001), refere que o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real em profundidade.

Para Bogdan & Biklen (2013), os estudos de caso também apresentam diversos tipos, onde se destacam os estudos de caso observacionais, em que a observação é a principal técnica de recolha de dados, permitindo ao investigador um contacto próximo com o objeto de estudo. Nos estudos de caso documentais o investigador privilegia o uso de fotografias, diários, documentos, entre outras fontes de recolha de dados, quando a sua intenção for a de analisar objetos que não podem ser alcançados de forma direta. Para o efeito de estudos de caso sobre histórias de vida são realizadas entrevistas exaustivas com uma pessoa, de modo a que esta narre a sua história (Bogdan & Biklen, 2013).

3. 3 - Recolha de dados e instrumentos utilizados

De acordo com Flick (2005) para a realização de uma entrevista semi-estruturada, o investigador deverá proceder à realização de um guião que servirá como orientador para a condução da mesma, devendo os temas a abordar obedecerem a uma ordem pré estabelecida, podendo, no entanto, ser alterada a ordem das questões ou recorrer-se à introdução de outras no decorrer da entrevista, dado que as perguntas abertas se podem expandir para outros temas que não se encontravam previstos por parte do investigador, e assim, a pessoa entrevistada também não se encontra limitada a responder às questões que lhe são colocadas.

Durante a elaboração dos guiões é necessário que o investigador tenha em atenção diversos aspetos, nomeadamente, à forma como escreve as perguntas e se estas são adequadas às prováveis habilitações literárias dos inquiridos assim como ao seu vocabulário, devendo ser posteriormente realizado um pré-teste para se verificar se as perguntas são compreensíveis (Gil, 1999).

Para Marconi e Lakatos (1999) na elaboração dos guiões deve-se evitar que as respostas sejam influenciadas pela resposta dada na questão anterior, assim como também se deve evitar a ocorrência de mudanças bruscas relativamente aos temas apresentados nas

perguntas. Assim, o investigador teve este cuidado, tendo agrupado os temas para que os guiões seguissem uma sequência lógica.

Após a elaboração dos guiões, deu-se início aos preparativos para a investigação no terreno, tendo o investigador se deslocado à instituição para entregar os guiões das entrevistas e dos questionários, de forma a que a Assistente Social verificasse a exequibilidade dos mesmos, tendo-se também efetuado uma calendarização dos dias em que a investigação se iria desenvolver. Após a verificação dos guiões, a Assistente Social solicitou que estes fossem adaptados a uma linguagem mais simples devido às baixas habilitações literárias dos utentes, assim como à sua capacidade de interpretação e desenvolvimento das perguntas respostas.

Depois da adaptação dos guiões das entrevistas e dos questionários e da respetiva validação dos mesmos pela orientadora da dissertação, a Professora Doutora Daniela Monteiro, agendou-se então via telefone a realização da primeira entrevista.

Assim, até a realização da primeira entrevista, o investigador continuou a realizar a construção da fundamentação teórica e a refletir e a preparar-se para a investigação no terreno, pois de acordo com Rosa & Arnoldi (2006) durante o período de tempo que antecede a investigação, o investigador deverá questionar-se sobre se os seus conhecimentos científicos acerca do tema a investigar, assim como se suas capacidades emocionais, físicas e argumentativas constituem uma base sólida para o sucesso da investigação.

Tal como já referido, anteriormente ao início da investigação, a instituição teve acesso ao protocolo de investigação (projeto), para que de forma informada pudesse aceder à realização da presente investigação, sendo que nesse protocolo também se apresentavam os cumprimentos das exigências éticas no domínio da investigação. Durante os dois dias que antecederam a primeira entrevista, o investigador preparou-se para a sua condução, lendo e relendo os guiões e analisando quais as perguntas que poderiam causar mais dificuldades de resposta por parte dos utentes.

No primeiro dia da investigação foram realizadas duas entrevistas e aplicados dois questionários no final das entrevistas, enquanto as restantes entrevistas e a aplicação dos questionários foram agendadas atempadamente via telefone ou email, de modo a não colidirem com as atividades do quotidiano da instituição.

De acordo com Bogdan & Biklen (2013), a entrevista é uma técnica indispensável para os investigadores das áreas das ciências sociais, uma vez que permite a obtenção de dados que não são possíveis de recolher em registos ou fontes documentais. Assim, a entrevista é uma

técnica de investigação, usada na pesquisa qualitativa que permite a recolha de informações e de dados, utilizando para o efeito, a comunicação verbal (Stake, 2009).

Antes da realização das duas primeiras entrevistas, a Assistente Social da instituição apresentou os utentes que seriam os primeiros a serem entrevistados (um homem e uma mulher). Após as apresentações fomos encaminhados pela Assistente Social¹² para a uma pequena e confortável sala para a realização da entrevista e aplicação do questionário (aplicados individualmente), pois de acordo com Richardson, (1999) a entrevista deverá decorrer num ambiente informal, sendo que o único aspeto que a distingue de uma simples conversa é o objetivo da recolha de dados.

De seguida o investigador e a primeira pessoa a ser entrevistada que passará a ser designada por E1¹³ trocaram algumas palavras relacionadas com a realização do tratamento, sendo-lhe também explicados os objetivos do estudo, assim como foi solicitada a sua assinatura no documento referente ao consentimento informado, esclarecido e livre, ao qual o entrevistado se manifestou disponível e interessado para a realização da entrevista e do questionário, não colocando também nenhuma objeção quanto ao uso do gravador áudio para proceder à gravação da entrevista.

Esta pessoa e as restantes outras que participaram neste estudo foram também informadas que seria garantida a confidencialidade e o seu respetivo anonimato, destinando-se os dados apenas para fins académicos, pois segundo Szimanski (2011), na realização da entrevista é essencial que o primeiro contato entre o investigador e a pessoa a entrevistar ocorra num clima de cordialidade e empatia, devendo o investigador assegurar-se que a pessoa compreendeu os aspetos inerentes à sua realização, deixando também um espaço aberto para perguntas e dúvidas.

Depois de assinado o documento referente ao consentimento informado, deu-se início à entrevista, dado que este documento objetiva o esclarecimento de que os entrevistados não devem apenas concordar em participar na investigação, mas também devem possuir a consciência da finalidade da entrevista (Gil, 1999).

No início da entrevista, o investigador agradeceu a disponibilidade de E1, pois, tal como defendido por Gil (1999), no início da entrevista, o investigador deve assumir uma

¹² Durante a análise de dados a Assistente Social da instituição passará ser designada por AS.

¹³ As restantes pessoas entrevistadas serão também designadas por E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9 e E10, não sendo de forma alguma tratados pelos próprios nomes devido a razões que se prendem com o respetivo anonimato e com a legislação em vigor que concerne à proteção de dados (Regulamento 789/2018).

atitude cordial e simpática, devendo deixar a pessoa a entrevistar à vontade e livre de qualquer forma de pressão ou coerção.

A condução da entrevista e o testemunho da pessoa entrevistada foram fluindo da melhor forma, sendo que a experiência profissional do investigador na área dos CAD também de certa forma contribuiu para a criação de empatia com todas as pessoas entrevistadas, pois de acordo com Geertz (1989), o investigador deve ter sempre presente a cultura, comportamentos e crenças do grupo que se encontra a investigar.

No que concerne ao facto de os investigadores se encontrarem familiarizados com os contextos que investigam, no entender de Vieira & Vieira (2017) e Caria (2005), existem vantagens e desvantagens que podem tanto beneficiar ou dificultar a investigação.

Assim, segundo Vieira & Vieira (2017), quando o investigador se encontra familiarizado com determinado contexto, esta situação pode acarretar vantagens mas também desvantagens, desta forma, compete ao investigador sustentar uma vigilância crítica e reflexiva. Esta situação é também destacada por Caria (2005), pois, quando o investigador conhece o contexto a investigar reforça o seu conhecimento, enquanto em termos de desvantagens, a familiaridade com o contexto provoca uma tensão e ambiguidade na relação social que leva o investigador a refletir sobre as situações inesperadas.

Desta forma, o investigador não teve quaisquer dificuldades em criar empatia com os utentes entrevistados ou na interpretação das suas partilhas, e assim, esta experiência trouxe conhecimento acrescido à investigação.

No caso da presente investigação foram usadas as entrevista semi-estruturada com recurso a perguntas abertas, dada a necessidade de obtenção de narrativas espontâneas centradas no ponto de vista das pessoas entrevistadas (Stake, 2009), sendo estas entrevistas “elásticas” no que respeita à sua duração, o que permite o aprofundamento de determinados assuntos e a emergência de respostas espontâneas por parte das pessoas entrevistadas (Richardson, 1999).

O investigador deixou as pessoas entrevistadas falarem à vontade de forma a sentirem o que se encontravam a relatar, tendo também havido momentos para choro e alguns risos por parte de algumas destas pessoas. De acordo com Richardson (1999), durante a entrevista, o investigador deverá deixar a pessoa entrevistada falar livremente, respeitando também as suas pausas e silêncios, mas mantendo sempre a sua condução orientada para o tema em questão, para que, quando a pessoa entrevistada começar a fugir ao foco da entrevista, este seja imediatamente estabelecido.

Apesar de não terem ocorrido fugas ao foco da entrevista por parte das pessoas entrevistadas em nenhuma ocasião, durante a condução das mesmas, o investigador teve de alterar por diversas vezes a ordem das perguntas, assim como estimular os entrevistados para as suas respostas serem mais detalhadas e explícitas no relatar de alguns acontecimentos da sua história de vida, usando para tal questões do tipo “como” e “porquê” (Yin, 2001).

O investigador também se manteve sempre atento à linguagem não-verbal das pessoas entrevistadas de forma a perceber se poderia retirar alguma informação extra para enriquecer a sua partilha, pois, Fraser & Gondim (2004) salientam que durante a realização da entrevista, para além da linguagem verbal, torna-se fundamental que o investigador consiga entender a linguagem não-verbal da pessoa entrevistada, para conseguir obter mais informações que não foram mencionadas pela comunicação verbal, nomeadamente, conhecer as atitudes, sentimentos, comportamentos e valores (Ribeiro, 2008).

No final das entrevistas, o investigador manifestou uma atitude cordial, agradecendo o empenho e a disponibilidade das pessoas entrevistadas, dado que poderá ocorrer a necessidade de um regresso para a realização de outras entrevistas ou para a recolha de mais dados, mas acima de tudo pelo respeito que estas nos merecem.

Depois da realização de cada entrevista, deu-se início a uma das mais complexas tarefas da investigação, a transcrição integral das gravações, que se traduziu num enorme dispêndio de tempo, dedicação e atenção por parte do investigador, pois de acordo com Richardson (1999) revela-se uma desvantagem das entrevistas semi-estruturadas, o enorme dispêndio de tempo destinado às transcrições das mesmas.

Segundo Bucholtz (2000), a transcrição integral do conteúdo gravado das entrevistas é um princípio básico para que a análise de dados seja realizada com sucesso, devendo o investigador realizar este procedimento quando possui pouca experiência de forma a obter um melhor entendimento sobre a entrevista, preservando não só os elementos correspondentes à linguagem verbal como, também os elementos inerentes à linguagem não-verbal e à interação entre o investigador e a pessoa entrevistada.

O investigador salienta que o processo de transcrição apesar da sua morosidade permitiu a aquisição de conhecimento adicional, tendo este por diversas vezes relido as transcrições de forma a acrescentar mais conteúdo à análise de dados. Para além das transcrições integrais das entrevistas, o investigador organizou mentalmente todo o processo relativo à investigação, dado que praticamente todos os dias desde o início da realização da dissertação despendeu diversas horas de trabalho para que não se perdesse o fio condutor nem

se descurassem as datas inerentes à realização de cada etapa da investigação conforme estipulado no projeto.

No que concerne à aplicação dos questionários, estes foram aplicados apenas aos utentes, no final das entrevistas, tendo por objetivo complementar as mesmas. Embora o questionário não seja uma das técnicas mais representativas na investigação qualitativa, pode prestar um importante serviço a este tipo de investigação, pois a sua utilização encontra-se mais associada a técnicas de investigação quantitativa (Rodríguez et al., 1999).

O questionário não foi aplicado à Assistente Social devido às questões apresentadas não serem relevantes para o que se necessitava de perceber sobre o ponto de vista desta profissional. De acordo com Moreira (2004), desde os finais do século XIX, que o inquérito por questionário é usado como uma técnica de investigação social, sendo bastante utilizado nas ciências sociais, dado que a recolha de dados através desta técnica é a que melhor se aplica à sociedade em geral.

Autores como Quivy e Campenhoudt (1998), definem o questionário como um método adequado para conhecer as condições e modos de vida, os valores e os comportamentos, assim como as opiniões de uma população, servindo também para analisar fenómenos sociais e adquirir mais informação relativa à população inquirida.

O questionário possuía poucas perguntas apresentadas por escrito, mas o seu conteúdo era bastante simples dado que apenas se destinava a complementar as entrevistas, sendo de fácil perceção, uma vez que os guiões foram adaptados às habilitações literárias e características inerentes ao público-alvo.

De acordo com Moreira (2004) os questionários deverão ser essencialmente constituídos por perguntas fechadas ou de resposta fixa, embora o recurso a perguntas abertas seja possível, competindo apenas aos inquiridos assinalar as opções adequadas ao seu caso.

Neste caso os questionários possuíam perguntas fechadas e de resposta fixa para os utentes assinalarem a resposta que melhor se adequava à sua situação, pois, uma vez que as entrevistas permitiram a recolha de dados em profundidade, a função dos questionários era apenas complementar, sendo que após a sua entrega estes foram devidamente preenchidos e devolvidos ao investigador, contudo, como as suas respostas eram de fácil compreensão, o processo de análise não se revelou moroso.

Antes aplicação dos questionários, e apesar das pessoas entrevistadas já terem assinado o documento referente ao consentimento informado, esclarecido e livre, o investigador voltou a solicitar aos inquiridos permissão para a sua realização. Tal como nas

entrevistas, a participação dos utentes foi espontânea, contudo, no caso de E4 que apenas sabe escrever o seu nome e as datas, o investigador realizou as perguntas oralmente, tendo E4 se limitado a responder também oralmente às mesmas enquanto o investigador as registava por escrito.

3. 4 - Tratamento e análise dos dados

Após a devida transcrição das entrevistas, deu-se início à análise dos dados, cujo objetivo é a compreensão crítica do “sentido das comunicações, do seu conteúdo manifesto ou latente, das significações explícitas ou ocultas” (Chizzotti, 2006, p. 98).

A génese da análise de conteúdo remonta à década de 40 nos Estados Unidos, surgindo das necessidades inerentes às investigações nas áreas da psicologia e da sociologia, e traduzindo-se num conjunto de técnicas de análise das comunicações que utilizam diversos procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2009).

Ainda segundo Bardin (2009) ao longo das últimas décadas, a análise de conteúdo tem passado por diversas fases, entre as quais se destacam a sistematização das regras e o interesse pela política simbólica decorrente no período entre 1940 e 1950. Entre as décadas de 50 e 60 deu-se uma expansão das aplicações da técnica em diferentes contextos, dada a emergência de novas problemáticas no campo metodológico. A partir dos anos 60 até à atualidade foram surgindo novas práticas de análise de conteúdo, sendo de destacar o recurso aos computadores, bem como os estudos sobre a comunicação não-verbal e os trabalhos linguísticos (Bardin, 2009).

De acordo com Guerra (2006) para a realização de uma análise de dados bem-sucedida, esta autora, salienta a importância de serem efetuadas grelhas de análise, onde serão apresentadas as possíveis interpretações relativas a cada excerto da entrevista correspondentes a cada unidade de análise.

Assim, de modo a proceder à análise das entrevistas o investigador criou manualmente tabelas em documentos Word, não tendo recorrido a softwares específicos para a análise de dados. A cada tabela foi atribuída uma cor diferente para que se tornasse mais fácil a sua distinção, de acordo com os objetivos da investigação estipulados a priori, enquanto para os questionários apenas foi elaborada uma tabela, que será apresentada no tópico 3. 7, correspondendo esta a uma breve caracterização das pessoas entrevistadas.

Para o preenchimento das tabelas de análise de conteúdo das entrevistas o investigador leu e releu o conteúdo das gravações para que as categorias e subcategorias fossem emergindo, apesar de algumas já se encontrarem estabelecidas a priori. Assim, as variáveis mais importantes para a análise de dados foram agrupadas de acordo com os seguintes temas: i) Percepção sobre a instituição/Encaminhamento; ii) Regras; iii) Instituições Totais; iv) Assistente Social; v) Reinserção; vi) Família; vii) Causas da recaída/Tempo em abstinência; viii) Participação no processo de tratamento; ix) Políticas sociais; x) Álcool vs. Substâncias ilícitas; xi) Sanções; xii) Causas do consumo/ Vida de consumo/danos.

De forma a manter um fio condutor, após cada transcrição o investigador imediatamente inseriu as citações mais importantes do conteúdo das entrevistas nas tabelas de categorização, facilitando assim este processo, dado que muita informação ainda se encontrava na sua memória, mas também ocorreu a necessidade de realçar, cortar e colar, acrescentar notas e comentários, entre outros aspetos (Bauer & Gaskell, 2002).

De seguida deu-se a necessidade de filtrar a vasta informação correspondente a cada um dos objetivos, tendo-se agrupado os temas que serviriam para a elaboração dos textos correspondentes aos objetivos da investigação, conforme se apresenta na Tabela 2.

Tabela 2 - Agrupamento das variáveis

Objetivo	Variáveis
1	Causas do consumo/Vida de consumo/danos; Causas da recaída/Tempo em abstinência; Álcool vs. Substâncias ilícitas.
2	Família.
3	Percepção sobre a instituição/Encaminhamento; Regras; Instituições Totais; Sanções.
4	Assistente Social; Participação no processo de tratamento.
5	Reinserção; Políticas Sociais.

Neste processo que teve a duração de cerca de dois meses, com várias horas de trabalho diárias despendidas, o investigador refletiu sobre cada objetivo e para além das citações mais relevantes de cada pessoa entrevistada e da Assistente Social, também, intercalou a informação com a fundamentação teórica, de forma a responder aos objetivos traçados numa sequência lógica, dado que segundo Kincheloe & Berry (2007), a produção do conhecimento é um processo muito mais complexo do que se pensava, porque durante a

análise e tratamento de dados, o investigador vai-se deparando com diversos obstáculos, o que torna a investigação semelhante a uma bricolage, dado que se torna necessário ler e reler, escrever e riscar, corrigir, etc.

Após a conclusão de cada texto correspondente aos principais objetivos da investigação rapidamente era entregue uma cópia na instituição para que a Assistente Social verificasse se este se encontrava em conformidade com os aspetos definidos no projeto e de acordo com os princípios éticos, sendo passível de sugestões de correção e melhorias.

Por fim, salienta-se a necessidade de manter as gravações das entrevistas até à respetiva defesa da dissertação sendo que, posteriormente, tal como garantido aos entrevistados, estas serão apagadas das unidades de armazenamento, seja do computador, pens ou discos externos, pois Azevedo et al. (2017), salientam a fundamental importância da realização de cópias de segurança das gravações das entrevistas, bem como da sua manutenção até ao final da investigação, devendo estas após o período mencionado serem destruídas ou apagadas uma vez que se referem a episódios da vida das pessoas entrevistadas.

3. 5 - Contexto empírico da investigação

A Cáritas Diocesana de Vila Real foi constituída em 1979, possuindo cariz de ordem social, cultural e caritativo, cujo objetivo primordial era a sensibilização da comunidade local para a partilha de bens e em 1998 foi constituída a Comunidade Terapêutica Projeto Homem, encontrando-se sediada na Quinta da Tapada, Bisalhães, Freguesia de Mondrões, a cerca de 6 km de Vila Real, destinando-se à promoção da reabilitação biopsicossocial de pessoas dependentes de substâncias tanto lícitas como ilícitas, mediante a orientação de um programa terapêutico (Cáritas Diocesana de Vila Real, 2018).

Consiste numa Unidade Especializada de Tratamento de Dependências em regime residencial com capacidade para acolher 35 utentes, sendo que 25 camas são comparticipadas pelo SICAD (Cáritas Diocesana de Vila Real, 2018). Devido às diversas problemáticas sociais inerentes ao consumo de substâncias ilícitas ou lícitas, existem nesta instituição 4 programas de tratamento distintos, nomeadamente, o Programa Específico para Dependentes de Álcool, o Programa Geral para Dependentes de Substâncias Psicoativas Ilícitas, o Programa de Longa Duração e o Programa Específico para Dependentes de Substâncias Psicoativas com Doença Mental Grave Concomitante também designado por duplo diagnóstico (Cáritas Diocesana de Vila Real, 2018).

Consoante a tipologia do programa de tratamento a aplicar a cada utente, também varia a duração do tratamento, sendo que o Programa Específico para Dependentes de Álcool tem a duração de 6 a 12 meses, para o Programa Geral para Dependentes de Substâncias Psicoativas Ilícitas, assim como para o Programa Específico para Dependentes de Substâncias Psicoativas com Doença Mental Grave Concomitante (duplo diagnóstico) a duração é de entre 12 a 18 meses, por fim, o Programa de Longa Duração tem uma duração que varia entre os 36 e os 48 meses (Cáritas Diocesana de Vila Real, 2018).

De acordo com o IDT (2011a), para que um processo de tratamento se inicie é necessário que os potenciais utentes ou os seus familiares, entre outros, realizem um pedido de ajuda, podendo este ser efetuado em hospitais, nos CRI, nos centros de saúde, nas unidades de alcoologia, na Segurança Social, nas forças de segurança ou bombeiros ou diretamente nas comunidades terapêuticas, existindo também situações em que os utentes são encaminhados para as instituições por imposição legal, através dos tribunais, de forma a realizarem um tratamento em detrimento de uma pena de prisão.

De modo a se permitir a agilização dos internamentos, são tomadas medidas que visam a desburocratização, dado que muitas destas pessoas necessitam urgentemente de realizar o tratamento e assim, após o encaminhamento os utentes são admitidos nas instituições tendo em conta em grupo de critérios: i) Internamento voluntário; ii) Assinatura pelo utente (e família quando possível), do Formulário do Consentimento Informado; iii) Historial clínico, análises e outros exames médicos recentes; iv) Em caso de situação de doença ou infeção crónica deverá ser enviado respetivo relatório clínico específico (IDT, 2011a).

Excetuando os casos em que o utente se encontra ao abrigo do Programa de Longa Duração e dos casos em que não existe uma retaguarda familiar nem financeira, compete à Segurança Social assegurar a comparticipação mensal, pois segundo o Despacho Normativo 16938/2013, a realização do tratamento não é gratuita para o utente nem para as suas famílias, sendo o modo de pagamento idêntico para todas as comunidades terapêuticas protocoladas pelo Estado nas quais se inclui a Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem.

Desta forma, compete aos utentes e/ou às suas famílias, o pagamento do diferencial entre o financiamento do Estado e os preços máximos estabelecidos, assim, as camas protocoladas terão um valor correspondente a 20% do valor máximo, ou seja, 180 euros/mês para o Programa Específico para Dependentes de Álcool e para o Programa Geral para Dependentes de Substâncias Psicoativas Ilícitas, 200 euros para o Programa de Duplo

Diagnóstico, sendo que, por fim, para o Programa de Longa Duração o Estado comparticipa a 100% (Despacho Normativo 16938/2013).

Os utentes dispõem também de um fundo de maneiio, sendo este apoio de modo geral assegurado pelas famílias correspondendo até 150 euros para utentes do Programa de duplo diagnóstico e até 135 euros para os restantes, à exceção dos utentes abrangidos pelo Programa Específico de Longa Duração, tendo como objetivo fazer face às despesas pessoais do utente, nomeadamente, medicação, consultas, tabaco, produtos de higiene/cuidados pessoais, entre outras (Cáritas Diocesana de Vila Real, 2018).

De acordo com a Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem (2018), o programa terapêutico tem como objetivo geral proporcionar a todos os indivíduos que sofram da doença da adição uma mudança global do seu modo de vida através da abstinência de substâncias psicoativas, a eliminação de comportamentos antissociais, a aquisição de um sistema de valores dignos de respeito e confiança, o ajustamento ao meio exterior e a reinserção social e profissional.

No que concerne aos objetivos específicos, estes visam ajudar o utente a fazer uma leitura de si próprio para que consiga atingir a raiz e as motivações dos seus comportamentos desviantes e com a colaboração da equipa terapêutica deve proceder à mudança desses comportamentos e preparar-se para a reinserção (Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, 2018).

Assim, os objetivos específicos implicam uma mudança dos padrões negativos de comportamento, pensamento e sentimentos que potenciam o consumo de álcool ou de outras substâncias ilícitas, promovendo também a aquisição de um alto grau de autonomia pessoal, de responsabilidade e de capacidade de decisão baseada na liberdade e não na dependência, assim como desenvolvem a capacidade de estabelecimento e manutenção de relações saudáveis (Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, 2018).

Para a concretização do programa terapêutico são usadas diversas metodologias, nomeadamente, consultas, avaliações, acompanhamento, tratamento psicológico e psicoterapêutico (individual ou grupal), terapia familiar, fornecimento de competências sociais, prevenção de recaída, seminários psicopedagógicos, apoio psiquiátrico, bem como atividades de carácter lúdico-recreativas, pedagógicas e de animação (Cáritas Diocesana de Vila Real, 2018).

Todas estas metodologias são dinamizadas pela equipa técnica, sendo esta composta por uma equipa multidisciplinar formada por profissionais de diversas áreas das ciências sociais, assim como de outras áreas como a medicina ou a enfermagem, possuindo também monitores e voluntários para a dinamização de atividades lúdico-pedagógicas (Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, 2018).

Os técnicos realizam uma formação que segue as indicações do Comité Técnico do Projeto Homem, formação que atualmente é promovida pelas instituições que adotaram este programa, sendo outrora realizada em Madrid (Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, 2018).

No que respeita aos utentes, a instituição acolhe pessoas dependentes de álcool ou e/ou de substância ilícitas, pessoas com duplo-diagnóstico, pessoas condenadas a penas de prisão e pessoas dependentes de substâncias ilícitas enquadradas no programa de metadona, a partir dos 18 anos de idade, de ambos os sexos (Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, 2018), sendo que no início da investigação encontravam-se em tratamento 28 pessoas, mas apenas nos iremos focar nas dez pessoas participantes no estudo.

Ainda de acordo com a Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem (2018), a realização do tratamento consiste em quatro fases, sendo elas a contemplação, a ação, a manutenção e a reinserção.

A contemplação é a primeira fase do tratamento onde são desenvolvidos mecanismos que objetivam a integração e o envolvimento do utente na dinâmica da instituição, através de um sistema de reeducação e de aquisição de normas que visam a socialização, a regulação do sono, a aquisição de hábitos alimentares saudáveis, cuidados de higiene e arrumação do espaço pessoal e nesta fase o utente deve possuir um padrinho ou madrinha, ou seja, um utente que se encontre há mais tempo na instituição para lhe prestar algum apoio durante os primeiros tempos de tratamento (Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, 2018).

A segunda fase consiste na ação, devendo o utente tomar consciência do seu problema, admitindo/aceitando que tem uma doença, que não consegue controlar o consumo de substâncias e que a sua vida se tornara ingovernável (Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, 2018).

Durante a terceira fase, ou seja, durante a manutenção, o utente deverá possuir maior consciência crítica, aprofundar a sua convivência em grupo, aprofundar a sua história de vida, aumentar a auto-estima, bem reconstruir e fortalecer a sua personalidade, corrigindo os seus

defeitos de carácter e desenvolvendo as suas capacidades (Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem (2018).

A quarta fase é a reinserção social e após o término das fases passadas na comunidade terapêutica, os utentes continuarão o seu tratamento no programa de reinserção social, por um período com a duração de seis meses, destacando-se nesta fase a importância da manutenção da abstinência, pois só assim os riscos de uma eventual recaída poderão ser reduzidos, contudo, esta tarefa revela-se árdua dado que os utentes deverão continuar a crescer emocionalmente, mas em condições de menor proteção e com maior contato com a sociedade (Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, 2018).

De acordo com o IDT (2011b, p. 43), a “reinserção social tem como função apoiar os indivíduos no restabelecimento do equilíbrio individual interno e na aquisição da autonomia e liberdade na condução das suas vidas”, pelo que se pressupõe o alcançar de um estilo de vida em sociedade pautado pela autonomia, assim como pelo estabelecimento de melhorias a nível pessoal, familiar, social, laboral, educacional, entre outros aspetos, mas especialmente sem a necessidade de recorrer ao consumo de substâncias (IDT, 2011b).

Entre os principais objetivos da reinserção social destacam-se os factos de as pessoas:

- i) não serem dependentes de nenhuma substância nem de outras pessoas;
- ii) aprenderem a expressar os seus sentimentos apropriadamente e nos locais apropriados para o fazer;
- iii) desenvolverem auto-confiança e auto-afirmação;
- iv) serem capazes de delinear objetivos para o seu futuro, tendo em conta as suas capacidades e limitações;
- v) conseguirem estabelecer um equilíbrio entre os aspetos pessoal, familiar e social;
- vi) possuírem capacidade de tomar decisões;
- vii) se integrarem ativamente no meio laboral ou através de formação profissional (IDT, 2011b).

Depois de consultada alguma legislação (Lei n.º 17/98 de 21 de Abril; Decreto-Lei n.º 72/99 de 15 de Março; Despacho Conjunto n.º 363/1999, de 29 de abril) e documentação relativa à reinserção social (ISS, 2014) constatou-se que esta incide particularmente sobre a criação e projetos e financiamentos, não conferindo muita atenção à pessoa dependente de substâncias e dado que os debates sobre a humanização se encontram na ordem do dia existe a necessidade da sociedade portuguesa se manter atualizada assim como de se pautar por uma cidadania mais inclusiva onde não se verifique discriminação perante as pessoas mais necessitadas ou em risco (Moore, 1999).

No que concerne à Lei n.º 17/98 de 21 de Abril, esta apenas menciona questões relacionadas com a criação de projetos para a prevenção secundária da toxicodependência,

assim como de formas de financiamento, enquanto o Decreto-Lei n.º 72/99 de 15 de Março objetiva a garantia de que todas as pessoas dependentes de substâncias tenham acesso a tratamento, exigindo também uma profunda revisão do quadro jurídico ao abrigo do qual o Estado concede apoios às instituições privadas que intervêm neste domínio, bem como na área da reinserção social, destacando também que sem a existência destas instituições os tratamentos não se revelam eficazes.

O Decreto-Lei n.º 72/99 destaca também a existência de duas repostas sociais que prestam apoio à problemática da dependência de substâncias, sendo estas a Equipa de Intervenção Direta e o Apartamento de Reinserção, referindo também que compete ao Estado através da celebração de protocolos, o apoio a iniciativas e ou ações inovadoras no domínio do tratamento ou da reinserção social de toxicodependentes que, pela sua especificidade, importância ou oportunidade justifiquem o apoio, desde que sejam desenvolvidas por instituições sem fins lucrativos.

Segundo o Instituto da Segurança Social (2014) o Apartamento de Reinserção Social consiste num “alojamento temporário para pessoas toxicodependentes que, ao saírem de unidades de tratamento, da prisão, de centros tutelares ou de outros estabelecimentos da área da justiça, tenham dificuldade em voltar para as suas famílias ou comunidades, para a escola ou para a sua profissão” (ISS, 2014, p. 5), sendo os seus principais objetivos: “i) Proporcionar alojamento temporário; ii) Satisfazer as necessidades básicas; iii) Promover a reinserção social, familiar, escolar e profissional; iv) Promover a autonomia” (ISS, 2014, p. 6).

Por sua vez a compete à Equipa de Intervenção Direta: i) Promover a integração das pessoas dependentes de substâncias em processos de recuperação, tratamento e reinserção social; ii) Despistar situações de risco; iii) Sensibilizar a pessoa para a mudança de comportamento e abandono dos consumos, iv) Impulsionar a cooperação da família, nomeadamente, através da informação, da motivação, do apoio social, do encaminhamento, no processo de recuperação e de reinserção social, v) Incentivar a cooperação de elementos exteriores à família e da proximidade da pessoa toxicodependente, através da motivação e da informação no processo de recuperação e reinserção social (ISS, 2014).

De acordo com o Despacho Conjunto n.º 363/1999, de 29 de abril, a admissão de utentes nos apartamentos de reinserção deve ser realizada em articulação com as unidades de tratamento, devendo ser acompanhada por um documento emitido pelo terapeuta responsável pelo tratamento.

O tempo de permanência nos apartamentos de reinserção não poderá exceder os seis meses, salvo exceções que deverão ser reconhecidas pela instituição em articulação com a Segurança Social, terminando quando a situação da pessoa beneficiária do serviço se alterar e esta deixar de precisar do apoio ou então se esta necessitar de outro tipo de apoio (ISS, 2014).

Para se beneficiar destes serviços é necessário o pagamento de uma comparticipação familiar cujo valor é calculado tendo por base os rendimentos familiares do beneficiário, competindo também ao beneficiário o cumprimento das normas estabelecidas pelo regulamento interno da instituição que recebe o apoio (ISS, 2014).

Segundo o SICAD (2018b), a reinserção na sociedade revela-se um processo complicado para as pessoas dependentes de substâncias, dado que exige um conjunto de intervenções globais e sistémicas que visam uma profunda transformação destas pessoas, tal como defendido por (Rogers, 1978, p. 258) “(...) é uma aprendizagem que provoca uma modificação, quer seja no comportamento do indivíduo, na orientação futura que escolhe ou nas suas atitudes e personalidade. É uma aprendizagem penetrante, que não se limita a um aumento de conhecimentos, mas que penetra profundamente todas as parcelas da sua existência”.

Assim, ainda segundo o SICAD (2018b), os principais pressupostos para uma reinserção bem-sucedida assentam em vários aspetos: i) Colocar a pessoa dependente de substâncias no centro da ação; ii) Avaliação das necessidades multidimensionais específicas da pessoa dependente de substâncias; iii) Estabelecimento de uma relação significativa com a pessoa; iv) Negociação e contratualização do Plano Individual de Inserção; v) Intervir numa lógica de resposta integrada, em equipa e articulação interinstitucional; vi) Assegurar o acompanhamento sistemático e continuado da pessoa dependente de substâncias no processo de autonomização e de inserção; vii) Garantir o desenvolvimento de práticas de mediação social com as famílias, possíveis entidades empregadoras, estabelecimentos de ensino ou formação, etc.).

Quando a equipa técnica responsável pelo processo concluir que o objetivo geral do Plano Individual de Inserção foi alcançado, encontrando-se as necessidades resolvidas de forma geral, estas pessoas obtêm a alta social (SICAD, 2018b).

3. 6 - O programa terapêutico Projeto Homem

O Projeto Homem nasceu em Itália, em 1979, por Mario Picchi, fundador do Centro Italiano di Solidarietà (CeIS di Roma), sendo inspirado na metodologia do Daytop Village dos

Estados Unidos da América, onde surgiu a primeira comunidade terapêutica baseada nos princípios da auto-ajuda, consistindo num programa terapêutico-educativo destinado à reabilitação e reinserção social de pessoas dependentes de substâncias (Asociación Proyecto Hombre, 1998).

Encontra-se implementado em diversos países, mas principalmente em Itália e Espanha, sendo os seus resultados bastante positivos que culminam em elevadas taxas de recuperação na área das dependências (Asociación Proyecto Hombre, 1998).

Em Espanha, o Projeto Homem iniciou a sua atividade em 1984 em Madrid, num período caracterizado pela confusão e dúvidas relativamente ao fenómeno da toxicodependência, assim como pela falta de recursos e de respostas sociais, tendo-se posteriormente expandido por todo o país e em 2001 apoiava mais de 12000 pessoas dependentes de substâncias (Asociación Proyecto Hombre, 1998).

Em Portugal, para além do Projeto Homem de Vila Real existem outros centros de tratamento utilizadores deste programa, nomeadamente, o Centro de Solidariedade de Braga, a Associação Vale de Acór em Almada e o Projeto Homem de Abrantes.

Cada centro encontra-se dotado de autonomia, mas todos seguem os mesmos princípios terapêuticos (Hermida & Villa, 2001). O programa entende que o ponto de partida não são as substâncias, mas a pessoa como protagonista da sua reabilitação, pretendendo levar a pessoa ao reencontro consigo mesma, tendo em conta os seus problemas e as suas potencialidades (Asociación Proyecto Hombre, 1998).

O Projeto Homem rejeita qualquer forma de violência, revelando-se também aconfessional e apartidista, o que significa que não se encontra ligado a nenhuma religião, apesar de respeitar as crenças religiosas dos utentes e das suas famílias, nem a ideologias políticas (Asociación Proyecto Hombre, 1998).

Para além dos utentes, também as famílias são implicadas no processo de tratamento, cabendo à equipa técnica capacitá-las e sensibilizá-las sobre as problemáticas associadas ao consumo de substâncias, sendo também possível a sua participação em grupos terapêuticos a realizar semanalmente (Asociación Proyecto Hombre, 1998).

A relação terapêutica entre técnicos e utentes estabelece-se com base na igualdade, na autenticidade, no respeito, na congruência e na empatia, e no momento em que o utente se inicia no programa, torna-se fundamental a aquisição de hábitos de higiene, nomeadamente, o banho e o uso de roupa limpa com vista à promoção de uma mudança de imagem, bem como a necessidade de aquisição de hábitos alimentares saudáveis, a importância da criação de

rotinas e do acompanhamento médico que se revela fundamental para a prevenção de doenças ou, como forma de estabilizar as que os utentes possam possuir como hepatites ou VIH (Asociación Proyecto Hombre, 1998).

Segundo Hermida & Villa (2001) durante o tratamento os utentes não devem consumir nenhum tipo de drogas, sendo também esperado que estes interiorizem aspetos relacionados com a sua realidade pessoal, familiar, social e laboral de forma a poderem retomar a sua vida, livres de substâncias. A nível social espera-se que o indivíduo retorne à sociedade e adquira novas amizades e participe em atividades culturais ou desportivas, entre outras, enquanto no que concerne aos aspetos laborais, a instituição proporciona a inserção laboral através do contacto com possíveis entidades empregadoras (Asociación Proyecto Hombre, 1998).

No que respeita às altas terapêuticas, nem todas as pessoas que iniciam o tratamento o finalizam acabando por recair nos consumos num período de tempo relativamente curto, contudo, apesar da taxa de recaídas ser elevada existem casos de sucesso, sendo que muitos destes utentes, depois de concluído o tratamento realizam ações de voluntariado nos centros Projeto Homem ou em ONG's, enquanto outro pequeno número de ex-utentes opta pela abertura de novos centros, normalmente nas localidades de onde são oriundos (Hermida & Villa, 2001).

Segundo a Asociación Proyecto Hombre (1998), o programa terapêutico visa o fornecimento de ferramentas que permitem a aquisição de um alto grau de autonomia pessoal, capacidade de decisão e responsabilidade, esperando-se que os utentes sejam sujeitos ativos na sua recuperação, pelo que a filosofia do programa assenta em três vertentes, sendo estas, a organizativa, a pedagógica e a terapêutica.

A vertente organizativa objetiva o tratamento de uma perturbação do comportamento, que pode ser anterior à adição ou típica deste período; a vertente pedagógica assenta na difusão de um modelo de vida pessoal alternativo ao modelo social associado ao consumo de substâncias, visando a criação de regras e valores; a vertente terapêutica visa a constituição de um programa terapêutico composto por técnicos da especialidade (Asociación Proyecto Hombre, 1998).

Dado que a investigação incide principalmente sobre os Problemas Ligados ao Álcool, apresentamos os principais aspetos relativos ao Programa Específico para Dependentes de Álcool. Assim, este programa desenvolve-se de forma individualizada e contínua encontrando-se dividido em duas fases correspondentes ao internamento e ao pós-internamento. O internamento tem como principais objetivos a promoção da abstinência total

de qualquer tipo de substância alcoólica, a reintegração sociofamiliar e o apoio familiar, enquanto na fase pós-internamento é disponibilizado o apoio social promotor da reinserção social, sendo este adaptado e estruturado de acordo com as necessidades do utente (Asociación Proyecto Hombre, 1998).

O programa terapêutico para ser exequível deve assentar num conjunto de valores que se caracterizam em doze regras fundamentais para o tratamento, sendo que seis destas regras são construtivas e outras seis proibitivas e quando as principais regras da instituição não são cumpridas compete à equipa técnica a aplicação de sanções que acabam por ser principalmente destinadas à correção de comportamentos menos adequados que se revelarão bastante úteis para uma melhor inserção do utente na sociedade (Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, 2018).

Tabela 3 - Principais regras da instituição

Regras Construtivas	Regras Proibitivas
Sim à sinceridade/honestidade/autenticidade	Não às drogas
Sim à comunicação clara e frontal	Não ao álcool
Sim à entreaajuda (pedir/dar ajuda quando necessário)	Não aos psicofármacos (sem indicação médica)
Sim ao respeito e interesse por si próprio/outros	Não à violência ou ameaças (física ou verbal)
Sim à firmeza e afeto	Não à promiscuidade (sexo)
Sim à convivência democrática e afetuosa	Não ao vício do jogo

Fonte: Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem (2018).

Capítulo IV - Análise e discussão dos resultados

De forma a melhor enquadrar a análise e discussão dos resultados obtidos, torna-se necessário a realização de uma breve caracterização dos utentes participantes na investigação, cujos dados foram possíveis de recolher pela aplicação dos questionários, encontrando-se estes descritos na tabela abaixo, apresentando-se em seguida análise e discussão dos resultados obtidos durante a investigação no terreno.

Tabela 4 - Caracterização dos utentes

	Sexo	Idades	Família	Habilitações literárias	Última profissão	Número de tratamentos
E1	Mas.	51	Divorciado, 3 filhas	4ª Classe	Proprietário de café	2º Tratamento em Comunidade Terapêutica
E2	Fem.	56	Divorciada, 3 filhos (não se relacionam com mãe)	4ª Classe	Cozinheira	2º Tratamento em Comunidade Terapêutica
E3	Fem.	46	Divorciada, 1 filha	9º Ano	Empregada de balcão	1º Tratamento em Comunidade Terapêutica
E4	Fem.	56	Viúva, 2 filhos	Não sabe ler nem escrever, mas sabe assinar	Agricultora	2º Tratamento em Comunidade Terapêutica e 2 desintoxicações
E5	Fem.	53	Marido, 1 filho	4ª Classe	Agricultora	1º Tratamento em Comunidade Terapêutica e 2 desintoxicações
E6	Mas.	63	Tia afastada	Bacharelato em eletrotecnia	Professor do ensino secundário	2º Tratamento em Comunidade Terapêutica
E7	Fem.	39	Marido, 2 filhas	4ª Classe	Curso profissional de apoio a idosos	1º Tratamento em Comunidade Terapêutica, acompanhada pelo CRI
E8	Mas.	45	Divorciado, Pais, 1 filha	4ª Classe	Padeiro/pasteleiro	4º Tratamento em Comunidade Terapêutica
E9	Mas.	53	Divorciado, 1 Filha, irmãos	4ª Classe	Calceteiro	1º Tratamento em Comunidade Terapêutica
E10	Mas.	61	Esposa, filhos	4ª Classe	Pedreiro	1º Tratamento em Comunidade Terapêutica, embora acompanhado clinicamente

Fonte: Questionários aplicados aos utentes.

1 - Perceber as causas do consumo, fatores que conduzem à recaída e diferenças entre o consumo de álcool e de substâncias ilícitas.

Tal como verificado no capítulo I, devido ao consumo de álcool em Portugal se revelar uma prática legal e socialmente aceite (Pereira, 2003), facilmente conseguimos encontrar um vasto leque de causas que conduzem à dependência desta substância, mas, contudo não é possível determinar uma causa única ou determinar quais os factos mais relevantes, pois de acordo com Vargas (2002), não existe nenhum fator que determine definitivamente ou que refira o modo como as pessoas se tornam dependentes, pois o que se sabe é que uma combinação de diversos fatores contribuem para que algumas pessoas venham a ter maiores probabilidades de desenvolver a dependência de substâncias durante qualquer período das suas vidas.

De acordo com Pereira (2003), uma das principais causas do consumo de álcool na sociedade portuguesa, assenta em tradições culturais, onde se encontram enraizados valores simbólicos e crenças, tornando o ato de beber socialmente aceite, independentemente da dimensão gastronómica, sendo estes valores transmitidos através da socialização o que faz com que os primeiros consumos de bebidas alcoólicas tendam a ocorrer durante o período da adolescência, sendo na maioria dos casos impulsionados pela própria família, nomeadamente em festas, tais como aniversários, casamentos e batizados (Ramos, 2016).

Segundo Matos (2008), a adolescência é um dos mais importantes períodos do desenvolvimento humano, onde se manifestam várias ameaças de ordem social e comportamental, podendo estas comprometer a saúde e o bem-estar dos jovens e culminarem no uso e abuso de substâncias. Tal como descreve E6, a sua vida de consumo iniciou-se durante a adolescência, encontrando-se também associada a uma precoce independência financeira, dado que “(...) com 18 anos jogava futebol, já ganhava mais que o meu pai, ganhava três contos por mês e o dinheiro dava para as putas, dava para tudo, para o bilhar, tabaco e para jogos, aos 18 anos quando subi de júnior a sénior, era independente economicamente” (E6).

De acordo com Balsa (2007), o consumo de álcool na adolescência também se encontra relacionado com a procura de estados de euforia ou de desinibição por parte dos jovens, em que os amigos, as festas e as saídas noturnas possuem um papel importante para a socialização, mas também constituem fatores de risco (Pinto, 2008), tal como relatado por E7:

“(...) eu já bebo desde os 18, comecei a beber na galhofa, ia com os amigos para a discoteca e quando fiquei mais adulta, pronto, continuei a beber, bebia e abusava, era cerveja e vinho branco” (E7).

De forma a impulsionar o consumo de bebidas alcoólicas na população mais jovem, na sociedade portuguesa verificam-se fortes campanhas publicitárias, dado que durante o período da adolescência, os jovens são facilmente tentados por estilos de vida associados à popularidade, a festas e ao glamour, ou ao estar na “moda” (Pinto, 2008) e assim “(...) o reconhecimento da doença é prejudicado pela nossa cultura” (AS) dado que “(...) é normal beber-se em Portugal” (AS).

Para que uma pessoa atinja uma condição de dependência, os consumos de álcool necessitam de passar por diferentes etapas, sendo que, no início os indivíduos bebem moderadamente e em horários flexíveis, mas com o passar do tempo o consumo vai-se agudizando, até se realizar todos os dias e em quantidades cada vez maiores (Griffith & Gross, 1976).

De acordo com os testemunhos de E6 e E10 podemos constatar que durante a dependência, o consumo de bebidas alcoólicas por parte destas pessoas foi abusivo e continuado ao longo da vida:

“(...) ultimamente estava a beber bastante vinho tinto, mais ou menos um garrafão, eu bebia três ou quatro pacotes antes de ir para cama” (E6);

“(...) era todos os dias, era mais só vinho e tinha vezes que era até cair ao chão, eram três/quatro litros” (E10);

“(...) grande parte da minha vida foi de consumos de todo tipo de álcool” (E6).

Assim, a dependência provoca consequências nocivas quer a nível físico, psíquico ou social (Nakken, 1996; IDT, 2011; APA, 2014) e tal como verificado no capítulo I, de acordo com o defendido pelos Alcoólicos Anónimos (2001) apenas existem duas hipóteses para as pessoas dependentes de álcool, ou a recuperação ou a recaída e a consequente continuidade dos consumos.

Como todas as situações de dependências acarretam diversas consequências e praticamente culminam nas situações abordadas no capítulo I, por Ribeiro & Guerreiro (2017), ou seja, elevadas taxas de mortalidade, perturbações mentais, doenças do fígado, acidentes de viação, suicídios e criminalidade diretamente relacionada com o consumo de álcool, levam E8 a salientar que “(...) nós acabamos todos numa valeta ou no hospital” (E8), e desta forma, abaixo poderemos constatar uma variedade de graves acontecimentos pelas quais estas pessoas passaram no decorrer da sua vida de consumo de álcool, nomeadamente:

i) Acidentes:

“(...) tive um acidente e acusou álcool, portanto eu consumia álcool e foi detetado quando tive o acidente” (E3);

“(...) carros capotei três, uma vez fomos para as putas e para o vinhedo e nem um arranhão, isto é, eu estou aqui por estar, uma vez não tinha cigarros e fui por uma estrada por onde nunca tinha ido e capotei, saí do carro e vi a luz de um tasco e fui beber um copo e disse ao senhor tive um acidente ligue-me para um táxi. Veja lá por causa de um cigarro, já estava bastante envinagrado, é do caraças e eu estou aqui com muita sorte, mesmo muita sorte” (E6);

“(...) hoje tenho muitas mazelas, às vezes caía na rua, tive um traumatismo craniano e estive nos cuidados intensivos, noutro dia estava a trabalhar com uma máquina e estourei lá com a mão” (...) uma vez ia a subir as escadas para o meu andar e conforme meti as chaves à porta caí para trás pela escada abaixo, e tive acidentes de mota” (E8);

“(...) caía e fazia uns golpezitos na cabeça e lá ficava no chão, quem passasse levava-me e se não passasse quando acordava lá ia” (E10).

ii) Tentativas de suicídio:

“(...) foi eu tentar-me suicidar com um laço de forca, tive em coma 18 dias, tive de lutar para viver” (E2).

iii) Desemprego:

“(...) quando comecei a beber fiquei desempregada e foi aí que comecei mesmo e eu tenho a noção que se eu bebia ia responder a um anúncio, mas eu não ia bem, (E3)

“(...) trabalhei num restaurante, mas desde aí não trabalhei mais” (E7);

“(...) depois deixei de trabalhar e meti-me mais no álcool” (E10).

iv) Abandono de formação profissional:

“(...) eu andava a tirar um curso de idosos, mas não consegui acaba-lo” (E7).

v) Internamentos hospitalares:

“(...) houve alguém que passou, eu estava no chão, estava em coma, telefonou para o INEM e foram-me lá buscar e então acordei no dia seguinte no hospital, eu bebi até ficar em coma, eu bebia bagaço, era um e mais outro” (E6);

“(...) fiquei nos cuidados intensivos” (E8);

“(...) eu estive nos cuidados intensivos com cirrose” (...) o fígado está a recuperar, tenho consultas no médico e diz que está a correr bem (...) meu filho não me conseguia trazer para o hospital porque eu não queria vir, se não vai a bem vai a mal, chegamos ao hospital, o que é que venho aqui fazer, e foi só fazer a ficha e fui logo de helicóptero” (E9).

vi) Doenças:

“(...) foi aí que eu fiquei seca, eu se não viesse para cá a esta hora já não era viva, vim mesmo sequinha e tinha buracos assim nos olhos, magrinha, magrinha, pele e osso” (E4);

“(...) senão o meu fígado já não era cirrose era cancro” (E8).

vii) Desacatos:

“(...) os meus pais nem sabiam por onde eu andava e tinham medo que eu aparecesse morto na rua ou que tivesse na cadeia, eu levava a vida de noite e

quando telefonavam para casa dos meus pais (...) olha vá buscar o seu filho à esquadra porque ele estava a fazer desacatos no café e partiu o café todo” (E8).

viii) Situações de sem-abrigo:

“(...) não quero ser mulher da sarjeta outra vez, assim nunca mais tenho o amor dos meus filhos (Chorar)” (E2).

ix) Pobreza:

“(...) eu antes estava a viver num barraco sem condições nenhuma, nem água, nem luz, nem nada, tinha uma cama e mais nada, cinco anos, e antes desses cinco anos estava na minha casa e era casado” (E9).

x) Isolamento:

“(...) quando eu consumia, eu refugiava-me muito em casa e enquanto tivesse vinho era casa e televisão, não era pessoa de me meter em confusão, não me metia com as pessoas nem nada” (E1).

xi) Baixa auto-estima:

“(...) beber, cama e dormir, ia para o café bêbeda e não tinha auto-estima” (E2).

“(...) refugiei-me no álcool porque eu tive de me separar da minha filha e foi numa altura em que eu sentia-me como se o chão fugisse, não tinha forças para nada, sentia-me derrotada, acho que andava por andar” (E3).

xii) Discriminação:

“(...) eu passava por outros vizinhos e respondiam-me: aí vai a bêbeda arranjar vinho e eu sinto-me revoltada com as palavras que me diziam” (E4).

xiii) Tentativas de controlo dos consumos durante o horário laboral:

“(...) à hora do trabalho bebia um copo, dois, três copos, mas não era de cair” (E9).

xiv) sofrimento causado pelos sintomas de abstinência:

“(...) quando acordava ia logo para a casa de banho e começavam-me a dar cólicas e eu antes de pegar a trabalhar, o primeiro café aí às seis horas da manhã era logo bagaços para ficar normal” (E8);

“(...) bebia sim senhor, bebia e bebia bem, eu às nove horas ninguém me queria servir bebia e perguntavam-me se eu já tinha comido, eu já comi e era logo um copo desses de cerveja cheio de vinho e depois eram mais cinco, e de tarde continuava e cheguei a um ponto em que já estava mesmo...” (E9);

“(...) tinha logo de ir beber, acordava um bocado enjoado e depois ia ao café e bebia e já parava e depois começava a aumentar mais de dia para dia e chegou a uma altura em que já não conseguia estar” (E10).

Conforme verificado através dos relatos das pessoas entrevistadas, apesar da sua legalidade (Decreto-Lei n.º 106/2015) e aceitação social (Pereira, 2003), o consumo abusivo e continuado de álcool culmina em situações como as que se encontram supracitadas, sendo estas de certa forma idênticas às situações causadas pelo consumo de substâncias ilícitas,

contudo, na sociedade portuguesa existe uma tendência para se estabelecerem diferenças entre as problemáticas referentes à dependência de álcool e de substâncias ilícitas, no entanto estas diferenças apenas se encontram na legislação ou assentam em aspetos culturais.

Em Portugal, as substâncias ilícitas são vistas como algo marginal, mas ao que tudo indica os danos causados pela dependência de álcool são semelhantes aos danos causados pelas substâncias ilícitas, facto este que leva Morel, Fontaine e Hervé (1998, p. 25), a afirmarem que “a separação entre o alcoolismo e a toxicodependência tem apenas legitimidade histórica e cultural”, possuindo também E2 o seguinte entendimento:

“(...) já sou toxicodependente há 30 anos, andei sempre a beber” (E2).

Desta forma, os Problemas Ligados ao Álcool continuam a ser ignorados por grande parte da sociedade (Mello, Barrias & Breda, 2001) revelando-se esta bastante preconceituosa perante outras formas de toxicodependência, dado que nos deparamos com situações de discriminação mais concretamente sobre os consumidores de substância ilícitas apesar do grande número de instrumentos e mecanismos económicos, políticos, jurídicos e sociais que visam a inclusão (Mendes, 2015).

Dado que a sociedade portuguesa teima em não entender que o consumo de álcool é também uma forma de toxicodependência (Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000), este documento já em 2000 apontava o consumo de álcool como sendo a maior toxicodependência dos portugueses, contudo, para a sociedade portuguesa a palavra toxicodependência tende apenas a se encontrar associada ao consumo de substâncias ilícitas.

Ainda na análise das entrevistas podemos compreender o entendimento dos utentes sobre as diferenças entre o álcool e as substâncias ilícitas dado que para Morel, Fontaine e Hervé (1998), e tal como temos vindo a refletir, a diferença é principalmente cultural, visão expressa por E3, cujo processo e progresso terapêutico permite a apresentação de uma visão mais clara sobre as diferenças ou similitudes de efeitos entre as substâncias, salientando “(...) eu não tinha essa noção, mas agora vi que é a mesma coisa” (E3).

No que concerne aos danos causados pelo consumo abusivo de álcool, estes também se revelam de certa forma semelhantes aos danos causados pelo consumo de substâncias ilícitas tal como referido por E3:

“(...) nós olharmos e pensarmos, ele fez igualzinho, vou dar um exemplo, com os da droga também têm erros e esses erros não quer dizer que sejam muito diferentes, o consumo é igual, quer dizer a dependência é diferente mas o erro é o mesmo (...) eu nunca experimentei mas não me sinto melhor do que aqueles que experimentaram, mas a força de eu ter dito não às drogas, acho que isso é bastante importante, como é que eu fui dizer ao álcool” (E3).

De acordo com Gorski (1992) como as dependências se caracterizam pela perda de controlo sobre a substância, o seu uso não é controlável, todavia, perante o surgimento dos sintomas de abstinência, o consumo torna-se inevitável, dado que os indivíduos passam a ingerir bebidas de forma descontrolada para aliviar os sintomas, o que por sua vez irá agravar o desenvolvimento e a manutenção da dependência (Gigliottia & Bessa, 2004; Gomes, 2010), não se preocupando com os danos causados tal como relatam E2, E4 e E9:

“(...) sentia aquela ansiedade de arranjar dinheiro, cheguei a vender um ecrã que custava 50 euros por duas garrafas de vinho (...) queria beber, fosse de que maneira fosse” (E2);

“(...) eu muita vez ia roubar e bebia e se apanhasse uma garrafa de vinho e enquanto não a pusesse vazia (...) era vinho, era bagaço, era champagne, vinho do Porto, era o que aparecia e eu cheguei a alturas em que não tinha nada para beber e até vinagre bebia” (E4);

“(...) eu era logo com as duas mãos e mesmo assim, às vezes tinha de ir com a boca ao copo” (E9).

Apesar de no período anterior ao tratamento, a maioria dos utentes não possuírem uma perceção sobre as semelhanças existentes entre o consumo de álcool e as substâncias ilícitas, com o decorrer do tratamento vão conseguindo entendê-las “(...) nós estamos todos para o mesmo, uns do álcool outros da droga, mas é isto que nós temos” (E1), e de certa forma identificarem-se “(...) eu acho que somos todos iguais” (E2), “(...) uns é com álcool outros é a droga e todos sofremos do mesmo, não nos podemos rir uns dos outros, sofremos todos do mesmo mal senão não vínhamos aqui parar” (E5), assim como de estabelecerem relações de amizade com os colegas dependentes de substâncias ilícitas “(...) aqui se aquele consome droga é meu amigo e sou amigo dele e consumi álcool, diferenças não há” (E9).

Devido à dependência de álcool ser uma doença crónica, progressiva e fatal, não possui cura, mas, tal como outras doenças possui um tratamento que consiste na cessação total dos consumos de álcool (IDT, 2011b), esta doença não pode ser apenas vencida pela força de vontade, dado que a pessoa dependente perdeu o poder de escolha sobre o álcool e assim a recuperação incide principalmente no desejo de a pessoa dependente ficar bem e levar uma vida considerada “normal”, não surtindo efeito para as pessoas que ainda possuem algumas reservas em relação a voltar a consumir álcool (Gorski, 1992).

Contudo, após o término do tratamento é necessária a continuidade do processo de mudança (Rogers, 1978), assim como do acompanhamento técnico que se revela fundamental para a correção de aspetos menos positivos, para um apoio de retaguarda e para a prevenção

da recaída tal como defendido por Trigo (2006) e pelo SICAD (2018b), pois “(...) mesmo quando saem de Programa, a recaída pode surgir devido a uma pressão da sociedade” (AS).

Assim convém não “(...) esquecermos que existe álcool por todo o lado” (AS) e tal como referido por E3 “(...) até é mais fácil trabalhar o consumo das drogas do que o consumo do álcool” (E3), dada a tolerância social e cultural (Pereira, 2003). Perante contributo da Assistente Social da instituição e de E3 podemos refletir acerca de uma série de simples situações que ocorrem no quotidiano, que não sendo geradoras de problemas para a sociedade em geral, revelam-se potenciadoras da recaída para as pessoas dependentes de álcool que se encontrem em recuperação “(...) e se a pessoa estiver a passar um mau bocado deixa-se influenciar” (AS).

Através de uma situação tão simples e comum como o ato de brindar podemos encontrar fatores impulsionadores do consumo de álcool como também de discriminação sobre quem não consome bebidas alcoólicas, pois, segundo a Enovirtua (2018), as regras de etiqueta dos peritos em brinde consideram deselegante uma pessoa colocar um copo na mesa e não beber, o que sugere o entendimento de que esta pessoa não compartilha com o que foi oferecido pelo brinde.

Entre outras situações que na nossa ótica ainda se revelam mais desadequadas, destacamos o facto de uma pessoa que não consuma bebidas alcoólicas ser aconselhada a beber um pequeno golo em sinal de respeito, ou pelo ato de brindar com um copo vazio ser visto com um ato rude ou como algo que origina má sorte, existindo também pessoas que se recusam a brindar com outras que brindam com um copo de água ou de sumo, facto este justificado através de provérbios populares como “brindar sem beber, dez anos sem comer” ou “brindar sem beber, dez anos sem prazer”, entre outros provérbios assentes em mitos e crenças abordadas por Michel (2000) e aprofundados no capítulo I que exigem uma desconstrução.

Outra situação frequentemente na sociedade portuguesa ocorre quando almoçamos num restaurante e na mesa se encontram copos com publicidade alusiva a marcas de vinhos, podendo esta situação apresentar algum perigo para as pessoas dependentes de álcool, pois poderão surgir “(...) vontades de uso” (AS), dada a existência de fortes campanhas impulsionadoras do consumo de bebidas alcoólicas (Sanches, 2013; Freire, 2010) de modo a que a obtenção do lucro seja maior, por um lado para os produtores e para os distribuidores, pois, os produtores vendem grandes quantidades de vinho ou bebidas similares e não necessitam de pagar ao Estado o IABA dado que a taxa de imposto aplicável a estas bebidas

continua a ser de 0,00 euros (Revista Dependências, 2016) e por outro para os comerciantes porque a venda de bebidas é que confere grande parte do lucro dos restaurantes.

De acordo com Gorski (1992) no período após a entrada em recuperação, a pessoa dependente tem de se manter sempre em alerta com os sintomas e os sinais de aviso, assim como deverá possuir uma estratégia concreta para fazer face às dificuldades inerentes à recuperação, pois quando não existe uma estratégia concreta de recuperação, inicia-se o processo de recaída, sendo este fenómeno desencadeado muito antes do uso efetivo da substância, o que quer dizer que apesar da pessoa se manter abstinente, tanto, a passividade relativa ao tratamento, a negação das dificuldades, assim como o desenvolvimento de crenças e mitos errados tendem a conduzir à recaída dado que “(...) qualquer um sujeita-se sempre à recaída e eu não soube pedir ajuda” (E1).

Conforme verificado através das entrevistas e dos questionários constatamos que a recaída faz parte da tentativa ou do processo de recuperação dado que a maioria das pessoas entrevistadas já não se encontra a realizar o primeiro tratamento em comunidade terapêutica (E1, E2, E4, E6 e E8), como também já haviam realizado desintoxicações em unidades de desabituação (E5) ou eram clinicamente assistidos (E10) ou seguidos em consultas de alcoologia (E7, E9), à exceção de E3 que se encontra a realizar o primeiro tratamento.

Desta forma tentamos perceber por quanto tempo estas pessoas conseguiram manter a abstinência até regressarem aos consumos, pois tal como verificado por diversos estudos (Hermida & Villa, 2001; Gorski, 1992; Gorski, Kelley & Havens, 1993; Lettner & Rangé, 1988; Lambaz & António, 2010) o processo de recaída é relativamente rápido se a pessoa não possuir um sólido plano de reinserção e não se mantiver atenta às fases e aos sinais de alerta de recaída descritos na Tabela 1.

Tal como verificado através dos testemunhos de E1, E2, E4, E5 e E9, o período de tempo em que estas pessoas se mantiveram em abstinência antes da recaída foi relativamente curto:

“(...) estive normal, estive 9 meses sem beber e tornei a beber” (E1);

“(...) andei meio ano sem consumir” (E4);

“(...) sim foi logo, já vai uma para aí há três anos e outra há dois, na segunda foi também passado pouco tempo, eu bebia às escondidas dele (...) foi a vontade de beber, fui a provar e depois ele deu com uma garrafa de vinho escondida, eu andava a tomar os medicamentos” (E5).

No entanto para E2 e E9, o período em abstinência já se prolongou por anos, ou seja:

“(...) cerca de 9 anos” (E2);

“(...) quatro anos e foi copo, copo, copo até...” (E9).

No que concerne à aprendizagem que conduz à mudança verifica-se através dos testemunhos dos utentes que estas não foram efetuadas corretamente tal como o programa indica e também a falta de apoio e o “excesso de confiança” na recuperação contribuíram para a recaída, tal como referem E1 e E4:

“(...) não muitas mudanças não, porque eu comecei a trabalhar, não me enfiei em casa e prontos, ou não aprendi ou então não aprendi ou não soube lidar com as situações todas aqui num ano (...) porque uma pessoa começa a pensar nisto, começa a pensar naquilo e não tinha apoio de ninguém (...) deve-se dizer tudo (...) foi isso que me levou muitas vezes, porque eu nunca disse tudo, porque se eu botasse tudo cá para fora da primeira vez, eu tenho a certeza que não recaía, mas não botei e agora estou a trabalhar nisso” (E1);

“(...) estive 10 meses em [comunidade terapêutica W], ao cabo de 10 meses fui embora, achava que já estava preparada para ir embora e fui e acabei por recair” (E4).

2. Compreender quais os papéis desempenhados pelas famílias das pessoas dependentes de álcool.

De acordo com os dados recolhidos através das entrevistas realizadas e dos questionários aplicados a dez utentes da Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem verificamos que todas estas pessoas possuem família, sendo que todas à exceção de E6 possuem filhos e algumas são avôs ou avós, tal como descrevem E1, E2 e E9:

“(...) vivem com a mãe e da mais velha já tenho dois netos” (E1);

“(...) tenho 3, a [filha K¹⁴], tem 31 anos e não falo com ela para aí há 5 anos, tenho 3 netos, um de 18 anos, um de 14 e uma de 9, depois tenho um rapaz que tem uma deficiência com 23 anos e a minha [filha H¹⁵] com 28, se eu fechar os olhos e elas estiverem bem na vida, posso ir descansadinha” (E2);

“(...) tenho filhas e uma netinha” (E9).

No que respeita à importância do papel das famílias durante o tratamento, este revela-se uma peça-chave garantindo aos utentes um apoio que lhes permite encarar o tratamento de uma forma mais “(...) mais alegre” (E4). No entanto as relações entre a pessoa dependente de álcool e os seus familiares nem sempre foram harmoniosas, dado que durante a vida de consumo, as famílias acabaram por sofrer consequências tal como constatado no capítulo I.

Com a realização do tratamento acaba por ocorrer uma nova relação de proximidade com as famílias, bem como uma nova oportunidade para o estabelecimento da confiança,

¹⁴ Filha de E2.

¹⁵ Filha de E2.

dado que começam a surgir algumas mudanças nas atitudes e comportamentos por parte da pessoa dependente de álcool tal como refere E5:

“(...) mesmo o meu homem já notou em mim (...) o meu filho também está todo contente por eu me estar a tratar, a minha cunhada e o meu homem dizem deixa-te estar aí, ele não morre à fome (Risos), deixa-te estar aí e trata-te” (E5).

Assim, de acordo com a Assistente Social da instituição, reconhecemos que “(...) o papel das famílias é fundamental para o processo de tratamento e de reinserção dos utentes, pois (...) consideramos que a família deve estar do nosso lado e aceitar as nossas regras e normas para o bem do seu familiar” (AS).

No entanto verificam-se também situações, tais como as de E2 e E6, em que o apoio familiar é praticamente inexistente. No caso de E6, um antigo professor do ensino secundário, este, apesar de possuir família prefere manter-se “(...) isolado simplesmente (...) eu tenho uma tia e ela veio cá algumas vezes já, era professora primária e está reformada, eu sempre estive desligado da minha família desde que comecei a dar aulas com vinte e seis anos, tornei-me independente e fujo a que as pessoas se metam no meu espaço” (E6).

Desta forma, a realização do tratamento sem o apoio familiar revela-se mais difícil tanto para E6 como para E2 dado que esta utente sente a falta de apoio das suas filhas:

“(...) a minha família para mim eu acho que não existe, nunca tive atenção nem em pequena nem em grande, mas aqui quando me vêm a chorar, também é por ser do signo peixes, sou sentimental” (E2).

Contudo, para além das situações em que o apoio familiar se revela quase nulo, conforme verificado no Capítulo I, existem determinadas famílias que acabam por contribuir para o consumo de um ou mais elementos do agregado, devido ao ambiente em que vivem, pois quando se cresce numa família em que um dos pais, ou ambos, são dependentes de álcool, maior será a probabilidade de os filhos também poderem vir a ser dependentes (Nakken, 1996).

Através das entrevistas realizadas, foi possível constatar que os familiares de algumas destas pessoas também eram dependentes de álcool (E4, E5, E6 e E8), sendo que algumas delas de certa forma mantinham atividades profissionais ligadas à vitivinicultura, tal como relatam E5 e E6:

“(...) nós tínhamos uma destilaria e agora há um ano deixamos, embora queime alguma pinga”(E5);

“(...) vivíamos à conta do álcool, tínhamos pipas em casa e isso tudo ajudava a que nós todos bebêssemos (...) vivíamos em [Freguesia F¹⁶], terra que toda a gente

¹⁶ Freguesia do Distrito de Vila Real.

conhece por causa do vinho moscatel e portanto, eu sempre desde miúdo tive ao meu redor, pais, tios e tudo a beber, com 10 anos apanhei a minha primeira borracheira, foi de aguardente porque o meu avô era tanoeiro, quer dizer o meu avô lidava diretamente com o vinho e portanto eu bebia com o meu avô e com a minha avó que também bebia e eu fui criado ali no meio dos dois” (E6).

Assim, esta ligação a atividades vitivinícolas aliada ao facto de que geneticamente algumas destas pessoas se encontravam predispostas à doença da adição acabou por impulsionar o consumo de álcool. Tal como podemos verificar através dos testemunhos de E2, E4, E5, E6 e E8, o seu consumo de bebidas alcoólicas iniciou-se no seio familiar, dada a tolerância conferida pela sociedade portuguesa ao consumo desta substância:

“(...) comecei a beber aos 18 anos com os meus irmãos numa brincadeira, os meus irmãos começaram com 11 e eu aos 18, era só cerveja e depois numa brincadeira bebi um copo de vinho branco como meu pai e desde aí foi vinho branco sempre” (E2);

“(...) o meu pai era alcoólico e a minha mãe também infelizmente, era normal porque em casa o meu pai tinha sempre bebida e nós bebíamos, somos 10 irmãos” (E4);

“(...) bebíamos todos (...) o meu falecido pai era calmo, embora bebesse a pinguinha dele” (E5);

“(...) o meu pai também fez uma desintoxicação, já tinha 60 e morreu com 62, mas nunca mais tocou no álcool, da parte da minha mãe tive um tio que morreu também por causa do álcool, o pai da minha mãe também morreu por causa do álcool, (E6);

“(...) o meu pai também era uma pessoa que bebia uns copitos, mas foi operado ao coração, mas a partir daí só começou a beber água e leite e mais nada” (E8).

Devido à infância e juventude da maioria destas pessoas ter ocorrido durante o regime ditatorial do Estado-Novo, período este também marcado por situações de pobreza e isolamento das zonas mais remotas de Portugal (Vieira, 2011), o consumo infantil de álcool, nomeadamente de vinho, era induzido pelos próprios pais, por um lado porque, “(...) não havia leite” (E1) e por outro, porque existia e ainda atualmente existe a crença de que o álcool fortalece (Michel, 2000).

O regime ditatorial, para além de ser pautado pela predominância de famílias numerosas “(...) nós eramos dez irmãos” (E1), pela pobreza “(...) ainda me lembro de dividir uma sardinha para três” (E1) e pelo trabalho infantil, “(...) eu comecei a trabalhar em nova, comecei a trabalhar no campo tinha eu 14 ou 15 anos” (E4), também se caracterizava pela escassa frequência das crianças nos estabelecimentos de ensino, em que a frequência nos estabelecimentos de ensino se realizava predominantemente até à quarta classe, verificando-se uma enorme taxa de analfabetismo (Vieira, 2011), tal como também referido por E4 e E1,

pois “(...) infelizmente não sei ler, o meu pai não me deixava ir à escola e fui trabalhar, fui ganhar dinheiro” (E4), assim, em vez de estudarem, ou após as aulas, as crianças e os jovens trabalhavam na agricultura com os pais tal como relatado por E1:

“(...) quando era mais novo, 9 ou 10 anos, já andava na escola, nós éramos 10 filhos e tínhamos de ir trabalhar, não era andar à escola, saíamos da escola e íamos para os tomates” (E1).

De acordo com Trigo (2006) verifica-se que no seio familiar, as situações de dependência de álcool provocam sofrimento nas pessoas que convivem diretamente com a pessoa dependente “(...) infelizmente, os meus filhos sofreram muito, foi muito aborrecido” (E4), e crises que culminam em situações em divórcio em que tanto a pessoa dependente de álcool como o ex-cônjuge apenas mantêm contacto devido à existência de filhos em comum, conforme se verifica no caso de E1:

“(...) a minha relação com ela, até nem falo muito, mas se fizer perguntas pelas miúdas isso fala, mas pronto” (E1).

No entanto, perante situações mais problemáticas em que os utentes apresentam sérias dificuldades para se manterem abstinentes, algumas famílias preferem manter-se protegidas das suas atitudes e comportamentos impulsionados pelo consumo de álcool, que culminam segundo Trigo (2006) num quadro familiar de exaustão emocional e colapso, tal como se apresenta na situação de E2 que durante uma visita a casa da filha e numa deslocação ao exterior acabou por recair nos consumos de álcool, dado que a manutenção da abstinência dos consumos é um processo bastante difícil de alcançar (Gorski, Kelley, & Havens, 1993), situação esta também confirmada por E4:

“(...) fui ao [Cidade Y¹⁷], tem fazer uma visita à minha filha e perguntei-lhe se podia passar o Natal com ela e ela disse que eu tinha outra filha, olha não faz mal, passo na comunidade como no ano passado, porque aqui sou bem recebida e sou acarinhada por todos” (E2);

“(...) sabe quem é a E2, ao cabo de 9 meses ela foi a casa e recaiu, acho que foi ao frigorífico e bebeu as cervejas que estavam lá que eram para o genro festejar os anos, e ela bebeu-as, depois foi novamente a segunda vez no autocarro e sobrava dinheiro e perguntaram-lhe o que é que ela fez ao dinheiro e ela disse que tinha comprado um sumo para beber e, entretanto fizeram-lhe o teste e acusou álcool e disseram às filhas” (E4).

No que concerne ao facto de os utentes, após algum tempo de tratamento se deslocarem sozinhos, quer seja para irem passar o fim-de-semana a casa ou para outro determinado efeito, estas deslocações por um lado apresentam riscos, mas por outro revelam-

¹⁷ Cidade no Distrito do Porto.

se promotoras de uma maior autonomia e responsabilidade (De Leon, 2009), contudo verifica-se que a recaída faz parte do processo, o que não significa que a pessoa não consiga atingir a recuperação ao longo do tempo (Gorski, Kelley, & Havens, 1993).

Devido à sua especificidade, a situação de E2 requer uma abordagem e intervenção cuidada por parte da equipa técnica, dado que esta pessoa possui sérias dificuldades para se manter em recuperação e a sua família prefere manter-se protegida, daí a necessidade de esta utente se encontrar na instituição ao abrigo do Programa de Longa Duração, onde espera “(...) fazer os 3 anos para o ano” (E2).

No caso de E6, a situação é um pouco semelhante, dado que esta pessoa também se encontra ao abrigo do Programa de Longa Duração, pretendendo permanecer na instituição até atingir a idade da reforma dado que não possui fonte de rendimentos e assim, apenas lhe restam “(...) duas hipóteses, a pré-reforma porque a reforma é aos 66 só, se meter a pré-reforma levo uma castanhada” (E6).

Assim E6 permanecendo na instituição sente-se também “(...) resguardado em termos económicos” (E6) e usufrui do programa de Longa Duração que é participado a 100% pelo Estado (Despacho Normativo 16938/2013), o que se revela uma medida bastante protetora e benéfica por parte do Estado para apoiar as pessoas que não possuem salvaguarda familiar ou financeira.

Através das entrevistas foi possível constatar que a maioria dos utentes entrevistados é oriunda de zonas predominantemente rurais (E4, E5, E6, E9 e E10) ou de bairros sociais (E1 e E7), sendo que apenas três são oriundas de grandes cidades (E2, E3 e E8). A maioria destas pessoas devido às suas condições sociais e familiares, durante a sua vida foram enfrentado situações de pobreza, tal como relatado por E1, E5 e E10:

“(...) vivia numa casa dos pobres, essa casa ainda era dos meus velhotes, eu fui para lá tinha um ano e os meus velhotes lá criaram dez filhos (E1);

“(...) antigamente havia o leite mas não havia dinheiro, era só quando alguma vaca criava é que o meu falecido pai tirava alguma pinga de leite, mas de resto era a sopinha, sopa de couve, uma pessoa de manhã comia a tigelinha da sopa e claro bebia logo uma pinguinha” (E5);

“(...) o que me safava era a mulher, mas o ordenado da mulher também é pouco, pagar a luz, pagar a água, pagar tudo, ainda semeamos umas batatas, uma ervilhas, temos uns coelhitos e uma galinhas, mas não vamos estar sempre a comer coelho nem galinha, tem de se comprar outras coisas” (E10).

No que concerne ao apoio prestado pelas famílias durante a realização do tratamento verifica-se que à exceção das famílias de E2 e E6, as famílias de todas as outras pessoas

entrevistadas mantêm contacto telefónico frequente “(...) sim e ligam-me sempre pela altura dos telefonemas (E1), durante os dias e horários estipulados pela equipa técnica “(...) telefonam à segunda e quinta” (E9) ou ao “(...) sábado e à quarta” (E4), realizam regularmente visitas à instituição nos dias indicados para o efeito “(...) ainda no sábado estiveram cá” (E7), encontrando-se “(...) todos contentes” (E8) pelo seu familiar se encontrar a realizar tratamento, dado que para uma relação perdurar é necessário a colaboração e a confiança mútua, quer seja entre os casais ou entre pais e filhos (Giddens 2008).

Tal como foi possível constatar através das entrevistas, estas pessoas manifestam saudades e uma enorme satisfação pelo facto de as suas famílias os contactarem via telefone, tal como referem E3, E4 e E5:

“(...) cada vez que ela me telefona é muito bom é, é uma felicidade enorme que eu sinto, só em ouvir a voz dela, ela está presente comigo todos os dias, mas as saudades, tenho saudades” (E3);

“(...) é muito bom receber os telefonemas, a gente deita tudo cá para fora” (E4);

“(...) custa estar longe da família claro, ainda foi ontem à noite que o meu marido me telefonou e também aqui atrasado ele esteve mal, porque ele sofre do coração e por eu aqui estar, começou-se a sentir mal e foi médico e ontem tive o telefonema dele e agora diz que anda bem, e telefonei ao meu filho, perguntei-lhe pela neta, pela minha menina, pronto, assim estive a conversar com eles e claro sinto saudades” (E5).

No que respeita às visitas à instituição por parte dos familiares, os utentes demonstram enorme satisfação “(...) fiquei contente” (E10) por reverem os seus familiares, enquanto que para os utentes que já possuem mais autonomia e responsabilidade (De Leon, 2009), estes quando se deslocam às suas casas para passarem os “(...) fins-de-semana” (E10) ou épocas festivas “(...) vou no dia 22 de Dezembro para passar o Natal em casa” (E7), são bem recebidos pelas suas famílias que manifestam sentimentos de maior alegria e orgulho, tal como se pode verificar através dos testemunhos de E8 e E10:

“(...) tenho mais cinco irmãos e quando vou a casa ficam todos contentes e só querem que eu fique bom e tenho uma irmã que é o meu braço direito, sempre me ajudou a está a ajudar a criar a minha filha enquanto eu estou aqui, para eles o maior orgulho era eu largar a porcaria do álcool” (E8);

“(...) os meus filhos estão contentes (...) já lá fui passar vários fins-de-semana e no mês de Agosto apanhei a minha filha que estava cá de férias, todos contentes e a minha filha veio-me cá buscar e trazer” (E10).

Desta forma, consideramos que apoio familiar é extremamente importante para o tratamento e recuperação das pessoas dependentes de álcool, sendo de certa forma promotor

da mudança, ou da sua tentativa para a correção de algumas das situações mais negativas que se viveram (Moscovici, 2013; Filizola, 2006; Nakken, 1996).

Devido às dramáticas consequências causadas pelo consumo de álcool, E1, E3, E4 e E10 relatam as razões que os levaram a solicitar ajuda para a realização do tratamento, encontrando-se o pedido de ajuda associado a situações de vergonha, tal como descrevem E1 e E3:

“(...) eu pedi ajuda porque para além de ter três filhas, ainda tenho duas menores, uma com 16 e outra com 10 e outra tem 30 e então sentia-me envergonhado perante elas, e ia buscá-las, elas tinham vergonha” (E1);

“(...) eu só bebia sozinha, eu tinha vergonha de beber à frente das pessoas, claro que se estivesse a jantar não tinha vergonha” (E3).

No entanto verificam-se também tentativas de correção dos danos causados por parte destas pessoas:

“(...) eu agora quero corrigir o mal que eu fiz, eu acho que a mágoa, a minha mãe, a minha filha, eu acho que nunca vou corrigir, não vou voltar atrás, mas no futuro vou pensar e dar-lhes a elas tudo o que eu era antes de consumir o álcool e não quero mais isso para mim, nem que a minha mãe me veja mais alcoolizada” (E3);

“(...) hoje sinto um orgulho muito grande em relação aos meus filhos, eu é que os abandonei” (E4);

“(...) quando vim para aqui disse à mulher, já arranjei para ser internado para fazer um tratamento e ela disse fazes bem, tanto ela como os meus filhos me disseram fazes bem (E10).

Contudo, se os pedidos de ajuda e a respetiva realização do tratamento apenas forem efetuados para deixar os seus familiares felizes, não surte efeito (como de resto os utentes vão compreendendo ao longo do tratamento), dado que, tal como defendido pelos Alcoólicos Anónimos (2001), uma pessoa dependente de álcool quando pretende realizar o tratamento tem de o fazer por si, se uma pessoa quiser mudar, tem de acreditar que pode mudar (1º Passo de AA¹⁸), e só assim poderá admitir que essa mudança se deve realizar (2º Passo de AA), comprometendo-se com a ação para realizar essa mudança (3º Passo de AA).

De acordo com os Alcoólicos Anónimos (2001), esta doença não pode ser apenas vencida pela “força de vontade”, dado que a pessoa dependente perdeu o poder de escolha sobre o álcool, contudo, podemos constatar que apesar das intervenções técnicas e da realização dos trabalhos escritos baseados na literatura específica para recuperação dos CAD

¹⁸ Os doze passos de Alcoólicos Anónimos são linhas orientadoras fundamentais para uma recuperação bem-sucedida (Alcoólicos Anónimos, 2001). Ver Anexo E.

que são disponibilizados pela equipa técnica, algumas destas pessoas inconscientemente ainda pensam que a recuperação se baseia nessa “força” tal como relatado por E3, E5 e E7:

“(...) eu acho que temos de ser nós a força a dizer não, mas acho que também ajuda a força de vontade para lutarmos por nós próprios” (E3);

“(...) eu tento ter força e quero ter força para ver se deixo mesmo de beber para continuar a minha vida normal (...) tenho de ver o vinho e deixá-lo estar, ai se o provar está logo tudo estragado” (E5);

“(...) estraguei a minha vida e agora preciso de ter força para deixar o álcool, para começar outra nova etapa com as miúdas” (E7).

Segundo os Alcoólicos Anónimos (2001), a recuperação incide principalmente numa mudança em todas as dimensões da sua vida (Rogers, 1978), nomeadamente aos níveis pessoal, familiar, social, laboral, educacional, entre outros aspetos e especialmente sem a necessidade de recorrer ao consumo de substâncias (IDT, 2011b) e não na “força de vontade”, contudo, sozinha a pessoa não consegue, pois torna-se sempre necessário o apoio familiar e financeiro, bem como o apoio técnico da instituição, devendo a pessoa após a alta terapêutica manter um contacto frequente com a equipa técnica.

Conforme se deu conta no capítulo I, através do contributo de Moscovici (2013), a nível familiar, a dependência de álcool revela-se geradora de diversas problemáticas sociais onde se destacam os episódios de violência doméstica, assim como relatam E1, E2, E4, E5 e E10:

“(...) bebia e tratava-a mal, também não me lembro, a gente bebe e não sabe o que faz” (E1);

“(...) passei por situações muito horríveis” (E2);

“(...) muitas vezes dei porrada na minha filha e puxava-lhe os cabelos para lhe bater, ela também me puxava a mim e numa altura peguei na vassoura para bater na minha filha” (E4);

“(...) o meu homem é que diz que eu tinha dias que não me podia aturar porque quando eu bebesse demais não sabia o que fazia, que dizia coisas que não devia de dizer, tratava-o mal e ele pronto...” (E5);

“(...) já estava a dar mau viver em casa, já era assim agressivo, tratava mal a mulher e a mulher já me dizia E10 hoje não te posso aturar se continuas assim vai ter que ir um para cada lado, mas eu não lhe batia nem nada, só lhe chamava nomes” (E10).

Durante as entrevistas foi possível verificar também que estas pessoas, principalmente E4 manifestaram algum arrependimento e revolta pela ocorrência de situações de violência doméstica que causaram danos, tanto às suas esposas ou ex-esposas e aos seus filhos:

“(…) hoje sinto-me muito revoltada (…) uma raiva (…) e pedi desculpa por aquilo que se passou, por uma coisa e outra porque não era eu, aquilo era a doença do álcool” (E4).

Por sua vez, ainda no capítulo I destacavam-se situações de negligência parental (Nakken, 1996) e de desestruturação familiar (Filizola, 2006), que culminam em divórcios (E1, E2, E3, E8 e E9), na retirada de crianças por parte da Segurança Social (E7), no abandono de crianças e traumas psicológicos (E3) e no descuido no apoio aos filhos (E4), o que é confirmado pelos seus testemunhos:

“(…) aquilo que eu passei no fundo até é traumático, é um trauma mesmo, deixei quem eu mais amava, para tudo há um basta, quando uma pessoa gosta de alguém e essa pessoa nos faz sofrer, infelizmente nós temos de dizer não e deixar o casamento, temos de dizer não ao que só nos prejudica (…) eu perdi a minha filha e eu aposto que o pai usa ou usou o facto de eu ter consumido para a minha separação dela, para a virar ainda mais contra mim, percebe o que quero dizer, acho que isso me destruiu mesmo tanto a minha maneira de ser, postura, fisicamente, psicologicamente fui abaixo” (E3);

“(…) a minha filha estudando, foi uma filha que passou muita dificuldade, ia estudar e chegava a casa e estava toda desarrumada, roupa suja, a casa de banho toda suja que eu não a limpava e ela fazia o comer e tratava de ajudar o pai” (E4);

“(…) as miúdas já estiveram na instituição quase dez anos, mas eu ia lá vê-las ao fim-de-semana, e elas iam passar as férias a casa, as férias do Natal, da Pascoa e do Verão” (E7).

No decorrer das entrevistas, constatou-se que ocorrem por parte das pessoas entrevistadas algumas atitudes de defesa ou proteção e minimização relativamente consumo de álcool, utilizando-se para tal os termos “(…) bebia uns copitos” (E8), “(…) bebia um copito ou dois” (E10), assim como a continuidade da posse de bebidas alcoólicas em casa para “(…) quando vai uma pessoa de fora ajudar é assim, convém ter sempre uma pinguinha em casa” (E5) e da continuidade do consumo de álcool por parte do cônjuge, pelo que E5 pretende que o seu esposo deixe de beber, mas tal como refere “(…) tenho pena do meu homem, ele por ele até deixava, se eu lhe dissesse ele deixava de beber” (E5), situações estas que em pouco contribuem para uma sólida recuperação.

Dado que a realização do tratamento engloba também as famílias dos utentes (Asociación Proyecto Hombre, 1998), é importante que estas deixem de possuir bebidas alcoólicas em casa, pois a existência de bebidas nos lares e o facto de os familiares consumirem álcool mesmo que apenas às refeições revelam-se aspetos bastante perigosos e potenciadores da recaída.

A situação relatada por E5 espelha as dificuldades que esta pessoa irá ter na sua recuperação quando após o final do tratamento regressar para a sua casa, dado que a sua

família irá continuar a possuir bebidas alcoólicas em casa tanto para consumo caseiro como para oferecer aos amigos, o que leva a Assistente Social da instituição a referir que o apoio por parte das famílias “(...) infelizmente nem sempre acontece (...) muitas das vezes essas famílias tentam furar o sistema (AS).

Refletindo sobre esta situação, porque será que os familiares tendo em conta a doença do seu marido, esposa, pais, filhos, etc. teimam em possuir bebidas alcoólicas em casa? A título de exemplo, imaginemos que se em vez da pessoa dependente de álcool se tratasse de uma pessoa que regressasse ao seu lar após ter recuperado de um cancro no pulmão, seria que os seus familiares iriam fumar em casa ou imaginemos também o caso de uma criança diabética, será que os seus pais possuem doces em casa ou vão tomar o pequeno-almoço à pastelaria acompanhados pela criança?

O caso de uma pessoa possuir cancro ou diabetes é igual ao de uma pessoa dependente de álcool (Alcoólicos Anónimos, 2001; IDT, 2011b; Saul, 2002), competindo assim às suas famílias um incondicional apoio para a sua recuperação.

Para que ocorram melhorias a nível familiar e que as famílias das pessoas dependentes de álcool fiquem mais consciencializadas sobre a melhor forma de lhes prestar apoio, deixamos as seguintes sugestões. Para o efeito, as famílias deverão interiorizar o conceito da doença da adição (Nakken, 1996), assim como as suas características (APA, 2014) e consequências que provocam na saúde aos níveis físico, psíquico e social (Mello, Barrias & Breda, 2001; Balsa, Vital & Urbano, 2017; Ribeiro & Guerreiro, 2017; IDT, 2011b).

De seguida deverão delinear estratégias para apoiar o seu familiar na recuperação, tornando-se também protagonistas e promotores da mudança e não co-dependentes como acontecia anteriormente (Trigo, 2006), devendo para o efeito frequentar reuniões de Al-Anon e de Alcoólicos Anónimos abertas à sociedade em geral que decorrem diversas vezes mensalmente, tal como verificado no capítulo I.

Para além da frequência nas reuniões, as famílias devem receber o apoio técnico fornecido pela instituição, ou seja, a terapia familiar (Cáritas Diocesana de Vila Real, 2018) que consiste em “(...) atuar junto delas e fazer um trabalho sistémico e global que envolva não só o utente, mas também quem o acompanha” (AS), dispondo para o efeito de “(...) programas familiares em que ensinamos o que é a doença da adição para melhor compreenderem as características da mesma e ensinamos como devem abordar o familiar e como atuar junto dele enquanto institucionalizado, bem como, depois em casa” (AS), sendo

“(…) também realizados grupos terapêuticos familiares com o objetivo de serem esclarecidas situações do passado de parte em parte” (AS).

Ainda de acordo com a Assistente Social da instituição este apoio familiar é bastante importante dado que quando o utente “(…) ultrapassa a fase de negação e começa a aceitar que o álcool o prejudicou a si e aos seus familiares e se fizer o Programa até ao fim o êxito é quase garantido” (AS).

Contudo, nem sempre se verifica o apoio familiar, como nas situações de E2 e E6, dado que “(…) obviamente nem todos têm um suporte familiar” (AS), mas isso “(…) não implica que o utente não tenha sucesso na sua recuperação” (AS).

3. Perceber qual o entendimento dos utentes e da Assistente Social sobre as regras da instituição.

Tal como descrito no capítulo I, o processo de tratamento geralmente tem início com um pedido de ajuda por parte da pessoa dependente de álcool ou dos seus familiares, contudo, também ocorrem casos em que estas pessoas aceitam efetuar o tratamento por indicação quer de hospitais, CRI, Segurança Social, entre outros, ou por imposição legal através dos tribunais (IDT, 2011a).

No que concerne aos encaminhamentos para a Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem e, em particular, no caso das dez pessoas entrevistadas, constata-se que respostas como o CRI (E1, E5 e E9), a Segurança Social (E2, E7 e E10), hospitais (E3) unidades de desintoxicação (E4 e E8) e outras comunidades terapêuticas (E6) se revelaram fundamentais para que estas pessoas pudessem aceder a um tratamento, sendo também de destacar a importância dos Assistentes Sociais na realização dos encaminhamentos:

“(…) a Assistente Social encaminhou-me para o [hospital B¹⁹], estive lá três meses e depois dali encaminharam-me para [comunidade terapêutica W²⁰], e estive lá um ano e meio” (E6).

Após o encaminhamento para a instituição, inicia-se o tratamento e desta forma, as pessoas que já realizaram outros tratamentos em comunidades terapêuticas (E1, E2, E4, E6 e E8) possuem uma maior perceção sobre como se desenvolve o processo de tratamento, dado que, tal como refere um dos entrevistados:

“(…) como eu já estive noutras instituições já sabia mais ou menos como isto funcionava” (E8).

¹⁹ Hospital no Distrito do Porto.

²⁰ Comunidade terapêutica no Distrito de Braga.

No entanto, para as pessoas que se encontram pela primeira vez em tratamento em comunidade terapêutica (E3, E5, E7, E9 e E10), esta situação é acompanhada de um quase total desconhecimento e de um certo receio sobre o desconhecido:

“(...) para mim era desconhecido, para mim é novo mesmo, não posso falar muito do que não conhecia e acho que sim, que estou a conhecer” (E3);

“(...) vim para cá às escuras, mas primeiro vim cá ver antes de entrar” (E9).

Após algum tempo de permanência na instituição, estas pessoas gradualmente e apesar de algumas situações em que enfrentaram dificuldades referem que “(...) os primeiros dias foram difíceis, foi difícil habituar a isto, muitas vezes dava-me na cabeça pensar ir embora, durante um mês” (E10) e da existência de “(...) momentos que também satura” (E8), de forma geral conseguem apresentar uma perceção bastante positiva sobre a instituição “(...) é muito bom, porque realmente para quem tem problemas com álcool é uma ajuda, é uma forma de nós enfrentarmos os problemas sem nos estarmos a refugiar em álcool, eu acho que é um trabalho muito bom” (E3).

Assim, estas pessoas salientaram também que na instituição “(...) estamos sempre todos juntos e aqui dentro quando uma pessoa está mal ajudamo-nos uns aos outros, aqui estamos atentos” (E8), sendo também de destacar o profissionalismo da equipa técnica que assenta numa estrutura “(...) hierarquizada” (AS) e que no entender dos utentes realiza um excelente trabalho “(...) muito bem orientado pelos técnicos (...) na minha opinião a diretora que está aqui há pouco tempo é excelente e tem uma presença muito agradável” (E6) e a comida “(...) é boa” (E7).

Tal como mencionado no capítulo I, de acordo com a Asociación Proyecto Hombre (1998), a nível social é esperado que o indivíduo retorne à sociedade e desta forma todas as atividades do programa terapêutico são promotoras deste retorno, constatando-se que na maioria das vezes os utentes saem para o exterior “(...) temos muitas saídas” (E4), dado o regime “(...) mais aberto” (E4) que caracteriza a instituição, que de certa forma agrada aos utentes, inclusive a E8 que se encontra a realizar o 4º tratamento em comunidade terapêutica:

“(...) estou aqui quase há um ano e pela primeira vez, desde os 17 anos que consumo álcool, estou-me a dar bem com isto” (E8).

De forma a melhor se perceber qual o grau de satisfação destas pessoas, a pergunta número 7 do questionário pretendia através de uma abordagem quantitativa perceber como estas se sentem em relação ao tratamento, tendo-se avaliado os seguintes parâmetros e obtidos os seguintes resultados: i) Muito Insatisfeito (0 pessoas); Insatisfeito (0 pessoas); Satisfeito (3

peçoas); e Muito Satisfeito (7 peçoas), o que mais uma vez comprova a positiva perceção que estes utentes possuem sobre a instituição.

Dado que E2, E4 e E6 já haviam realizado tratamentos noutras comunidades terapêuticas situadas na região Norte de Portugal, mas sem sucesso, acabaram por referir que os regimes destas instituições não eram tão flexíveis como se verifica na Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem:

“(...) não podia sair à rua, estava sempre fechada” (E2);

“(...) lá só tínhamos caminhada, íamos à missa de vez em quando” (E4);

“(...) é um espaço em que nós não saímos de lá, e o pessoal só vai à [cidade T²¹] tratar de um assunto qualquer” (E6).

Assim, estas peçoas acabam por preferir esta instituição “(...) isto aqui é muito diferente, mas se me der a escolher, eu gosto mais de estar aqui” (E6). Para além de um regime mais aberto, tal como defendido pelos utentes entrevistados, para que as comunidades terapêuticas desenvolvam um trabalho promotor de uma recuperação bem-sucedida, é necessário que se sustentem num conjunto de regras que se revelarão bastante úteis para a (re)inserção do utente na sociedade (Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, 2018), dado que “(...) servem para que o indivíduo aprenda/reaprenda a viver em sociedade, algo que as drogas e o álcool prejudicaram” (AS).

Tal como verificado no capítulo I, estas regras irão desempenhar um papel regulador de comportamentos e atitudes dos utentes, assim como lhes fornecerão um conjunto de “(...) instrumentos terapêuticos adequados” (AS) visando a aquisição de um alto grau de autonomia pessoal, capacidade de decisão e responsabilidade, esperando-se que estas peçoas sejam sujeitos ativos na sua recuperação (Asociación Proyecto Hombre, 1998), o que por sua vez é corroborado pela Assistente Social da instituição, dado que “(...) é importante conseguir que o mesmo seja protagonista e sujeito ativo da sua recuperação” (AS).

Como as mentes das peçoas dependentes de álcool se encontravam entorpecidas durante a vida de consumo, (Freire, 2010), a maioria das principais regras ou normas de conduta social acabaram por ser esquecidas ou apenas ignoradas e, desta forma, o cumprimento das regras da instituição (Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, 2018) objetivam uma reaprendizagem de comportamentos e atitudes assente em valores como o respeito, a responsabilidade, a interajuda, o rigor, a assertividade, a importância do cumprimento de horários, a importância de poupar (seja na água, luz, gás,

²¹ Cidade no Distrito de Braga.

tabaco, dinheiro, etc.), a honestidade e a amizade, para que quando estas pessoas iniciarem a reinserção consigam possuir “(...) um alto grau de autonomia pessoal e uma capacidade de decisão, que esteja baseada na liberdade e não na dependência, assim como um alto nível de responsabilidade” (AS) que lhes permita fazer face às dificuldades impostas pela sociedade (Pestana, 2014).

De acordo com a Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem (2018) o programa terapêutico para ser exequível deve assentar num conjunto de valores que assentam em doze regras fundamentais, encontrando-se estas regras descritas na Tabela 3, sendo seis destas regras construtivas e seis proibitivas.

Assim, através das entrevistas realizadas foi possível constatar que os utentes consideram as regras construtivas importantes para o funcionamento da casa, tal como verificado pelos seus testemunhos:

“(...) se não fosse assim, andávamos aí todos, todos faziam o que queriam e uns andavam para aqui e outros andavam para ali e não se compreendia ninguém e assim havendo regras sabemos que as temos que cumprir (...) temos X de tempo para tudo e regras são sempre regras (...) na hora de levantar, na hora de lavar os dentes, na hora de fumar, na hora de comer, na hora de lazer, para estar com o terapeuta” (E1);

“(...) não se pode pedir nem dar cigarros a ninguém, respeitar o coordenador, regras de apagar a luz, não deixar as torneiras abertas” (E2);

“(...) é um grupo, temos de ver que são muitos” (E3);

“(...) não se pode discutir uns com os outros, claro” (E5);

“(...) tem de se obedecer às situações, mas eu enquanto professor também tinha regras e lecionei educação cívica, como professor tinha de cumprir as regras” (E6);

“(...) televisão mas só aquela hora (...) à noite sei que é às nove e às dez vamos tomar a ceia e depois vamos para a sala de escrita, escrever o papel para depois entregar” (E7);

“(...) aqui temos de andar sempre acompanhados para a casa de banho, andamos dois a dois, vamos para qualquer lado temos de ir dois a dois (...) não se pode fumar às escondidas (...) temos direito a um café ao meio dia e um café à noite, mas se alguém tomar um café a mais o que é um bocadinho arriscado” (E8);

“(...) está bom, está-se bem pronto, temos de cumprir a nossa obrigação e faz-se um pouco de tudo (...) uma pessoa tem mesmo de as fazer, e nós temos a obrigação de que é assim e mais nada, é por isso que estamos aqui” (E9);

“(...) meter a tampa da sanita para baixo, não podemos falar uns dos outros, não se deve falar uns dos outros e mais, fazer a cama bem-feita” (E10).

Para além de serem consideradas importantes para o funcionamento da casa, as regras também se revelam úteis para a recuperação e para o futuro destas pessoas:

“(...) precisamos de encarar as regras da sociedade e eu acho que isto é o princípio de sabermos até que ponto, podemos ou não ir (...) é isso do que nós tiramos dessas regras, há que aproveitar, aceitar, nós também lá fora temos regras mas eu acho que temos de habituarmo-nos (...) nós é que temos de nos modelar ao que existe aqui” (E3);

“(...) se formos trabalhar e deixarmos a luz todo dia acesa temos de pagar ao fim do mês, aqui há umas regras que a gente, embora estranhasse um pouco, mas fui andando uns dias, uns meses e comecei-me a habituar” (E2).

No entanto, tal como na sociedade em geral ocorrem sempre situações em que “(...) há sempre algum que não cumpre” (E2), o que de certa forma acaba por destabilizar outros utentes:

“(...) eu ainda hoje me enervei, está uma pessoa na cozinha, estou a fazer uma coisa e ele quer que vá fazer outra, eu estou a limpar a loiça vai, tira-me o pano (E5).

Dado que os utentes necessitam de reencontrar a sua autonomia, através de um regime de internamento de 24 horas por dia (Angel, Richard, & Valleur, 2002) e como todas as atividades do programa terapêutico visam uma aprendizagem proporcionada por um treino relacional (SICAD, 2018), os utentes encontram-se sempre ocupados com as atividades propostas, sendo os seus comportamentos observados pelos técnicos (Angel, Richard, & Valleur, 2002) que os corrigem sempre que se verifiquem situações que de certa forma infrinjam as regras e o funcionamento da instituição:

“(...) com o tempo vai, têm de ser amansados (risos), foi por isso que viemos para aqui” (E9).

No que concerne às regras referentes ao tabaco, verificam-se algumas proibições estipuladas pela equipa técnica tais como:

“(...) dar e pedir cigarros” (E2);

“(...) ai, (risos), aqui a gente não pode dar tabaco (...) e se a gente fuma, temos de fumar os cigarros a horas, quando eu fumo o grupo todo fuma, agora se eu for a casa e trazer um maço de tabaco às escondidas e se for “casso” a fumar vou para o banco” (E8).

Estas regras são fundamentais para que os utentes aprendam a ser assertivos e a dizer não, serve de treino porque quando concluírem o tratamento e se re(inserirem) na sociedade, muitas vezes serão aliciados quer por familiares, amigos ou por futuros colegas de trabalho para o consumo de álcool dado que é uma prática comum e socialmente aceite (Pereira, 2003).

A título de exemplo, perante a seguinte situação, num almoço de família um tio diz para a pessoa que se encontra em recuperação, “(...) podes beber um copo não te faz mal nenhum” (AS), o que se retira desta aprendizagem com o “dizer não” acaba por ser um treino

de competências, e quanto mais vezes uma pessoa disser não em relação aos cigarros, mais assertiva se torna para dizer não ao consumo de álcool ou de outras substâncias.

Desta forma, a legalidade do consumo de álcool na sociedade portuguesa revela-se um fator de risco para a recuperação dos utentes, pois o seu consumo, assim como os convites para o mesmo são uma prática comum e aceite (Soares, 2000), e por vezes mesmo sabendo que a pessoa dependente de álcool realizou um tratamento e se encontra em recuperação, sejam, os familiares, os amigos, entre outros, convidam a pessoa para o consumo da mesma forma, e neste caso a pessoa em recuperação poderá abordar a situação das seguintes formas, a saber: ser assertiva recusando o convite assertivamente, ou arranjar uma desculpa justificando-se como por exemplo “não bebo porque estou a tomar medicamentos”, situações que se encontram ligadas à manutenção do anonimato tal como defendido pelos Alcoólicos Anónimos (2001), para que não ocorra um novo convite.

Nos casos das pessoas que se encontrem em recuperação há algum tempo, ou há anos, estas poderão responder firmemente “não bebo porque me encontro em recuperação e respeitem a minha opção”, o que certamente deixaria a outra pessoa sem mais possibilidades de voltar a realizar o mesmo convite, contudo, esta situação pode ou não, originar repercussões sociais tal como defendido por Frois (2009), pois existe ainda muita discriminação perante as situações relacionadas com os CAD (Mendes, 2015; Almeida, 2014).

Desta forma, a pessoa em recuperação deve saber que pode (pois é livre de fazer as suas escolhas), mas não deve voltar a consumir bebidas alcoólicas (Alcoólicos Anónimos, 2001), devendo possuir também a concreta noção do conceito de doença (Mello, Barrias, & Breda, 2001; APA, 2014; Gigliottia & Bessa, 2004; Gaio, 2011; Anderson, Gual, & Colom, 2005; IDT, 2011b; e Nakken, 1996) e saber dizer “não”, pois basta a primeira bebida para que num curto espaço de tempo se volte a consumir mais do que se consumia antes da realização do tratamento (Alcoólicos Anónimos, 2001).

De modo a perceber qual o grau de aceitação das pessoas entrevistadas face às regras da instituição, a pergunta 9 do questionário, também através de uma abordagem quantitativa, pretendia avaliar esta situação, tendo em conta os seguintes parâmetros e obtendo-se os seguintes resultados: i) Discorda totalmente das regras (0 pessoas); ii) Discorda parcialmente das regras (0 pessoas); iii) Concorda parcialmente com as regras (4 pessoas) e iv) Concorda totalmente com as regras (6 pessoas), verificando-se assim que todas as pessoas inquiridas concordam com as regras da instituição, sendo que a maioria concorda totalmente e a minoria

concorda parcialmente não havendo quem discordasse das mesmas, o que demonstra que com o decorrer do tratamento, os utentes vão compreendendo a sua importância.

Ainda no que respeita às regras, tal como na sociedade em geral, quando uma pessoa comete infrações tem de ser responsabilizada pelos seus atos, na instituição a situação é semelhante e desta forma compete à equipa técnica a aplicação de sanções:

“(…) às vezes alguém faz asneiras e ela não gosta [Assistente Social] e acho bem, se fizerem asneiras, ela e os outros [equipa técnica] põem de castigo no banco” (E7).

As sanções visam impulsionar os utentes a realizarem uma leitura de si próprios para que consigam atingir a raiz e as motivações dos seus comportamentos (Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, 2018), assim, quando se iniciar o processo de reinserção maiores recursos possuirão para fazer face às adversidades sociais, pois estas sanções proporcionaram um crescimento emocional que lhes permite efetuar mudanças comportamentais para uma “orientação futura” tal como defendido por Rogers (1978, p. 258).

Quando as regras da instituição não são cumpridas intencionalmente por parte dos utentes, compete à equipa técnica a aplicação de sanções que acabam por ser apenas chamadas de atenção “(...) os castigos não são castigos, (...) um abre-olhos (Risos)” (E9) que lhes permite uma reflexão sobre as suas atitudes e comportamentos, sendo que para quem possuir “(...) mais tempo de casa mais grave é a situação” (E8), tal como relatado por E2 e E4:

“(…) se uma pessoa fumar 2 cigarros seguidos vai refletir, não sabia o que era refletir, fui para uma mesa para refletir, se deixarem a porta três vezes aberta, uma pessoa avisa, não sabia fazer uma reflexão e um dia deixei a porta aberta e chamaram-me a atenção, e escrevi a reflexão” (E2);

“(…) já estive assentada dez minutos no banco e pronto, eu não sei escrever, mas houve quem escreveu por mim, foi por causa de umas bolachas, a seguir ao encontro da manhã temos bolachas, eram três bolachas para cada um e haviam restos de bolachas e assim dei duas bolachas a cada um e os restos, no entanto ainda sobraram bolachas e o grupo passou para a equipa que eu não dei três bolachas e a equipa chamou-me, e tive de ir refletir dez minutos e fora disso, mas é bom ir para o banco e escrever e depois perguntaram-me o que é que eu pensei naquele tempo e eu disse, olha eu estive sentada no banco o que me fez pensar em ter mais responsabilidade daqui para frente e é verdade” (E4).

No entanto estas sanções por vezes são entendidas pelos utentes mesmo como um “(...) castigo” (E5), dado que estas pessoas devido à sua vida de consumo não estavam habituadas a regerem-se pelas diversas regras impostas pela sociedade “(...) obviamente que qualquer instituição deve ter regras para um bom funcionamento, estamos a falar de pessoas

que na sua grande maioria não tinham quaisquer regras e se as tivessem não as cumpriam” (AS) e desta forma é “normal” que na instituição possuam algumas dificuldades em entendê-las e cumpri-las, demonstrando por diversas ocasiões teimosia “(...) era para ir à piscina, mas não vou e fico aqui (...) não vou à piscina e fico em casa a descansar” (E5).

Para além das sanções aplicadas pela equipa técnica e dado que cada setor, nomeadamente, a cozinha, a lavandaria, a manutenção e a coordenação possuem uma pessoa responsável, também o “(...) responsável de cada setor” (E10), possui certa autoridade para sancionar os utentes através da confrontação quando estes não desempenham as tarefas com o rigor necessário ou quando “(...) um ou outro fogem” (E9).

Desta forma, os utentes são confrontados, sendo a confrontação apenas uma firme chamada de atenção para que os infratores entendam que o seu comportamento deve mudar, cabendo-lhes a realização de um “(...) pedido de desculpa ao grupo para entrar para a dinâmica, que se errou e que para a próxima não torna a acontecer, é importante e ajuda a mudar uma pessoa” (E10).

A pertinência da existência destes quatro setores prende-se com o facto de se verificar a necessidade de os utentes adquirirem uma maior experiência no desempenho de cada função, mantendo um comportamento responsável e uma postura assertiva, sendo assim um treino de competências que lhes permitirá fazer face a algumas necessidades da sua vida, pois é sempre necessário aprender a cozinhar, a lavar e passar roupa, manter os espaços limpos, entre outras tarefas, sendo a escala dos diversos setores rotativa “(...) muda todos os meses” (E9), para que os utentes estejam “(...) sempre a trocar e convivemos com este e com aquele, vemos a higiene dum e a higiene do outro, e há os que por vezes não querem fazer, mas se eles fazem eu também faço, não é, e tem de ser assim (...) aqui nós trabalhamos por setores, trabalhar não é trabalho forçado, é cozinha, lavandaria, setores externos, limpezas por dentro” (E9), sendo que após a admissão na instituição, cada utente é “(...) logo integrado num setor, tal como refere E9:

“(...) eu por acaso entrei logo para a lavandaria” (E9).

Outra das situações mais comuns que conduzem à aplicação de sanções encontra-se relacionada com o café, dado que os utentes apenas podem beber dois cafés diários fornecidos pela instituição, mas por vezes infringem esta regra:

“(...) nós sabíamos que não podíamos tomar um café a mais e eu tomei-o e estive aqui no banco, mas também não neguei, perguntaram-me se tomei um café a mais e disse que tomei” (E10).

Entre as sanções referidas maioritariamente pelos utentes encontram-se o ficar “(...) fora de estrutura” (E4) também designada por “ida para o banco”:

“(...) a gente se portar mal ficamos fora de estrutura como o [utente Z] que anda por aí para trás e para frente, anda aí fora, era hora dos cafés e havia uma utente que não tomava café e então ele disse a essa²² utente para pedir o café para ela e depois ele tomou, assim tomou outro café, tomou dois cafés, mas houve pessoas que viram e foram dizer à equipa e ele ficou fora de estrutura” (E4).

O “ficar fora de estrutura” implica que o utente que cometeu infrações não contacte com o restante grupo durante um período de tempo estipulado pela equipa técnica “(...) há uns que ficam dois ou três dias, porque eles têm de ver que fizeram asneiras, e sentir, para a próxima não fazerem” (E7), e assim permanecem na “(...) sala de escrita e fica lá uma semana ou duas para refletir, porque estamos a infringir de algum modo” (E8) ou então permanecem no hall de entrada da instituição sozinhos:

“(...) como agora está o [utente Z] já estive ontem e está hoje, também não sei porquê, e está sozinho, vem comer, está fora do grupo” (E5);

“(...) há uns que chegam a ficar aqui neste centro e ficam aqui sem sair daqui, só a olhar para as paredes, aqui neste centro, no hall onde se cumprem os castigos, onde é o banco (Risos)” (E9).

Ao usar a expressão “(...) olhar para as paredes”, E9 referia-se ao facto de no hall de entrada da instituição se encontrarem afixados diversos quadros com frases alusivas ao programa terapêutico que os utentes podem ler e reler e interiorizar, servindo este momento para refletirem sobre os seus comportamentos negativos, para que ocorra uma mudança ou tentativa de mudança, pois de acordo com De Leon (2003), torna-se necessário que os utentes adquiram conhecimentos fundamentais para a mudança.

Por fim, a mais gravosa das sanções é a “(...) expulsão do programa” (AS), sendo que apenas se aplica em casos extremos, nomeadamente o consumo de álcool ou de substâncias ilícitas, ou violência física e/ou promiscuidade sexual (AS). Durante o período de tempo em que decorreu a investigação no terreno ocorreu uma situação que conduziu à expulsão de dois utentes tal como relatado por E7:

“(...) foram expulsos porque, eu não vi, mas foi o que disseram, apanharam-nos a fumar às escondidas tabaco e acho que foi droga” (E7).

No que concerne à regra “Não à promiscuidade sexual” (AS), E9 destaca a importância desta regra dado que:

²² Utente que não participou na investigação.

“(…) aqui é normal termos mulheres connosco, é normal, eu para mim estarem aí as mulheres é como se tivesse um irmão ou uma nora é igual, o respeito é o mesmo, é tudo uma família, somos todos uma família” (E9).

Assim, esta regra é de extrema importância para o funcionamento da instituição, dado que o estabelecimento de relações amorosas durante o tratamento pode colocar em risco a recuperação do utente ou de ambos, desfocando-os dos principais objetivos terapêuticos, podendo também conduzir ao abandono de tratamento, pois se a título de exemplo, um deles desistir do tratamento o outro possivelmente também desistirá.

Desta forma, conseguimos perceber que a Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, apesar das dificuldades que se encontram associadas às condições e características dos utentes, nomeadamente, físicas, psíquica e sociais, o que de certa forma os torna desempoderados e bastante vulneráveis (Barbosa, 2011), desenvolve um trabalho bastante positivo para estas pessoas.

O facto de na sociedade portuguesa e inclusive para as pessoas dependentes de substâncias, existir certo desconhecimento sobre o funcionamento das comunidades terapêuticas leva a que muitas destas pessoas não solicitem ajuda para o seu problema, dado que:

“(…) antes as pessoas diziam é assim e aquele outro, mas nada” (E9);

“(…) antes de ir vir para aqui, diziam-me olha vais para tal sítio e vais estar com drogados e com bêbados, com isto e aquilo, faz-se isto, faz-se aquilo, mas não, é totalmente diferente daquilo que ouvia lá fora” (E10).

Tal como anteriormente referido por E9, esta pessoa também não possuía nenhum conhecimento sobre as comunidades terapêuticas e pelo que ouvia dizer manifestava algum receio, pelo que antes do seu ingresso foi ver do que se tratava, mas atualmente considera que:

“(…) está bom, está-se bem pronto, temos de cumprir a nossa obrigação e faz-se um pouco de tudo, mas para mim como nunca estive noutra instituição, acho isto impecável” (E9).

Expostas todas estas situações, consideremos que de forma alguma a Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem se assemelha às designadas Instituições Totais, onde se destacam os hospitais, prisões, hospícios, conventos, asilos, etc., que são caracterizadas pelas suas regras e códigos de conduta rígidos, pelo uso de uniformes, por regimes autoritários e opressivos, pela frequência de cultos religiosos, pela sua localização isolada, pela separação entre sexos e pelas restrições à liberdade (Goffman, 1961).

Desta forma, caracterizamos a Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem como “(…) um meio familiar” (E8), com “(…) regras flexíveis” (E2), “(…) na sua maioria

negociáveis” (AS), dado que “(...) devemos sempre ter em conta as características do sujeito e todo o contexto envolvente” (AS) e “(...) adequadas” (E1), onde não se usam uniformes “(...) uma pessoa aqui anda mais à vontade” (E5) e onde cada utente tem direito à sua individualidade devido ao programa terapêutico se desenvolver de forma individualizada, ou seja, adaptado e estruturado de acordo com as necessidades do utente (Asociación Proyecto Hombre, 1998).

No que concerne à equipa técnica, as suas práticas não assentam num regime autoritário nem opressivo (Asociación Proyecto Hombre, 1998), mas sim na “(...) prestação de conhecimentos específicos, tal como referido por E6:

“(...) aqui os terapeutas estão mais bem preparados, já disse isso a eles, temos aqui uma equipa boa, aqui as pessoas sabem lidar com as pessoas, para além do nível académico há também a experiência de vida” (E6).

No que concerne à sua localização geográfica, esta instituição não se encontra isolada tal como as Instituições Totais (Goffman, 1961), mas sim inserida na aldeia de Bisalhães a cerca de 6 km da cidade de Vila Real, fator que por um lado permite aos utentes usufruírem do sossego que a aldeia proporciona e que por outro lado também lhes faculta o acesso a bens e serviços que se revelam fundamentais para a sua recuperação, nomeadamente, o centro de saúde, o hospital, o IEFP, a Segurança Social, mas também a espaços culturais e de lazer como as piscinas municipais “(...) vamos à piscina” (E7), o parque do Corgo “(...) fazemos caminhadas” (E7), ou a barragem do Sordo “(...) vamos fazer pic-nics para a barragem” (E7), o Teatro Municipal e o Shopping de Vila Real “(...) vamos ao cinema” (E7), e locais de cultos religiosos “(...) também vamos à missa” (E7).

Na Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem também não se verifica a separação entre sexos, dado que esta separação é uma das características das Instituições Totais (Goffman, 1961), pois esta instituição é destinada a pessoas de ambos os sexos dependentes de álcool ou e/ou de substância ilícitas, pessoas com duplo-diagnóstico, pessoas condenadas a penas de prisão e pessoas dependentes de substâncias ilícitas enquadradas no Programa de Metadona a partir dos 18 anos de idade (Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, 2018) e muito menos restrições à liberdade, apontadas por Goffman (1961) como fatores estruturantes das Instituições Totais.

Tal como defendem Gorski, Kelley, & Havens (1993) para se realizar um tratamento em comunidade terapêutica e uma recuperação bem-sucedida é necessário motivação e dedicação e não os aspetos que se verificavam nas Instituições Totais, nomeadamente, as demarcações dos papéis, as dramatizações necessárias para a criação de um efeito de inserção

e a automatização psíquica e corpórea (Bourdieu, 1996), dado que os utentes apenas se mantêm nas instituições até ao final do tratamento, não ocorrendo situações de desumanização institucional (Bourdieu, 1996) nem de segregação dos utentes (Pestana, 2014).

Segundo a Asociación Proyecto Hombre (1998), a relação terapêutica entre técnicos e utentes estabelece-se com base na igualdade, na autenticidade, no respeito, na congruência e na empatia, contudo, para um melhor exercício das suas funções, a equipa técnica exerce uma autoridade moral e institucional sobre os utentes, de modo a estes se auto-consciencializarem acerca dos aspetos negativos da sua personalidade e alterarem as suas atitudes e comportamentos associados à dependência de substâncias psicoativas (Sommer, 2011).

Esta autoridade assenta em valores e na ética subjacentes ao programa Projeto Homem (Asociación Proyecto Hombre, 1998), dado que o programa terapêutico embora “(...) derive em primeira instância do Projeto Homem - Centro Italiano de Solidariedade de Roma (1979) (...) vem sendo adaptado ao longo dos tempos consoante a população alvo” (AS) de forma a contribuir para a reinserção social de “(...) utentes muito difíceis” (E6).

Atualmente as Comunidades Terapêuticas não são consideradas seitas, não recorrem à mão-de-obra gratuita, não promovem violência sobre os utentes e muito menos se verifica a existência de técnicos não especializados em comportamentos aditivos e dependências, tal como se verificava nas comunidades terapêuticas Le Patriarche entre a década de 70 e 1998, altura em que estas foram extintas (Angel, Richard, & Valleur, 2002), sendo instituições especializadas em tratamentos de dependência de álcool e de substâncias ilícitas e mais recentemente de dependências de jogo e de sexo, assim como de perturbações do comportamento alimentar, encontrando-se regulamentadas por legislação, nomeadamente pelo Decreto-Lei n.º 74/2016 de 8 de novembro, e apoiadas pelo Governo e pela Entidade Reguladora da Saúde que através de programas e projetos promove a melhoria da qualidade dos serviços.

4. Compreender quais os papéis e as funções desempenhadas pela Assistente Social da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem e qual a perceção dos utentes perante a sua intervenção.

Tal como verificado no capítulo II, o Serviço Social ao longo da sua história foi sofrendo diversas mutações de forma a proporcionar uma melhor intervenção junto das pessoas, grupos ou comunidades mais vulneráveis (Martins, 1999; Pimentel & Albuquerque,

2010; Mouro, 2013; Gonçalves, 2011; Vieira, 2015; Faleiros, 2005; Oca, 2013; Iamamoto, 2011; Caria, 2017; Dominelli, 2004; Amaro, 2008).

Devido aos danos causados pelo consumo de substâncias ilícitas e lícitas (Mello, Barrias & Breda, 2001; Ribeiro & Guerreiro, 2017; Alcoólicos Anónimos, 2001; IDT, 2011b; Barbosa, 2011; Griffith & Gross, 1976) deu-se a necessidade de o Serviço Social enfrentar novos desafios e compromissos, tornando-se necessária uma redefinição dos seus dispositivos teórico-práticos, assim como das suas habilidades e competências (Amaro, 2008; Dominelli, 2004; Caria, Sousa & Almeida, 2017; Carvalho & Pinto, 2014; Payne, 2002; Netto, 1989; Fook, 2003), até porque a complexidade da área das dependências acentua-se com o surgimento acelerado das mais diversas substâncias aditivas no mercado.

Desta forma, para que a intervenção dos Assistentes Sociais possa ser competente, útil e clara, necessita de ter por base uma teoria que os ajude a pensarem teoricamente, proporcionando-lhes desta forma uma melhor compreensão sobre a pessoa e a situação/problema (Howe, 2008).

No que concerne à identidade profissional da Assistente Social da instituição, consideramos que a sua prática profissional se encontra próxima das teorias mais modernas como o humanismo (Rogers, 1978; Marx, 2012) e o estruturalismo (Mouro, 2013; Amaro, 2008; Mullaly, 1993), apesar de também se sustentar nas teorias mais clássicas do Serviço Social, nomeadamente, no interpretativismo e no funcionalismo (Amaro, 2008), pois quando se intervém em áreas bastante complexas como os comportamentos aditivos e dependências, a identidade profissional dos Assistentes Sociais tem obrigatoriamente de se pautar por valores, como a participação das populações, o empowerment, a mobilização, a criatividade, a agentividade, a não standardização de respostas e o compromisso com os utentes (Amaro, 2008).

Dado “(...) que cada comunidade terapêutica terá a sua forma de atuar” (AS), na Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem foi possível constatar através das entrevistas aos utentes e a esta profissional, que para além do desempenho das funções clássicas do Serviço Social, nomeadamente, a moderação das reuniões familiares “(...) estive com a Dra. a fazer uma grande reunião, os meus filhos vieram e perguntaram o que é que eu sentia e eu contei tudo”(E4), as atividades administrativas “(...) no que diz respeito a Segurança Social acho que ela faz bem” (E2), a articulação com a Segurança Social “(...) na altura em que cheguei propôs-me a coisa da Segurança Social e eu li e preenchi e sei quanto é que eles estão a pagar e quanto eu estou a gastar” (E1) e o apoio à reinserção “(...) por exemplo, ajudar um

utente que está para ir embora, que não tem para onde ir, tenta encaminhá-lo para uma residencial, para a Assistente Social pagar-lhe para ele ter o dinheiro dele, a pessoa precisa daquela conta para o quarto” (E2), esta profissional desempenha também o papel de terapeuta:

“(…) eu formei-me em Serviço Social e realizei um estágio curricular e outro profissional nesta instituição (...) outrora os membros da equipa terapêutica faziam uma formação específica em Madrid (...) devido às minhas características individuais e profissionais fui convidada a fazer parte da equipa terapêutica multidisciplinar (...) o terapeuta é um educador, tem uma atitude de escuta e compreensão empática, tem como objetivo favorecer a mudança e o crescimento pessoal do utente, inculcar motivação para a mudança, sempre respeitando o ritmo do seu processo pessoal, e sem decidir por ele, tudo dentro de uma dinâmica e numa perspetiva biopsicossocial (...) acompanho e reinsero os utentes na sociedade” (AS).

Conforme constatado no capítulo II, Barbosa (2011) destaca o facto dos consumidores de substâncias serem pessoas desempoderadas e vulneráveis, o que deriva das suas condições físicas, psicológicas e sociais, que lhes limitam o acesso às estruturas sociais. Desta forma, os Assistentes Sociais devem utilizar como prática de intervenção a advocacia social, cujo termo se encontra relacionado com o facto de estes profissionais atenderem pessoas em situação de carências sociais e de saúde e de lhes providenciarem o acesso a recursos que objetivam a satisfação das necessidades básicas, nomeadamente, a educação, a saúde, o apoio e proteção social, bem como o acesso à justiça, à formação e ao emprego (Barbosa, 2011).

No âmbito das questões relacionadas com a saúde dos utentes e dando seguimento ao contributo de Barbosa (2011), verifica-se a necessidade do restabelecimento dos direitos sociais e a promoção da igualdade de oportunidade no acesso dos utentes à saúde, e desta forma os Assistentes Sociais deverão desempenhar o papel de mediador entre os consumidores/utentes e os profissionais de saúde, para que estes fiquem mais sensibilizados com os problemas e necessidades dos consumidores/utentes (Barbosa, 2011).

No caso da Assistente Social da instituição foi possível constatar que esta profissional desempenha este papel, revelando também alguma preocupação com aqueles cujo estado de saúde se encontra mais vulnerável, tal como se verifica no caso de E8:

“(…) é a minha terapeuta, trata dos meus problemas, eu infelizmente sou seropositivo e às vezes tenho de ir ao médico e tudo, pergunta-me sempre se eu ando bem ou mal e que se eu precisar da ajuda dela está sempre pronta para me ajudar” (E8).

Para que as intervenções se realizem com sucesso é imperativo destacar a importância da promoção da participação dos utentes durante o tratamento (Vieira, 2015; Faleiros, 2005; Oca, 2013; Barbosa, 2011), ou seja o empoderamento (Gonçalves, Marta-Costa & Cristóvão,

2013; Barbosa, 2011). Desta forma os Assistentes Sociais devem desempenhar o papel de potenciadores do empowerment, ou seja, promoverem a participação dos consumidores/utentes, populações, grupos, etc., de modo a que estes detetem as suas necessidades, se envolvam nas tomadas de decisões, descubram potencialidades e capacidades que pensavam não vir a possuir, assim como devem respeitá-los e aceitá-los como parceiros iguais para que as intervenções ocorram com sucesso (Healy, 2001; Barbosa, 2011).

Assim, a promoção da participação dos utentes deve assentar em princípios como a humildade, honestidade, mente aberta e boa vontade, visando a aquisição de maior responsabilidade e autonomia que lhes permite o desempenho de tarefas, atividades que não faziam parte e da sua anterior rotina, revelando-se uma fonte de crescimento emocional, que por sua vez durante a reinserção poderá ser útil para gerar mudanças sociais, dado que fazem emergir os seus aspetos positivos ou negativos (Asociación Proyecto Hombre, 1998; Vieira, 2015; Oca, 2013; Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, 2018; Rogers, 1978).

Tal como referido por E6 “(...) as Assistentes Sociais têm um nível de conhecimentos e experiência” (E6) e no caso da Assistente Social desta instituição destaca-se a importância das suas funções no âmbito da coordenação dos grupos terapêuticos:

“(...) participa nos grupos” (E1);

“(...) diz para não falarmos alto, nem fazermos asneiras, ela anda a sempre em cima de uma pessoa para ver quando faz asneiras” (E5);

“(...) a Assistente Social é a que nos faz as perguntas e os diários e assim, e é coordenadora do grupo, ela é impecável, é assim um bocadito, quando cisma que uma pessoa tem de botar uma coisa fora da boca tem mesmo de botar (risos), ela diz se tiver que dar castigo dá mesmo, mas fora disso é impecável” (E9);

“(...) costuma-nos fazer o encontro da manhã, o diário, costuma estar connosco a perguntar coisas sobre a nossa infância e o que se passava connosco” (E10).

Entre as atividades mais importantes para recuperação de pessoas com comportamentos aditivos e dependências destacamos a importância dos trabalhos terapêuticos realizados por escrito, devendo para o efeito, os utentes lerem literatura específica no âmbito dos CAD²³ (Hazelden, Asociación Proyecto Hombre) e através das suas experiências de vida responderem por escrito às perguntas que integram cada um destes livros, cabendo à equipa técnica o fornecimento do trabalho que mais se assemelha às características de cada utente,

²³ No âmbito da literatura terapêutica existem inúmeros temas (vergonha, raiva, recaída, saber comunicar, perfeccionismo, etc.). Estes trabalhos permitem aos utentes uma aprendizagem sobre os seus sentimentos, pensamentos, comportamentos, assim como lhes permitem um melhor entendimento sobre o conceito de doença, bem como de estratégias de prevenção de recaída, servindo também para que estes reflitam sobre os seus comportamentos associados ao consumo (Asociación Proyecto Hombre, 1998).

para que este reflita sobre o seu passado e aprenda estratégias para realizar mudanças (Gorski, 1992; Rogers, 1978).

Devido às escassas habilitações dos utentes à exceção de E3 e E6 é compreensível que estes não consigam um pleno entendimento sobre esta literatura cujo conteúdo se revela bastante técnico e elaborado e desta forma a Assistente Social confere um importante apoio à sala de escrita para que os utentes consigam entender estes trabalhos:

“(...) explica alguma coisa que uma pessoa não saiba” (E5);

“(...) diz-nos as coisas, se está a fazer bem, se está a fazer mal, quando a gente pede, ajuda” (E7).

Assim, no que concerne à perceção dos utentes sobre a intervenção da Assistente Social da instituição, todas estas pessoas conseguiram de uma forma simplificada destacar alguns aspetos inerentes aos papéis e funções realizadas por esta profissional, assim como também possuem uma opinião bastante positiva sobre o seu desempenho profissional:

“(...) para além de tudo, eu acho que é a ajuda que ela dá, falar connosco é muito importante para além dessas regras e da burocracia é ela nos acompanhar e tentar-nos conhecer e pelo facto de nos conhecer também nos permite conhecemo-nos a nós mesmos” (E3);

“(...) acho o trabalho dela importante porque o terapeuta sabe dirigir as coisas” (E10).

Tal como verificamos no capítulo I, nas comunidades terapêuticas é esperado que com o decorrer do tratamento vão ocorrendo mudanças nestas pessoas, sendo que aqueles que participarem plenamente nas atividades da instituição irão adquirir conhecimentos fundamentais para a mudança, que por sua vez conduzirá a uma rápida inserção na sociedade (De Leon, 2003; Asociación Proyecto Hombre, 1998; Rogers, 1978; Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, 2018; Vieira, 2015; Oca, 2013). Assim, de acordo com os testemunhos de todas as pessoas entrevistadas, devido ao empenho da equipa técnica e particularmente da Assistente Social têm-se verificado mudanças a diversos níveis, nomeadamente:

i) Mudanças emocionais que permitem aos utentes encarar o tratamento com mais serenidade:

“(...) 30 dias, 24 sobre 24 é um bocado saturante (...) se precisar de partilhar partilho em grupo, partilho os meus sentimentos, isto é, hoje sinto-me assim e assim e se precisar de opinião, há um, dois ou três ou que me dão sempre uma opinião para eu ficar mais confortável (...) aprendi a ter filtros e a saber o que eu quero, se vou responder é um 31” (E2);

“(...) ao princípio eu parecia um bicho-do-mato, as pessoas puxavam por mim e eu só dizia, o que é que hei-de dizer, não tenho nada para dizer e agora não, sou outra pessoa, converso e quando sinto que estou mal peço um minuto na roda” (E4);

“(...) eu adoro música e leitura e aqui tem uma mini biblioteca e estou a ler um livro sobre os acontecimentos do milénio e entretenho-me a ler e vejo um bocado de televisão” (E6);

“(...) uma pessoa quando precisa de ajuda pede um minuto na roda para ser ajudado, costumo pedir um minuto na roda, quando vejo que estou mal peço, aqueles que o fazem devem achar importante, eu acho importante, mas há muitos que não fazem, uma pessoa fica com outra normalidade e mais aliviado” (E10).

ii) Melhorias a nível de saúde:

“(...) estou a sentir melhoras, sinto-me bem, alimento-me bem e também durmo bem” (E10).

iii) No apoio aos recém-chegados:

“(...) estamos sempre prontos para ajudar, mesmo até quem entra” (E1).

iv) Na aceitação e compreensão com os pares:

“(...) agradeço sempre a ajuda que me dão (...) temos outras pessoas que têm mais dificuldade em fazer os trabalhos, seja na lavandaria, na cozinha, na limpeza, nós estamos prontos para nos ajudarmos uns aos outros” (E1);

“(...) aqui aprendi uma coisa que não sabia o que era, não sabia agradecer, não sabia o que era a gratidão” (E2);

“(...) estou a ajudar naquilo que é preciso, tento compreender, não entrando em conflito, mas sim, tentar de uma forma mais serena falar, não sei, acho que não é a entrar em discussões que, acho que há maneiras de compreender, de falar” (E3);

“(...) ouço os conselhos que as outras pessoas me dão e aceito” (E4);

“(...) se tiver alguma coisa para ajudar os colegas e para distrair, gosto de me dar bem com toda a gente (...) não gosto de ouvir as pessoas a falar mal umas das outras, sempre pelas costas, alguns é, e eu não gosto” (E7);

“(...) não sou daqueles que me chateio, mas também não faço para me chatear com eles, nem eles se chateiam comigo, às vezes tá bem tá bem, dou-me bem com os meus colegas e eles dão-se bem comigo” (E10).

v) No desempenho das atividades diárias da instituição:

“(...) hoje estou diferente e mesmo aqui eu estou na limpeza, sou eu e mais quatro, eu ajudo a cozinha, a tirar os tabuleiros, a pô-los, ajudo a lavar a loiça, eu gosto de ajudar” (E4).

vi) Na realização dos trabalhos escritos:

“(...) eu já escrevi muito” (E2);

“(...) gosto, mas tenho dificuldade, mas peço à minha madrinha para que ela me ajude” (E7);

“(...) trabalhos escritos gosto, a avaliação individual também gosto, gosto de fazer diário” (E10).

vii) Na assertividade:

“(...) eu acho que se não aprender com o que estou a passar que é em vão e vai ser uma frustração de hoje para amanhã, eu quero ter sempre força para dizer não (...) saber dizer não, isto vai-se aprendendo dia-a-dia, e cada dia que passa a força se torna maior” (E3).

viii) Na reparação dos danos causados a terceiros:

“(...) tenho vergonha de ver as pessoas quando vou a casa e pedi desculpa, olhe não tem nada a desculpar o passado é passado, mas eu não me esqueço” (E4).

ix) Melhorias no comportamento no exterior:

“(...) eu quando ia passar o fim-de-semana a casa pensava, irei recair, na primeira vez que fui estava assim com receio e agora não, sei que não posso, agora até fico em casa sozinho quando a minha mulher está a trabalhar, no sábado peguei num cãozito que lá tenho e dei a volta ao monte e ao cemitério e depois fui tratar do tacho e ela quando chegou a casa já tinha o comer feito” (E10).

x) Na perda de vontades de uso:

“(...) eu acho que sim, ora bem, tento esquecer o álcool e tomo a medicação e pronto é o que tenho a dizer, tenho que tentar e esquecer” (E5);

“(...) agora estou numa situação de reflexão e quando vou lá fora e vejo os outros beberem, isso não mexe comigo (...) para já sinto-me seguro, para já” (E6);

“(...) vontade de beber nada, fui ao café com a minha esposa e tomamos o café e via outros a beber mas não me afetava, bebia-mos o cafezito e comia-mos um bolito cada um” (E10).

No entanto, por vezes também se verificam situações que em pouco contribuem para a participação nas atividades do programa terapêutico, e tal como verificado, as pessoas que participam menos, acabam por não garantir a obtenção de tantas ferramentas úteis para a recuperação como as que participam ativamente no processo (De Leon, 2003; Asociación Proyecto Hombre, 1998; Rogers, 1978; Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, 2018; Vieira, 2015; Oca, 2013). Assim, através das entrevistas foi possível constatar que por vezes ocorrem situações de:

i) Conflito:

“(...) quando alguém me chateia a cabeça, eu não gosto e enervo-me mais e respondo, quando vejo alguma coisa que não me está a agradar, respondo” (E7);

“(...) há uns aí que andam às turras uns com os outros, um manda o outro quer mandar mais, um sabe e o outro quer saber mais, mas chega-se ao fim não sabem nada” (E10).

ii) Falta de adesão a atividades propostas:

“(...) pode haver fases em que nem tudo queremos dizer, não é só eu, é, qualquer utente, nisso é capaz de ter vergonha ou não ter coragem para o dizer” (E1);

“(...) mas não, na escrita porque não sou muito pessoa de escrever, pronto há pessoas que quando é para escrever sabem explicar aquilo tudo (...) também tenho o ponto fraco que sou um bocado mole, sou um bocado influenciável, entre amigos para qualquer coisa sinto-me um bocado influenciável, mas tenho de dizer não, às vezes coordeno o grupo e tenho que dizer não, tenho que ser assertivo, os colegas dizem-me tu não estás preparado para ir lá para fora” (E8);

“(...) ainda de manhã o psiquiatra ou psicólogo me disse, vais fazer uma peça para o Natal e eu não gosto, não gosto de representar não vou representar, ah mas porque é que tu não representas, porque eu não quero representar e não represento, quando eu digo não consigo não consigo, fazer as coisas contra a vontade não, as coisas que sei fazer faço e gosto de as fazer bem (...) eu não gosto, eu não gosto e como eu já tenho dito aos colegas, eu fazia parte de um grupo de teatro, eu sabia a peça toda mas eu não representava, chamava-se o ponto, nunca representava” (E9).

Para finalizar, salientamos que estas situações menos positivas poderão conduzir à recaída de alguns destes utentes (Gorski, 1992), dado que não conduzem à aprendizagem referida por Rogers (1978) que implica mudanças no comportamento, que objetivam uma orientação futura em todos os domínios das suas vidas.

5. Perceber a perceção dos utentes no que respeita à reinserção social e quais os contributos do Assistente Social para a melhoria das políticas sociais relacionadas com os Problemas Ligados ao Álcool.

De acordo com o IDT (2011b, p. 43), a “reinserção social tem como função apoiar os indivíduos no restabelecimento do equilíbrio individual interno e na aquisição da autonomia e liberdade na condução das suas vidas”, pelo que se pressupõe o alcançar de um estilo de vida em sociedade pautado pela autonomia, assim como pelo estabelecimento de melhorias a nível pessoal, familiar, social, laboral, educacional, entre outros aspetos, especialmente sem a necessidade de recorrer ao consumo de substâncias (IDT, 2011b).

Durante a realização de uma entrevista à Assistente Social da instituição constatamos que:

“(...) numa fase mais avançada do nosso Programa Terapêutico existe a fase de reinserção social, momento em que a pessoa deverá continuar o seu crescimento e maturação em condições de menor proteção, maior liberdade e contacto com a sociedade, para chegar a uma total autonomia pessoal e integração social (...) este processo supõe alcançar um estilo de vida autónomo no meio da sociedade, normalizar no âmbito pessoal, familiar, tempo livre, comunitário, laboral, etc. (...) é um processo global e dinâmico, no qual aparecem problemas e crises” (AS).

Conforme descrito no capítulo I, em Portugal as políticas públicas relacionadas com os Problemas Ligados ao Álcool assentam num Plano Nacional que abrange os CAD e uma

estrutura de Coordenação Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool, encontrando-se em vigor o PNRCAD 2013-2020 (Ribeiro & Guerreiro, 2017; SICAD, 2013).

De forma a desenvolver intervenções que visam a promoção da saúde, a prevenção, a dissuasão, a redução de riscos e minimização de danos e a reinserção social, etc., compete ao Estado comparticipar financeiramente os tratamentos, apoiar as instituições e desenvolver estratégias de prevenção e de consciencialização da população sobre esta problemática que nos últimos anos se tem vindo a agudizar, dado que as políticas públicas se têm revelado insuficientes e ineficazes (Lei n.º 17/98 de 21 de Abril; Decreto-Lei n.º 72/99 de 15 de Março; Despacho Conjunto n.º 363/1999, de 29 de abril; ISS, 2014; SICAD, 2018b; Ribeiro & Guerreiro, 2017; Pinto, 2008; Cabral, 2007).

Uma das situações que merece especial destaque é a reinserção social, dado que após o término do tratamento em comunidade terapêutica, os utentes enfrentam enormes dificuldades para voltarem a possuir uma habitação (SICAD, 2013), ou para se inserirem no mercado de trabalho (Ginexi, Foss, & Scott, 2003), quer seja pela falta de habilitações literárias, pela falta de experiência profissional para o desempenho de determinadas funções, pelas suas limitações físicas ou cognitivas (SICAD, 2013), ao que acresce o facto de vivermos numa sociedade bastante competitiva (Mouro, 2013; Bauman, 2007), mas também preconceituosa perante os CAD (Mendes, 2015; Nogueira & Silva, 2001).

Através dos testemunhos das pessoas entrevistadas E1, E3, E4, E6, E8 e E10 podemos verificar algumas das dificuldades por estas sentidas durante a sua vida de consumo e durante o tratamento, no que concerne ao escasso apoio estatal fornecido, particularmente:

i) em apoios pecuniários:

“(…) é a Segurança Social que me está a pagar, tudo mesmo, porque não tenho posses para isso, por isso quem tiver mais também tem de ajudar” (E1);

“(…) a minha mãe trabalhou toda a vida e está a receber uma reforma de 270 euros, acho que estamos mal, se eu não tiver forças para trabalhar (...) pelo que vejo aqui, alguns colegas se precisarem de alguma reforma eles tratam dos papéis para a reforma para darem os primeiros passos” (E8);

“(…) a mulher também ganha pouco, assim é complicado, a mim estavam a dar 165 euros, é praticamente só para mim” (E10).

ii) em apoios relacionados com a habitação:

“(…) há aqui pessoas que não têm família, há aqui pessoas que continuam aqui porque não têm para onde ir” (E4);

“(...) há muitas pessoas que infelizmente não têm família ou não têm onde viver e pelo que vejo aqui nesta casa parece-me que tentam encaminhar e pagar quartos para eles arranjam a vida lá fora” (E8).

iii) em despesas médicas:

“(...) tenho a doença que tenho desde os meus 17 anos e dão-me só o retroviral” (E8).

iv) no que respeita à escassa oferta de emprego:

“(...) deveriam arranjar-nos trabalho, eles deviam dar uma ajuda para arranjar trabalho (E10).

Assim, perante estas carências em bens de primeira necessidade, verifica-se a urgência de serem implementadas melhorias ao nível das políticas sociais, dado que após o término do tratamento quanto melhores forem as condições de vida destas pessoas, menores serão as probabilidades de recaída nos consumos, tal como referido por E3:

“(...) eu acho que não é só o facto de estarmos aqui em tratamento, futuramente acho que deve haver uma mão amiga também, há que haver um alicerce para a continuação, a nossa força só é grande, mas todo o ser humano precisa de ajuda quer para o quer que seja” (E3).

Perante estas dificuldades, no caso dos utentes que não possuem retaguarda familiar, habitação, possibilidades de virem a obter um emprego e dificuldades em manterem-se em recuperação, os utentes E2 e E6 são apoiados pela instituição através do Programa de Longa Duração que é na sua totalidade financiado pelo Estado (Despacho Normativo 16938/2013).

No que respeita ao Programa de Longa Duração, alguns utentes quando ingressam na comunidade terapêutica já se encontram referenciados pela entidade que os encaminhou, para a realização deste programa, existindo também utentes que após o término do tempo referente ao seu tratamento não estabelecem sólidos requisitos para uma reinserção bem-sucedida e desta forma, a instituição poderá solicitar à ARS a prorrogação do termo de responsabilidade ou a emissão do termo de responsabilidade para a realização do Programa de Longa Duração (Despacho n.º 16938/2013).

No caso dos utentes que se encontram abrangidos pelo Programa de Longa Duração, após algum tempo de tratamento e mediante um comportamento responsável, estes realizam pequenos trabalhos para a instituição como apoiar a carrinha do serviço domiciliário, pequenos recados, entre outros serviços, que lhes permitem o desenvolvimento ou a manutenção das suas competências, sendo este programa de certo modo, uma salvaguarda e uma forma de proteção para estas pessoas, tal como se verifica na situação de E2:

“(…) eu ando lá fora a ver o ambiente, vou lidando com as pessoas, já tenho paciência para estar uma hora à espera nos correios ou hora e meia, já não me exalto, agora já sou mais controlada, tenho que ter paciência, embora às vezes expluda, mas chatear-me para quê (...) ajudo na cozinha, vou com a senhora da carrinha buscar comida” (E2).

Após a conclusão do respetivo tratamento e de forma a contribuir para uma reinserção adequada deveria existir uma maior articulação com possíveis entidades empregadoras ou centros de formação profissional, de forma a apoiar os utentes, contudo, face às lacunas existentes na fase de reinserção resultantes da falta de apoio e de verbas (Ribeiro & Guerreiro, 2017; SICAD, 2013), também se verificam casos de reinserção onde se conseguem garantir o mínimo das condições básicas de vida de um cidadão, devido ao empenho da equipa técnica, tal como relatado por E6:

“(…) esteve aqui um senhor com a minha idade, foi para reinserção e arranjaram-lhe um quarto, recebe o rendimento mínimo, portanto dão-lhe o rendimento mínimo e ele paga o quarto, e comer, vai comer a alguma casa ou alguém lhe leva o comer, esse senhor vive sozinho, não tem ninguém, mas tem dinheiro para o quarto” (E6).

Refletindo sobre esta situação, no caso de uma pessoa sozinha e sem rendimentos, o valor correspondente ao RSI é de 186,68 euros e o aluguer de um quarto, custa pelo menos 120 euros na região de Vila Real, desta forma, restam apenas 66, 68 euros para esta pessoa fazer face a despesas mensais e apesar de a alimentação ser garantida por cantinas sociais ou serviços de apoio domiciliário, poderão haver dias em que não são garantidas as principais refeições.

No âmbito da reinserção social torna-se fundamental que durante o tempo de tratamento passado na comunidade terapêutica, os utentes vão definindo sólidos objetivos para o futuro visando a integração na sociedade nos vários domínios, nomeadamente, pessoal, familiar, habitacional, social, laboral, educativo, cultural entre outros (IDT, 2011b).

Após ouvir e refletir sobre os objetivos para o futuro das pessoas entrevistadas, e de ter constatado que a reinserção social é uma preocupação para instituição e conhecida pela equipa técnica como fundamental para o sucesso de todo o tratamento, neste sentido, há um investimento e comprometimento no apoio e na procura de soluções para cada situação, tal como defendido pela Assistente Social, por E1 e E6:

“(…) claro que tentamos sempre o melhor para o utente dentro do que é possível” (AS);

“(…) eles aconselham sempre a gente a ocupar-se numa coisa que a gente perceba, é o que se trabalha muito aqui, é estarmos sempre ocupados para quando chegarmos lá fora” (E1);

“(...) as pessoas só vão lá para fora sem condições se quiserem, porque quando sai qualquer utente que não tenha apoio lá fora, eles aqui dão tudo, cigarritos, dinheiro para o café” (E6).

No que concerne aos objetivos para o futuro destas pessoas, durante as entrevistas foi possível constatar devido às suas idades, a aspetos culturais e a algumas limitações causadas pela dependência de álcool, estas condições poderão não ser suficientes para enfrentar a dureza do processo de reinserção, assim como da manutenção da recuperação, dado que a maioria das recaídas ocorre durante os primeiros meses após o final do tratamento (Gorsi, 1992; Lettner & Rangé, 1988; Lambaz & António, 2010) se não ocorrerem mudanças nas formas de pensar e de agir destas pessoas (Rogers, 1978).

Ainda no âmbito dos objetivos futuros destas pessoas, a sua quase totalidade referiu o domínio laboral, dado que o emprego, para além de diminuir as situações de marginalidade e de prevenção ou redução dos consumos²⁴, também confere benefícios à saúde e à qualidade de vida das pessoas, pois, para além de ser uma forma de obter rendimentos também promove a auto-estima e a socialização (Ginexi, Foss, & Scott, 2003; SICAD, 2013):

“(...) arranjar trabalho, eu ajeito-me com tudo, eu sou mecânico, sou das obras, já tive um café (...) o que aparecer, é por onde pego (...) eu acho que se me ocupar e trabalhar e pedir sempre ajuda, eu consigo” (E1);

“(...) gostava de arranjar um trabalhinho como cozinheira ou como ajudante, eu aqui ao domingo, sou eu que cozinho e eles ficam todos contentes” (E2);

“(...) para já o que mais desejo é ver-me livre das muletas quero trabalhar com vontade de lutar e conseguir, ter orgulho em mim própria, eu sempre fui empregada de balcão (...) eu adoro trabalhar, sempre trabalhei e gostava daquilo que fazia e eu acho que nós temos de gostar daquilo que fazemos, porque ser só obrigação não ajuda muito” (E3);

“(...) uma cunhada minha que teve uma conversa com a minha filha que achava bem eu sair daqui e arranjar um trabalho” (E4);

“(...) ver se arranjo trabalho nas vinhas a cortar a uva, se arranjasse ia fazer, ia ajudar a minha sogra” (E7);

“(...) a minha arte é pasteleiro, padeiro, na minha zona sou conhecido em todo o lado, sempre trabalhei em padaria, pastelaria desde os meus 18 anos” (E8);

“(...) trabalhava nas pedreiras, e agora quando sair já dei uma apitadela para ver se me arranjavam para ir para lá outra vez e disseram-me que quando saísse que iam ver, o meu patrão disse que para eu ter o tempo ocupado me iria arranjar lá alguma coisita (...) com a idade que tenho não é fácil arranjar trabalho, e cá para mim estou a pensar que o patrão lá terá pena de mim porque sabe que eu estou aqui, ele

²⁴ O ambiente profissional pode condicionar os consumos, existindo também fatores que os podem impulsionar, nomeadamente os ritmos de trabalho intenso, o trabalho por turnos e alguns trabalhos onde se verifique a prevalência de bebidas alcoólicas, nomeadamente na restauração e na construção civil (SICAD, 2013).

já lá foi à minha casa para saber de mim, disse à minha esposa quando ele cá estiver quero falar com ele “ (E10).

No que concerne ao cessar dos consumos, constatou-se que estas pessoas não tencionam voltar a consumir bebidas alcoólicas, pois se voltarem a recair menores serão as hipóteses de realizarem uma reinserção com sucesso (IDT, 2011b; SICAD, 2018b; Alcoólicos Anónimos, 2001):

“(...) planos para o futuro, tenho que me segurar e deixar de beber, tenho de manter o ritmo senão estrago tudo, vai tudo por água abaixo” (E5);

“(...) quero ver se não começo outra vez a emborcar tintol” (E6).

Verificou-se também que a maioria das pessoas entrevistadas pretende voltar para o seu meio e para a sua habitação:

“(...) quero ir para a casa da minha mãe e voltar a ser quem era antes de consumir álcool” (E3);

“(...) queria ir para casa” (E7);

“(...) eu tenho casa, só que está em tribunal, não está nada resolvido, são coisas de família” (E9).

Na situação das pessoas que não possuem retaguarda familiar, nem habitacional, e em particular no caso de E2, os seus planos futuros passam por tentar arranjar uma casa ou quarto onde possa viver:

“(...) arranjar um quartinho porque não tenho bastante para arranjar uma casa, aqui nestes 3 anos tenho juntado algumas coroinhas (...) se a Segurança Social me arranjasse uma casinha era bom, era o ideal para mim, um T1 ou um T0” (E2).

Contudo, o regresso ao lar e à família, após o processo de tratamento, poder-se-á revelar perigoso e potenciador da recaída, dada a permanência de sentimentos e pensamentos em relação à vida de consumo que poderão ser um entrave à mudança e à recuperação (Guião de Acolhimento da Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, 2018; IDT, 2011b; Gorski, 1992; Frois, 2009).

A Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem possui um apartamento de reinserção social destinado ao acolhimento de utentes, mas devido às diversas dificuldades que estes terão para conseguirem arranjar um trabalho e como não possuem mais rendimentos, alguns necessitarão de beneficiar do RSI, mas desta forma, quem for beneficiário desta prestação não poderá usufruir do apartamento de reinserção.

Quando os utentes concluem o tratamento “(...) na maioria dos casos, os utentes que têm família vão para a família, quem não tem retaguarda vai viver para um quarto ou para uma pensão” (AS), no entanto também existem utentes que para além de não possuírem

retaguarda familiar nem financeira, manifestam enormes dificuldades em manter-se em recuperação e desta forma permanecem na instituição tal como visto anteriormente (Despacho n.º 16938/2013).

De acordo com o Instituto da Segurança Social (2018) constata-se que é possível acumular o apoio prestado por estas respostas/serviços com outros subsídios ou prestações da Segurança Social, mas no caso do RSI, tal não é possível²⁵ dado que:

“(…) a Segurança Social não comparticipa duplamente os apoios, está no regulamento (…) no caso do RSI não é possível, pois uma pessoa ficava sem meios de subsistência” (AS).

No que respeita ao apartamento de reinserção que a Cáritas Diocesana de Vila Real possui, foi possível constatar através das entrevistas que os utentes pouco sabem acerca desta resposta social:

“(…) eu acho que a proiri arranjam um sítio onde as pessoas ficam, eu sou um bocadinho leiga nisso” (E3).

No entanto, possuem a consciência que quando finalizarem o tratamento ou regressam às suas próprias casas, no caso das suas famílias se encontrarem dispostas a recebê-los tal como referido por E1:

“(…) temos aqui cinco ou seis que não têm para onde ir, não têm família ou a família não pega neles” (E1)

Perante as situações de reinserção mais complicadas, a instituição em articulação com a Segurança Social promove diligências para que se arranje um quarto para o utente viver, tal como salientam E7 e E9:

“(…) ouço que arranjam quarto para eles, mas não sei onde” (E7);

“(…) em princípio penso que a Segurança Social me vai arranjar um quartinho, disserem que até aos 160 euros pagavam um quarto, até aos 160 euros, a partir daí não” (E9).

Dado que se verifica a necessidade destas pessoas possuírem um rendimento para o seu próprio sustento e para o apoio à sua família, o emprego por um lado constitui um fator de sustentabilidade, mas por outro lado revela-se um meio de realização pessoal, de contacto social, de reforço de auto-estima, de treinos relacionais, de aprendizagens, etc. (Ginexi, Foss, & Scott, 2003), contudo, como algumas destas pessoas não reúnem condições para ter um

²⁵ Segundo a alínea 10 das condições de acesso ao RSI, uma das condições de acesso é “não se encontrar institucionalizado em equipamentos financiados pelo Estado, salvo se se encontrar transitoriamente acolhido em respostas sociais de natureza temporária com plano pessoal de inserção definido ou em situações de internamento em comunidades terapêuticas ou em unidades de internamento da rede nacional de cuidados continuados integrados. No entanto, nos 45 dias anteriores à data previsível da saída ou alta, já pode pedir o RSI” (Instituto da Segurança Social, 2018).

emprego verifica-se a necessidade de terem acesso a condições de vida condignas, mas tal como refere a Assistente Social:

“(…) como todos nós sabemos as respostas sociais do Estado são muito redutoras (...) a reinserção social tem vários constrangimentos, o principal surge naqueles indivíduos sem suporte familiar e sem habilidades para se inserirem a nível laboral” (AS).

No que respeita à inserção laboral, a situação também se revela delicada, pois:

“(…) para a inserção laboral dos utentes já tivemos entidades parceiras, que os costumavam empregar em hortas (...) agora vamos articulando o serviço com o CLDS e com a Segurança Social, para vermos o que está em cima da mesa, para vermos o que é melhor para cada utente, pois cada situação é diferente e quem os encaminhou também é responsável pela sua inserção, porque o trabalho é feito em rede e de acordo com as características da pessoa” (AS).

Dado que ocorrem caso de sucesso na recuperação de pessoas com comportamentos aditivos e dependências (Hermida & Villa, 2001), algumas destas pessoas transmitem a sua experiência de vida através de partilhas em comunidades terapêuticas, hospitais, estabelecimentos prisionais, etc., de modo a que através do seu exemplo mais pessoas entrem em recuperação, no entanto seria igualmente produtivo se muitas mais destas pessoas realizassem ações de voluntariado nestes locais ou nas melhores das hipóteses ingressassem por exemplo em equipas de rua que apoiam pessoas em risco, ou exercessem funções como monitores ou técnicos nestas instituições.

Na Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem verifica-se essa prática que se revela uma mais-valia para a instituição, assim como para a recuperação dos utentes, tal como refere a Assistente Social:

“(…) o nosso Programa tem vindo ao longo dos anos a contemplar a inserção de indivíduos, que tenham tido êxito terapêutico e que tenham características adequadas, para transitarem para monitores (...) essa passagem tem vantagens no sentido em que os utentes conseguem ver neles um exemplo a seguir, o que os motiva ainda mais (...) a outra vantagem é a experiência na comunidade, na dinâmica da “casa”, o conhecimento das regras e da doença de adição, tudo isso torna a intervenção desses monitores uma mais valia para todos” (AS).

Através de uma consulta à Carta Social (2018) foi também possível verificar que em Portugal apenas existem 25 apartamentos o que se revela escasso para o grande número de pessoas dependentes de substâncias existentes no nosso país.

Perante todas estas lacunas urge a necessidade de serem tomadas medidas para uma mudança social e estatal dado que:

“(…) cada vez mais a sociedade ouve falar nos prejuízos que advêm do consumo de álcool e acredito que haja uma transição de mentalidades relativamente aos problemas ligados ao álcool” (AS).

Considerações finais

Esta dissertação documenta um trabalho de investigação realizado na Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, em que através de uma metodologia centrada nas abordagens qualitativas com recurso ao uso de entrevistas semi-estruturadas e questionários, fomos capazes de compreender a perceção das dez pessoas dependentes de álcool entrevistadas e da Assistente Social desta instituição sobre a intervenção realizada nas fases de tratamento e reinserção social.

Para o efeito tivemos em conta os seguintes objetivos: 1) Perceber as causas do consumo, fatores que conduzem à recaída e diferenças entre o consumo de álcool e de substâncias ilícitas; 2) Compreender quais os papéis desempenhados pelas famílias das pessoas dependentes de álcool; 3) Perceber qual o entendimento dos utentes e da Assistente Social sobre as regras da instituição; 4) Compreender quais os papéis e as funções desempenhadas pela Assistente Social da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem e qual a perceção dos utentes perante a sua intervenção; 5) Perceber a perceção dos utentes no que respeita à reinserção social e quais os contributos do Assistente Social para a melhoria das políticas sociais relacionadas com os Problemas Ligados ao Álcool.

De forma a proceder a esta investigação, em primeiro lugar foi efetuada uma revisão da literatura sobre a temática dos comportamentos aditivos e dependências onde prevalecem os Problemas Ligados ao Álcool, bem como uma revisão da literatura sobre as mais recentes abordagens do Serviço Social no âmbito da saúde e sobre a metodologia usada para este estudo.

Para cada objetivo da investigação apresentam-se as seguintes conclusões:

Objetivo 1: A dependência de álcool é uma doença crónica geradora de diversas problemáticas sociais, assim como de consequências nocivas aos níveis físico e psicológico (Nakken, 1996; IDT, 2011; APA, 2014; Ribeiro & Guerreiro, 2017).

No que concerne às causas da dependência de álcool, verificamos como fatores impulsionadores do consumo, as tradições culturais assentes em mitos e crenças, a predisposição genética, a dependência de álcool por parte dos progenitores, a socialização no período da adolescência, as fortes campanhas publicitárias alusivas ao consumo de álcool e a influência familiar, contudo, não é possível apresentar uma causa única ou determinar quais os factos mais relevantes para justificar os consumos e a sua continuidade até se atingir o estado de dependência, pois esta doença é multifatorial, sabendo-se apenas que uma

combinação de diversos fatores contribuem para que algumas pessoas venham a ter maiores probabilidades de desenvolver a dependência de substâncias durante qualquer período das suas vidas (Vargas, 2002).

Apesar das consequências que produzem, os Problemas Ligados ao Álcool continuam a ser ignorados por grande parte da sociedade portuguesa (Mello, Barrias & Breda, 2001), que teima em não entender que o consumo de álcool é também uma forma de toxicodependência (Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000), dado que se verifica a ocorrência de diversas e nefastas situações para o consumidor, para as suas famílias e para a sociedade, nomeadamente e tal como verificamos ao longo das entrevistas, desemprego, abandono de formação profissional, pobreza, desacatos, situações de sem-abrigo, discriminação, acidentes, tentativas de suicídio, internamentos hospitalares, doenças, isolamento, baixa auto-estima e sofrimento causado pelos sintomas de abstinência, sendo estes acontecimentos idênticos aos problemas causados pela dependência de substâncias ilícitas (Morel, Fontaine e Hervé, 1998).

Tal como defendido pelos Alcoólicos Anónimos (2001) para que uma pessoa dependente de substâncias se mantenha em recuperação não basta apenas a “força de vontade”, devendo ser efetuadas mudanças aos níveis, pessoal, familiar, habitacional, social, laboral, formativo, educacional, desportivo, cultural, entre outros aspetos, para que a pessoa aprenda a lidar com situações adversas sem recorrer a álcool, devendo também demonstrar gosto pelas novas atividades e pela vida em sobriedade.

Após a entrada em recuperação, a pessoa dependente de álcool tem de se manter sempre em alerta com os sintomas e os sinais de aviso, assim como deverá possuir uma estratégia concreta para fazer face às dificuldades inerentes à recuperação, pois quando não existe uma estratégia concreta de recuperação, inicia-se o processo de recaída, sendo este fenómeno desencadeado muito antes do uso efetivo da substância e daí a importância conferida à Tabela 1 (fases e sinais de alerta de recaída) que poderá servir como meio de prevenção (Gorski, 1992).

Assim, de acordo com os dados obtidos, a recaída faz parte da tentativa ou do processo de recuperação da maioria das pessoas entrevistadas, sendo originada por fatores como o “excesso de confiança”, a falta de assertividade, a legalidade do consumo e a tolerância social, a incapacidade em saber lidar com determinadas situações, as atividades ligadas à vitivinicultura, a falta de apoio familiar, a vontade de beber, o retorno ao seu meio habitacional e social e a inexistência de um sólido plano de reinserção.

De modo geral, o processo de recuperação de uma pessoa dependente de álcool revela-se uma tarefa bastante complexa, dada a necessidade de serem tratados aspetos de ordem física, psíquica e social num processo contínuo e ao longo da vida (Gorski, 1992; Rogers, 1978).

Objetivo 2: No que concerne aos papéis desempenhados pelas famílias, numa primeira instância foi possível constatar que em alguns dos casos das pessoas entrevistadas, as famílias foram de certa forma impulsionadoras do consumo de álcool (Ramos, 2016), dado que desde crianças e jovens que algumas destas pessoas consomem bebidas alcoólicas. Foi também possível constatar que os consumos de álcool por parte das pessoas entrevistadas originaram situações de violência doméstica e de negligência parental que culminaram em divórcios e na retirada de crianças por parte da Segurança Social, entre outras diversas situações, acabando por tornar as famílias em co-dependentes e vítimas, tal como verificado no capítulo I (Trigo, 2006; Nakken, 1996; Moscovici, 2013).

Com a realização do tratamento por parte da pessoa dependente de álcool e dado que o programa Projeto Homem também engloba as famílias dos utentes no processo, foi possível constatar através das entrevistas, um retomar da confiança e do apoio prestado pelas famílias, na maioria dos casos, verificando-se também que duas das pessoas entrevistadas não possuem retaguarda familiar, assim como possuem certas sérias dificuldades em manter-se em recuperação, pelo que se mantêm na instituição ao abrigo do Programa de Longa Duração.

Assim, o apoio familiar confere bastante importância ao processo de tratamento, competindo também à equipa técnica um trabalho de empoderamento das famílias para que estas interiorizem o conceito da doença da adição (Nakken, 1996), bem como as suas características (APA, 2014) e consequências que provocam na saúde aos níveis físico, psíquico e social (Mello, Barrias & Breda, 2001; Balsa, Vital & Urbano, 2017; Ribeiro & Guerreiro, 2017; IDT, 2011b).

Compete também às famílias das pessoas dependentes de álcool que estas participem ativamente na recuperação do seu familiar, devendo para o efeito delinear estratégias para o apoiar (Filizola, 2006), assim como deverão frequentar reuniões de Al-Anon e de Alcoólicos Anónimos abertas à sociedade em geral e manter sempre o contato com a equipa técnica da instituição (Asociación Proyecto Hombre, 1998; Cáritas Diocesana de Vila Real, 2018).

Objetivo 3: No que concerne às regras existentes na instituição verificamos que estas desempenham uma importante função reguladora, contribuindo por um lado para a preservação da ordem e da disciplina na instituição e por outro, para a promoção da melhoria

dos comportamentos dos utentes com vista a uma reinserção bem-sucedida, tal como contactado através das entrevistas e dos questionários, em que todas pessoas entrevistadas concordam com a sua existência, assim como se revelam satisfeitas com a realização do tratamento nesta instituição.

Tal como pretendido, através do contraste existente entre a Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem e as Instituições Totais, verificamos que esta instituição possui um funcionamento bastante adequado às necessidades e características dos utentes, baseando-se num modelo de regras flexíveis e democráticas.

Através da abordagem deste objetivo da investigação, tentamos de certa forma desmistificar a ideia existente na sociedade portuguesa de que as comunidades terapêuticas são locais semelhantes às Instituições Totais, numa esperança de poder contribuir para que mais pessoas com CAD que se encontrem a consumir substâncias, solicitem apoio para o seu problema e realizem os seus tratamentos em comunidades terapêuticas, dado que estas instituições são especializadas em tratamentos de dependência de álcool e de substâncias ilícitas e mais recentemente de dependências de jogo e de sexo, assim como perturbações do comportamento alimentar, encontrando-se também devidamente regulamentadas pelo Estado, através do Ministério da Saúde.

Objetivo 4: Tal como constatado no capítulo I, perante a problemática dos comportamentos aditivos e dependências e em particular nos Problemas Ligados ao Álcool, não existem certezas acerca da recuperação da maioria destas pessoas (Gorski, 1992; Lettner & Rangé, 1988; Gorski, Kelley & Havens, 1993; Lambaz & António, 2010), assim, compete às equipas técnicas e nomeadamente aos Assistentes Sociais a continuação do desempenho dos seus papéis e funções com competência e dedicação, de forma a contribuírem para que mais pessoas entrem ou se mantenham em recuperação.

Para além destes aspetos, os Assistentes Sociais devem assumir um compromisso no âmbito de um trabalho de prevenção e sensibilização da sociedade em geral, destacando a cronicidade desta doença (IDT, 2011b), de forma a erradicar o preconceito que se verifica perante os comportamentos aditivos e dependências (Mendes, 2015), assim como propor o estabelecimento de melhorias no que concerne ao combate a esta problemática.

Para o melhoramento da prestação profissional dos Assistentes Sociais destacamos a importância da formação contínua, nomeadamente ao nível dos cursos de mestrado, pós-graduações e doutoramento, assim como da produção de conhecimento em material teórico, bem como de encontrar formas de regulação da profissão (Caria, 2017; Branco, 2009). Desta

forma, torna-se necessário que os Assistentes Sociais desenvolvam novas práticas de intervenção, devendo ser críticos e reflexivos, de modo a se enquadrarem perante as teorias modernas do Serviço Social, ou seja, perante o paradigma alternativo do Serviço Social que nos últimos anos tem registado uma maior atualização e renovação teórica (Amaro, 2008), pois as profissões sociais e particularmente o Serviço Social têm de acompanhar as mudanças sociais, adaptando-se aos desafios e aos condicionalismos das sociedades onde intervêm ou correm o risco de se revelarem inúteis para a resolução dos problemas (Pinto, 2014).

Tal como verificamos, na Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem, a Assistente Social desta instituição enquadra-se neste perfil alternativo, dadas as necessidades específicas que se encontram inerentes aos CAD, possuindo uma identidade profissional pautada pelos valores, da participação dos utentes no seu processo de tratamento, do empowerment, da criatividade, da mediação, da advocacia social, assim como do compromisso com os utentes com vista ao desenvolvimento das suas potencialidades, garantindo também a defesa dos seus direitos e interesses (Amaro, 2008).

No que concerne à perceção dos utentes sobre a intervenção da Assistente Social da instituição, todas estas pessoas destacaram a sua importância para a sua recuperação, possuindo uma opinião bastante positiva sobre esta profissional.

Objetivo 5: No âmbito da reinserção social foi possível detetar a existência de várias lacunas que de certa forma dificultam o processo de recuperação das pessoas com comportamentos aditivos e dependências, e em particular nos Problemas Ligados ao Álcool, sendo necessário o estabelecimento de melhorias neste processo.

Dada a existência de um elevado número de pessoas com comportamentos aditivos e dependências em Portugal, deveriam existir mais apartamentos de reinserção e de preferência localizados nas grandes cidades, assim como nas zonas onde se situam as diversas comunidades terapêuticas, devendo cada um deles beneficiar dos serviços de Assistentes Sociais.

Tal como constatado no capítulo I, grande parte das pessoas com comportamentos aditivos e dependências possui dificuldades em conseguir emprego, e desta forma têm de beneficiar do RSI, mas ao beneficiarem deste apoio não podem usufruir dos apartamentos de reinserção, assim, a Segurança Social deveria promover melhoramentos neste âmbito, devendo apoiar duplamente os apoios ou proceder a um aumento no valor do RSI.

No que concerne às pessoas com comportamentos aditivos e dependências cujo processo de recuperação seja bem-sucedido e que sejam possuidoras de características para o

desempenho de funções de monitores ou de técnicos na área dos CAD, para além de serem as próprias comunidades terapêuticas a ministrarem as formações a estas pessoas, também o IEFP ou a Segurança Social poderiam através de parcerias com Instituições Politécnicas ou Universidades financiar cursos de formação profissional ou de licenciaturas no âmbito das ciências sociais e humanas (com isenção de propinas ou propina mínima) para as pessoas dependentes de substâncias que se encontrem em recuperação e possuam capacidades e competências para o exercício destas funções.

Assim, estes monitores ou técnicos revelariam uma fundamental importância, por um lado para as instituições que beneficiariam de experiência acrescida que se traduziria num maior êxito para a recuperação dos utentes e por outro lado, o seu exemplo seria importante para sensibilizar a sociedade em geral acerca das problemáticas associadas aos CAD, assim como para a erradicação da discriminação e preconceitos existentes na sociedade portuguesa perante as pessoas em risco (Mendes, 2015), contudo, a sociedade portuguesa ainda não se encontra preparada para esta mudança (Nogueira & Silva, 2001; Pimentel & Albuquerque, 2010).

No entanto, voltamos mais uma vez a frisar as altas taxas de mortalidade, de sinistralidade e de criminalidade que ocorrem em Portugal relacionadas com os PLA (Ribeiro & Guerreiro, 2017; Marinho, 2008; SICAD, 2013; Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência, 2017; Mello, Barrias & Breda, 2001; Gomes, 2010), esperando que num futuro breve sejam tomadas algumas medidas por parte do Estado, de forma a prevenir ou proibir determinado tipo de fatores impulsionadores de consumo de bebidas alcoólicas, nomeadamente, a proibição dos patrocínios da indústria do álcool a atletas, equipas ou eventos desportivos, a proibição das publicidades alusivas a bebidas alcoólicas, a proibição da venda de bebidas alcoólicas em clínicas, recintos desportivos, nas universidades e nas imediações de escolas (Ribeiro & Guerreiro, 2017).

Ainda segundo Ribeiro & Guerreiro (2017), o número de locais de venda de bebidas alcoólicas deveria sofrer uma redução, assim como os preços destas bebidas deveriam aumentar, nas embalagens de bebidas alcoólicas devem ser exibidos avisos sobre os malefícios do álcool tal como ocorre nos maços de tabaco, deveriam existir mais limites sobre o horário de venda de álcool, deveriam existir mais ações de formação e educação sobre o álcool e maior fiscalização nos estabelecimentos de venda de bebidas alcoólicas.

Indo de encontro a esta lista de restrições defendidas por Ribeiro & Guerreiro (2017), também podemos e devemos acrescentar uma breve ideia que poderia de certa forma contribuir para a melhoria das políticas relacionadas com os Problemas Ligados ao Álcool.

Conforme constatado, as despesas relacionadas com os PLA são superiores às receitas do IABA (Marinho, 2008; Monteiro, 2016; Ribeiro & Guerreiro, 2017), desta forma, dado que os produtores/comercializadores de vinho não pagam o IABA, fator que lhes confere a angariação de elevados lucros, estes poderiam pagar uma parte das despesas hospitalares, judiciais e relativas aos tratamentos de dependência de álcool, mas até ao momento tal não foi possível devido à forte ligação que esta classe tem com o Estado, que de certa forma se assemelha ao que se verificava durante a ditadura em que os vitivinicultores eram cooptados pelo regime de forma a consolidar a base de apoio social (Freire, 2010).

Outra grande parte destas despesas poderia ser paga por toda a indústria das bebidas alcoólicas, assim como por todos os proprietários de estabelecimentos que comercializam estas bebidas e talvez assim estas pessoas (individuais e coletivas) pudessem adquirir uma maior consciência sobre os perigos que se encontram associados ao consumo de álcool.

Deveria também existir uma maior articulação das instituições com entidades empregadoras, para que estas adquirissem uma verdadeira consciencialização sobre os CAD e estivessem dispostas a empregar estas pessoas, no entanto, as estruturas sociais ainda possuem atitudes preconceituosas perante as pessoas com comportamentos aditivos e dependências (Almeida, 2014).

Desta forma, compete também à sociedade a abolição de qualquer forma de discriminação contra estas pessoas, pois estas não têm culpa da sua condição, pois da mesma forma que algumas pessoas possuem a predisposição para doenças cardíacas, cancro ou diabetes, também as pessoas dependentes de substâncias possuem esta predisposição, mas para o consumo de substâncias (Saul, 2002), o que nos leva a considerar as seguintes questões:

Deverá uma pessoa possuidora de doenças como o cancro, doenças cardíacas, ou a diabetes ser culpada e discriminada pela sociedade? Então porque é que as pessoas com comportamentos aditivos e dependências o são?

No sentido de consciencializarem a sociedade que as dependências são uma doença (Mello, Barrias & Breda, 2001), os Assistentes Sociais deveriam para tal proceder à realização de mais campanhas de prevenção e de formação sobre esta doença, pois quanto mais informação existir, menos situações de discriminação ocorrerão, assim como diminuirá a

taxa de mortalidade das pessoas dependentes, dado que ao realizarem tratamento, apesar das taxas de sucesso serem escassas sempre existirá uma hipótese para a recuperação.

Dando continuidade ao compromisso ético que assumimos com a instituição, antes da conclusão desta dissertação foi possível devolver os dados recolhidos, sendo também realizada uma visita à instituição, onde fomos informados das alterações das condições sociais das pessoas entrevistadas, onde se constatou que E2, E3, E5, E6, E7, E9 e E10 continuam a realizar tratamento na instituição, enquanto E1, E4 e E8 obtiveram alta terapêutica, regressando aos seus lares, encontrando-se E1 e E4 a exercerem atividades laborais na agricultura e E8 numa pastelaria.

Para finalizar, consideramos que se o Estado se mantivesse mais comprometido na resolução dos problemas sociais, poderia através do estabelecimento de políticas adequadas, solucionar ou minimizar as contradições do sistema, de forma a torná-lo mais humano (Marx, 2008).

Referências Bibliográficas

- Al-Anon Portugal (2018). Al-Anon. Lisboa: Associação de Serviços Gerais de Grupos Familiares Al-Anon de Portugal. Acedido em Setembro 27, 2018, em: <http://al-anon.pt/>
- Alcoólicos Anónimos (2001). Alcoólicos Anónimos. Rio de Janeiro: Editora Junnab.
- Alcoólicos Anónimos (2018). Os doze passos de alcoólicos anónimos. Lisboa: Alcoólicos Anónimos Portugal. Acedido em Dezembro 28, 2018, em: <http://www.aaportugal.org/page/sobreaa>
- Alcoólicos Anónimos (2018). Reuniões. Lisboa: Alcoólicos Anónimos Portugal. Acedido em Dezembro 28, 2018, em: <http://www.aaportugal.org/reunions/143>
- Alencar, E. (2000). Introdução à metodologia de pesquisa. Lavras: UFLA/FAEPE.
- Almeida, M. (2014). Linhas Orientadoras para a Mediação Social e Comunitária no âmbito da Reinserção de Pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Amaro, I. (2008). Os campos paradigmáticos do Serviço Social: proposta para uma categorização das categorias em presença. Revista Locus Social, 1, 65-80.
- Amaro, I. (2015). Urgências e Emergências do Serviço Social: Fundamentos da profissão na contemporaneidade. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Amaro, R. (2000). A inserção económica de populações desfavorecidas, fator de cidadania. Sociedade e Trabalho, 8/9, 33-40.
- Ander-Egg, E. (1995). Introdução ao Trabalho Social. Petrópolis: Editora Vozes.
- Anderson, P., Gual, A., & Colom, J. (2005). Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Barcelona: Phepa.
- André, C. & Filho, J. (2002). Alcoolismo. Rio de Janeiro. Editora: Revinter.
- Angel, P., Richard, D., & Valleur, M. (2002). Toxicomanias. Lisboa: Climepsi Editores.
- APA (2014). DSM 5 - Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais. 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- APSS (2018). Definição Global da Profissão de Serviço Social. Lisboa: APSS. Acedido em Novembro 30, 2018, em: <https://www.apross.pt/profissao/defini%c3%a7%c3%a3o/>
- Asociación Proyecto Hombre (1998). Perfil Psicosocial de los Usuarios. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Azevedo, V., Carvalho, M., Fernandes-Costa, F., Mesquita, S., Soares, J., Teixeira, F., & Maia, A. (2017). Transcrever entrevistas: questões conceptuais, orientações práticas e desafios. Revista de Enfermagem, 14, 159 - 168.
- Balsa, C. (2007). O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal, Prevalências e Padrões de Consumo, 2001-2007. Lisboa: Instituto da droga e da toxicodependência.

- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2017). IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Barbosa, J. (2011). Enfrentar “novos riscos” e resgatar a cidadania perdida: práticas de Serviço Social no seio das políticas de redução de danos. *Revista Toxicodependências*, 17, 71-84.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bauer, M. & Gaskell, G. (2002). *Pesquisa qualitativa: contexto, imagem e som*. Petrópolis: Vozes.
- Bauman, Z. (2007). *Vida para Consumo: A Transformação das Pessoas em Mercadorias*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Beck, U. (1992). *Risk Society – Towards a New Modernity*. London: Sage Publications.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (2013). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. 2ª Edição. Porto: Porto Editora.
- Borges, C. & Filho, H. (2004). *Usos, abusos e dependências - Alcoolismo e toxicodependência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bourdieu, P. (1996). *Razões Práticas*. Campinas: Papirus.
- Branco, F. (2009). Assistentes Sociais e Profissões Sociais em Portugal: Notas sobre um Itinerário de Pesquisa. *Revista Locus Social*, 2, 7-19.
- Braudel, F. (1970). *Civilização Material e Capitalismo, séculos XV- XVIII*. Rio de Janeiro: Edições Cosmos.
- Bucholtz, M. (2000). *The politics of transcription*. College Station: Texas A&M University.
- Cabral, L. (2007). *Consumo de bebidas alcoólicas em rituais/praxes académicas (Dissertação de Doutoramento)*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Cabral, R. (2004). *Alcoolismo juvenil*. Viseu: Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Acedido em Outubro 4, 2018, em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/14.pdf>
- Camacho, I., Matos, M., & Equipa do Projeto Aventura Social (2005). *Aventura Social nas Famílias*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Caparrós, M. (1998). *Manual de Trabajo Social. (Modelos de prática Profesional)*. Alicante: Ed. Aguaclara.
- Cardeira, R. (2009). *Factores Críticos de Sucesso no Mercado do Vinho em Portugal e a Sustentabilidade do Sector Vitivinícola (Dissertação de Mestrado)*. Instituto Superior Técnico, Lisboa.
- Caria, T. (2005). *Experiência etnográfica em ciências sociais*. Porto: Afrontamento.

- Caria, T. (2017). As Profissões Instituídas nas Sociedades Ocidentais. Texto apontamentos nº1. Da noção comum de profissão à Sociologia das Profissões, 1-3. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Caria, T., Sousa, P., & Almeida, J. (2017). A identidade profissional institucional. *Sociologia, problemas e práticas*, 85, 149-165. doi: 10.7458/SPP2017852240.
- Cáritas Diocesana de Vila Real (2018). Comunidade Terapêutica. Vila Real: Cáritas Diocesana de Vila Real. Acedido em Setembro 24, 2018, em: <https://www.caritasvilareal.pt/comunidade-terapeutica/>
- Carmo, H. (2001). A atualidade do desenvolvimento comunitário como estratégia de intervenção social. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carta Social (2018). Rede de Serviços e Equipamentos. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento. Acedido em Dezembro 28, 2018, em: <http://www.cartasocial.pt/index2.php>
- Chizzotti, A. (2006). Pesquisa em ciências humanas e sociais. 8ª Edição. São Paulo: Cortez.
- Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem (2018). Guião de Acolhimento. Vila Real: Comunidade Terapêutica da Cáritas Diocesana de Vila Real - Projeto Homem.
- Costa, A. (2014). Práticas Institucionais do Assistente Social com Toxicodependentes (Dissertação de Mestrado). ISCTE-IUL, Lisboa.
- Creswell, J. (1994). *Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- De Leon, G. (2003). *Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Loyola.
- Decreto-Lei n.º 106/2015 (2015). Diário da República n.º 115/2015, Série I de 2015-06-16. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 50/2013 (2013). Diário da República n.º 74/2013, Série I de 2013-04-16. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 72/99 (1999). Diário da República n.º 62/1999, Série I-A de 1999-03-15. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros
- Decreto-Lei n.º 74/2016 (2016). Diário da República n.º 214/2016, Série I de 2016-11-08: Lisboa: Ministério da Saúde.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (2006). *Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Despacho Conjunto n.º 363/1999 (1999). Diário da República n.º 100/1999, Série II de 1999-04-29. Lisboa: Ministério do Trabalho e Solidariedade.
- Despacho Normativo 16938/2013 (2013). Diário da República, 2.ª série - N.º 253 - 31 de dezembro de 2013. Lisboa: Ministérios das Finanças e da Saúde.

- Dianova (2018). Dianova Institucional. Torres Vedras: Dianova. Acedido em Setembro 20, 2018, em: <https://dianova.pt/>
- Direção Geral da Saúde (2014). Detecção e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool. Norma nº 030/2012 de 28/12/2012 atualizada a 18/12/2014. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017). Plano Nacional de Saúde - Boletim Informativo Semanal. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2007). Manual de boas práticas para os assistentes sociais da saúde na rede nacional de cuidados continuados integrados. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Dominelli, L. (2004). Social Work: theory and practice for a changing profession. Cambridge: Polity Press.
- Du Ranquet, M. (1996). Los modelos de Trabajo Social, Intervención com personas y Familias. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Enovirtua (2018). A tradição do brinde. São Paulo: Enovirtua. Acedido em Janeiro 29, 2018, em: <https://www.enovirtua.com/fale-conosco/>
- Faleiros, V. (2005). Estratégias em Serviço Social. São Paulo: Cortez Editora.
- Fernandes, D. (2009). O exercício pode prevenir ou tratar a toxicodependência. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Filizola, C. (2006). Compreendendo o Alcoolismo na Família. Escola Anna Nery, 10(4), 660-670. doi.org/10.1590/S1414-81452006000400007.
- Fishman, R. (1998). Tudo Sobre Drogas - Alcoolismo. São Paulo: Editora Nova Cultura.
- Flick, U. (2005). Métodos Qualitativos na Investigação Científica. Lisboa: Monitor.
- Fontes, R. (2007). Promoção de Estilos de Vida Saudáveis nas crianças e adolescentes. Estudo de impacto de um projeto de intervenção (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Fook, J. (2003). Critical Social Work: the current issues. London: Sage Publications.
- Foucault, M. (1972). História da Loucura na idade clássica. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Foucault, M. (1999). Vigiar e Punir: A História da Violência nas Prisões. Petrópolis: Vozes.
- Fracasso, L. (2017). Comunidades terapêuticas: histórico e regulamentações. São Paulo: Aberta.
- Frampton, S., Guastello, S., Brady, C., Hale, M., Horowitz, S., Smith, S., & Stone, S. (2008). Patient-centered care improvement guide. Camden: Picker Institute, Inc.
- Fraser, M. & Gondim, S. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. Paidéia (Ribeirão Preto), 14(28), 139-152. doi.org/10.1590/S0103-863X2004000200004.

- Frazão, A. (2018). Serotonina. São Paulo. Tua Saúde. Acedido em Setembro 24, 2018, em: <https://www.tuasaude.com/serotonina/>
- Freire, D. (2010). Produzir e beber. A questão do vinho no Estado Novo. Lisboa: Âncora Editora.
- Frois, C. (2009). Dependência, Estigma e Anonimato nas Associações de 12 Passos. 4ª Edição. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Fundação Liga (2019). A Fundação Liga. Lisboa: Fundação Liga. Acedido em Janeiro 29, 2018, em: <http://www.fundacaoliga.pt/>
- Gaio, J. (2011). Alcoolismo - Doença herdada ou comportamento aprendido. Leiria: Jorlis edições.
- Gameiro, A. (1988). O Álcool e as Empresas. Sintra: Edições Hospitalidade Telhal.
- Geertz, C. (1989). A interpretação de culturas. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Giddens, A. (2008). Sociologia. 6ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gigliottia, A. & Bessa, M. (2004). Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. Rio de Janeiro: Setor de Dependência Química.
- Gil, A. (1999). Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas.
- Ginexi, E., Foss, M., & Scott, C. (2003). Transitions from treatment to work: Employment patterns following publicly funded substance abuse treatment. *Journal of Drug Issues*, 33, 497–518.
- Goffman, E. (1961). Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Gomes, C. (2010). A Medicina Geral e Familiar e a Abordagem do Consumo de Álcool (Dissertação de Doutoramento). Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Gomes, T. (2012). Consumo de Bebidas Alcoólicas em Crianças do 1º Ciclo e Seus Fatores Influenciadores (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu.
- Gonçalves, H. (2011). Estratégias coletivas de governação local no campo social: alcances e limites (Dissertação de Doutoramento). Universidade de Salamanca, Salamanca.
- Gonçalves, H., Marta-Costa, A., & Cristóvão, A. (2013). Empoderamento de comunidades rurais como prática de revitalização de aldeias. *Desenvolvimento Regional em debate*, 3(2), 86-99. doi.org/10.24302/drd.v3i2.451.
- Gorski, T. (1992). *The Staying Sober Workbook: A Serious Solution for the Problem of Relapse*. Independence: Herald/Independence Press.
- Gorski, T., Kelley, J., & Havens, L. (1993). An overview of addiction relapse and relapse prevention. Rockville: Center for Substance Abuse Treatment.
- Goti, M. (1990). La comunidad terapéutica: un desafío a la droga. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Goulart, M. (2004). De profissionais a militantes - a luta antimanicomial dos psiquiatras italianos nos anos 60 e 70. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.
- Granja, B. (2008). Assistente Social - Identidade e Saber (Dissertação de Doutoramento). Universidade do Porto, Porto.
- Griffith E. & Gross, M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. Londres: British Medical Journal.
- Guerra, I. (2006). Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo. Estoril: Principia.
- Healy, K. (2001). Trabajo Social: perspectivas contemporáneas. Madrid e Corunha: Ediciones Morata e Fundación Paideia.
- Hermida, J. & Villa, R. (2001). Evaluacion de la Eficacia del Programa Proyecto Hombre. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Hespanha, P. (2008). Políticas Sociais: Novas Abordagens, Novos Desafios. Revista de Ciências Sociais, 39, 5-15.
- Howe, D. (2008). The Emotionally Intelligent Social Worker. New York: Palgrave Macmillan.
- Iamamoto, M. (2011). Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez.
- IDT (2011a). Linhas Orientadoras para o Tratamento e Reabilitação em Comunidades Terapêuticas. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.
- IDT (2011b). Plano Nacional Para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010 - 2012. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.
- Ikeda, A.(2009). Considerações sobre pesquisa qualitativa em administração. Revista de Gestão USP, 16 (3), 49-64. doi.org/10.5700/issn.2177-8736.rege.2009.36677
- Instituto da Segurança Social (2014). Apartamento de reinserção social. Lisboa: Instituto da Segurança Social. Acedido em Outubro, 21, 2018, em: <http://www.seg-social.pt/toxicodependentes>
- Instituto da Segurança Social (2014). Guia Prático Apoios Sociais Pessoas Toxicodependentes. Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- Instituto da Segurança Social (2018). Rendimento social de inserção. Lisboa: Instituto da Segurança Social. Acedido em Outubro, 21, 2018, em: <http://www.seg-social.pt/rendimento-social-de-insercao>
- Instituto da Vinha e do Vinho (2018). A Vinha e o Vinho em Portugal. Lisboa: Instituto da Vinha e do Vinho. Acedido em Setembro 6, 2018, em: <http://www.ivv.gov.pt/np4/47/>
- Kaltiala-Heino, R., Rimpela, M., Rantanen, P., & Rimpela, A. (2000). Bullying at school - an indicator of adolescents at risk for mental disorders. Journal of Adolescence, 23, 661-674. doi: 10.1006/jado.2000.0351

- Kincheloe, J. & Berry, K. (2007). *Pesquisa em educação: conceituando a bricolagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Lambaz, R. & António, P. (2010). Desenho de um programa de tratamento intensivo em ambulatório a decorrer na Unidade de Alcoologia de Lisboa. *Revista Toxicodependências*, 1, 16, 79-86.
- Lei n.º 17/98 (1998). *Diário da República* n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21. Lisboa: Assembleia da República.
- Lettner, H. & Rangé, B. (1988). *Manual de psicoterapia comportamental*. São Paulo: Editora Manole.
- Lima, M. & Moreira, E. (2015). *A pesquisa qualitativa em geografia*. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense.
- Machado, R. & Júnior, M. (2011). *Evolução Histórica do uso e abuso de álcool e os serviços da saúde mental*. Minas Gerais: Recom.
- Maciel, C. & Kerr-Corrêa, F. (2004). *Complicações psiquiátricas do uso crônico do álcool: síndrome de abstinência e outras doenças psiquiátricas*. Minas Gerais: Unesp.
- Marconi, M. & Lakatos, E. (1999). *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Marinho, R. (2008). O álcool e os jovens. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 293-300. doi.org/10.32385/rpmgf.v24i2.10488
- Marques, A. (2001). *O uso de álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento*. São Paulo: IMESC.
- Martinelli, M. (2003). Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica. *Intervenção Social*, 28, 9-18.
- Martins, A. (1999). *Génese, Emergência e Institucionalização do Serviço Social Português*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Martins, E & Júnior, G. (2012). *O alcoolismo e suas consequências na estrutura familiar*. Paraná: Revista Saúde e Desenvolvimento.
- Martins, J. (2011). *Vinhos de Portugal*. Alfragide: Publicações Dom Quixote.
- Marx, K. (2008). *Contribuição à crítica da economia política*. 2ª Edição. São Paulo: Expressão Popular.
- Marx, K. (2012). *As lutas de classes na França de 1848 a 1850*. São Paulo: Boitempo Editorial.
- Matos, M. (2008). *Consumo de substâncias: estilo de vida? À procura de um estilo?* Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Mello, M., Barrias, J., & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

- Mendes, J. (2015). Vivência familiar e personalidade em toxicodependentes (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Michel, O. (2002). Álcool, drogas e alucinações: como tratar. Rio de Janeiro: Editora Revinter.
- Minuchin, S. (1990). Famílias: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Monteiro, M. (2016). Políticas públicas para a prevenção dos danos relacionados ao consumo de álcool. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Moore, F. (1999). Functional job analysis – Guidelines for task analysis and job design. Texas: World Health Organization.
- Moreira, J. (2004). Questionários: Teoria e Prática. Coimbra: Almedina.
- Morel, A., Fontaine, B., & Hervé, F. (1998). Cuidados ao toxicodependente. Lisboa: Climepsi editores.
- Moscovici, S. (2003). Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes.
- Mouro, H. (2006). Modernização do Serviço Social - Da Sociedade Industrial à Sociedade do Risco. Coimbra: Almedina.
- Mouro, H. (2013). Estruturalismo, Pós-Estruturalismo e Intervenção Comunitária. Revista Espacios Transnacionales, 1, 82-90.
- Mullaly, B. (1993). Structural Social Work. Ontário: McLelland e Stewart.
- Nakken, C. (1996). A Personalidade Adictiva. Sintra: Colares editora.
- Narcóticos Anónimos (2018). Reuniões por Zona - Norte. Narcóticos Anónimos. Acedido em Dezembro, 15, 2018, em: <https://na-pt.org/reuniao/MySQLzona.php?zona=NORTE>
- Netto, J. (1989). O Serviço Social e a tradição marxista. São Paulo: Editora Cortez.
- Nicolescu, B. (2000). O Manifesto da transdisciplinaridade. Lisboa: Hugin.
- Nogueira, C. & Silva, I. (2001). Cidadania: Construção de novas práticas em contexto educativo. Lisboa: ASA Editores.
- Núncio, M. (2010). Introdução ao Serviço Social – História, Teoria e Métodos. Lisboa: ISCSP.
- Oca, L. (2013). Caboverdianas en Burela (1978/2008): Migración, relacións de xénero e intervención social (Dissertação de Doutoramento). Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.
- OCDE (2018). Consumo de álcool. Paris: OCDE (2018). Acedido em Setembro 20, 2018, em: <https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm>
- Paulilo, M. (1999). A pesquisa qualitativa e a história de vida. Serviço Social em Revista, 2, 135-148.

- Payne, M. (2002). Teoria do Trabalho Social Moderno. Coimbra: Quarteto.
- Pereira, D. (2003). O papel do álcool na sociedade (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Peres, R. & Santos, M. (2005). Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em psicologia. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Pestana, J. (2014). Breves apontamentos sobre as Instituições Totais: suas características e funcionamento. São Paulo: Instituto Metodista de Ensino Superior CNPJ.
- Pimentel, L. & Albuquerque, C. (2010). Solidariedades Familiares e o Apoio a Idosos. Limites e Implicações. Porto Alegre: Textos e Contextos.
- Pinto, C. & Carvalho, M. (2014). Serviço Social: Teorias e Práticas. Lisboa: Pactor.
- Pinto, C. (2014). Serviço Social e Desenvolvimento sustentável: Missões Entrecruzadas. 143-160. In Pinto, C. & Carvalho, M. (orgs.). Serviço Social - teorias e práticas. Lisboa: Pactor.
- Pinto, L. (2008). Alcoolismo no Feminino - O consumo de bebidas Alcoólicas em Alunas Universitárias. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Pombo, S. & Lesch, O. (2011). Para um novo paradigma de intervenção clínica na dependência do álcool: a tipologia alcoólica de Lesch. Revista Toxicodependências, 17, 65-81.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2005). Manual de investigação em ciências sociais. 2ª Edição. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, A. (2016). Brincar e crescer no mundo da saúde – os riscos de álcool (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Santarém, Santarém.
- Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação (2017). Gastrenterologia e Hepatologia. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Regulamento 789/2018 (2018). Diário da República, 2.ª série - N.º 231 - 30 de novembro de 2018. Lisboa: Comissão Nacional de Proteção de Dados.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000 (2000). Diário da República n.º 276/2000, Série I-B de 2000-11-29. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Restrepo, O. (2003). Reconfigurando el Trabajo Social – perspectivas y tendencias contemporáneas. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Revista Dependências (2016). Revista Dependências - Julho 2016. News-Coop - Informação e Comunicação, CRL.
- Ribeiro, C. & Guerreiro, C. (2017). A situação do país em matéria de álcool. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Ribeiro, E. (2008). A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. Minas Gerais: Evidência.

- Richardson, R. (1999). Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas.
- Rodríguez, G., Flores, J., & Jiménez, E. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Rogers, C. (1978). Sobre o Poder pessoal. São Paulo: MartinsFontes.
- Rosa, M. & Arnoldi, M. (2006). A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para a validação dos resultados. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Sales, E. (2010). Aspetos da história do álcool e do alcoolismo no século XIX. Pernambuco: UFPE.
- Sanches, C. (2013). Comportamentos de Consumo de Vinho Envolvimento, Estilos de Vida, Risco e Atributos (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Politécnico de Viseu, Viseu.
- Santos, C. & Martins, A. (2016). A formação do assistente social em Portugal: tendências críticas em questão. Revista Katalysis, 3, 19, 324-332.
- Saul, S. (2002). A dependência química: uma doença aceitável. 2ª Edição. Sintra: ATT - Associação para o Tratamento das Toxicodependências.
- SICAD (2013). Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências 2013-2020. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- SICAD (2016). Comportamentos Aditivos e Dependências: recomendações para a intervenção em contexto laboral. Lisboa: Instituto Português da Qualidade.
- SICAD (2018a). Álcool. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Acedido em Setembro 26, 2018, em: <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=1>
- SICAD (2018b). Reinserção. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Acedido em Dezembro 30, 2018, em: <http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/ReinsercaoMais/SitePages/Home%20Page.aspx>
- Silva, M. (2009). *A terminologia “pessoas com deficiência”?*. Rio de Janeiro: Núcleo de Acessibilidade e Inclusão Sensibiliza.
- Slaikeu, K. (1996). Intervención en Crisis: manual para práctica e investigación. México: El Manual Moderno.
- Soares, I. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento. Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida. Coimbra: Quarteto.
- Sommer, M. (2011). As Comunidades Terapêuticas: História, Evolução e a Modernidade no Tratamento das Dependências Químicas. Lisboa: CIP-UAL.
- Stake, R. (2009). A arte da investigação com estudos de caso. 2ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Szymansk, H. (2011). A entrevista na educação: a prática reflexiva. Brasília: Liber Livro.

- Trigo, M. (2006). Terapia para a prevenção da recaída na dependência de substâncias: os modelos de Alan Marlatt e de Terence Gorski. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 22, 299-328.
- Triviños, A. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Vale, L, Saquet, M., & Santos, R. (2005). *O território: diferentes abordagens e conceito-chave para a compreensão da migração*. Paraná: UNIOESTE INSS.
- Vargas, C. (2002). *Semelhanças na vida de mulheres em situação de abuso ou dependência de álcool*. Brasília: UnB.
- Vieira, B. (1984). *Serviço Social - Precursores e Pioneiros*. Rio de Janeiro: Edições Agir.
- Vieira, R. & Vieira, A. (2017). Entrando no interior da escola: etnografia e entrevistas etnográficas. *Revista Contemporânea de Educação*, 13, 26, 31-48. doi.org/10.20500/rce.v13i26
- Vieira, R. (2011). *Educação e diversidade cultural*. Porto: Edições Afrontamento.
- Viscarret, J. (2007). *Modelos Y Metodos De Intervencion En Trabajo Social*. Madrid: Alianza.
- World Health Organization (2001). *The Alcohol Use Disorders - Identification Test: guidelines for use in primary health care*. Genebra: World Health Organization.
- Yin, R. (2001). *Estudo de Caso: Panejamento e Métodos*. 2ª Edição. Porto Alegre: Bookman.

Anexos

Anexo A - Guião da entrevista: Assistente Social

Guião da entrevista – Assistente Social

A. Funcionamento da Instituição:

- 1- De que forma descreveria o programa Projeto Homem (a sua identidade)?
- 2 - Quais as principais regras da instituição? Considera-as importantes? Em que medida são flexíveis e/ou rígidas?
- 3 - O Programa Projeto Homem contempla a possibilidade de técnicos e monitores terem já passado pela problemática? Como é feita essa passagem? Qual a importância para a instituição da existência destes técnicos e/ou monitores?

B. Sociedade:

- 4 – Da sua experiência e evidências que tem recolhido, quais as principais causas que contribuem para o elevado número de recaídas no consumo de álcool dos utentes?
- 5 – Considera que existe estigma e preconceito na sociedade perante os Problemas Ligados ao Álcool? Ou existe alguma aceitação?
- 6 – Na sua perspetiva o que pode ser feito (que estratégias podem ser utilizadas) para mudar as mentalidades da população em relação aos Problemas Ligados ao Álcool?

C. Papel do Assistente Social na instituição e reinserção social dos utentes:

- 7 – Pode descrever qual o papel de um Assistente Social nesta área de intervenção? Quais as principais funções que desempenha na Instituição?
- 8 – Têm formação especial no Programa do Projeto Homem? Quais os aspetos semelhantes ou diferenciadores da intervenção do Assistente Social relativamente a outras áreas profissionais?
- 9 – Na sua perspetiva quais os principais contributos de um Assistente Social para o tratamento e reinserção social de pessoas com PLA?
- 10 – Como se processa a sua relação com os utentes da instituição, que competências relacionais considera ser mais importantes um Assistente social possuir para trabalhar nesta área?
- 11 - Quais os principais constrangimentos que identifica na sua intervenção com pessoas com PLA? E pode, ainda, identificar potencialidades?

D. Reinserção Social:

- 12 – Como a instituição promove a reinserção social dos utentes?

13 – De que forma são envolvidos os utentes no seu processo de tratamento e, particularmente, de reinserção social? Considera que deveria haver um maior envolvimento destes?

14 – A nível estatal e institucional o que considera que deve mudar, para que a reinserção se torne mais efetiva ou tenha melhores resultados?

15 – Em que medida a intervenção do Assistente Social promove a reinserção social? E quais são os principais constrangimentos e apoios para a promoção da reinserção social?

E. Família:

16 - Considera o papel das famílias importante no processo de tratamento e na reinserção dos utentes? Em que medida?

17 - Qual o trabalho que a instituição e, em particular, o Serviço Social realiza com as famílias?

Anexo B - Guião da entrevista: Utentes

Guião da entrevista – Utentes

A. Perceção sobre a Instituição:

- 1 – Quem (pessoa e/ou instituição) lhe indicou ou encaminhou para o Projeto Homem?
- 2 - Já conhecia a instituição? Se, sim qual a sua opinião antes da sua entrada?
- 3 – Acha que as regras são importantes para o funcionamento da instituição e para o seu tratamento? Acha que são flexíveis ou rígidas?

B. Papel do Assistente Social na instituição e reinserção social dos utentes:

- 4 – Sabe-me dizer o que faz a Assistente Social na instituição?
- 5 - Na fase de tratamento em que se encontra que importância dá à relação terapêutica que tem com os terapeutas e a Assistente Social?
- 6 – Acha que participa ativamente no seu processo de tratamento e reinserção social? De que forma é que isso acontece?

C. Reinserção Social

- 7 – Quais os seus objetivos para o futuro e de que forma podem vir a contribuir para a sua reinserção?
- 8 – O que acha que deve mudar para que a reinserção seja melhor?
- 9 – Quais são os seus pontos fortes e os fracos para melhor encarar a reinserção?

D. Família

- 10 – Onde vivia antes de ingressar na instituição?
- 11 - A sua família apoia-o durante o tratamento?

Perguntas finais:

- 12 – Pode-me dizer como era a sua vida durante o consumo de álcool? E como se vê atualmente?
- 13 – Porque pediu ajuda? Qual o impacto dos consumos na sua vida?

Anexo C - Guião do questionário: Utentes

Questionário – Utentes

Este questionário faz parte de um estudo a desenvolver na Cáritas Diocesana de Vila Real – Projeto Homem sobre a intervenção do Serviço social no âmbito dos Problemas Ligados ao Álcool pelo que se solicita a sua colaboração para o devido preenchimento.

1 - Sexo

Masculino ☐

Feminino ☐

2 – Qual a sua idade?

3 – Possui família?

Sim ☐

Não ☐

Se respondeu sim, responda por favor à questão 4

4 - Quantos membros possui o seu agregado familiar?

5 – Quais são as suas Habilitações Literárias?

6 – Qual a última profissão que desempenhou?

7 – Qual o seu grau de satisfação relativamente ao tratamento?

1 - Muito Insatisfeito ☐ ;

2 - Insatisfeito ☐ ;

3 – Satisfeito ☐ ;

4 - Muito Satisfeito ☐

8 – É a primeira vez que se encontra em tratamento?

9 – Qual o seu grau de aceitação face às regras da instituição?

1 - Discorda totalmente das regras ☐;

2 - Discorda parcialmente das regras ☐;

3 - Concorda parcialmente com as regras ☐;

4 – Concorda totalmente com as regras ☐;

Obrigado

Anexo D - Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

Investigação no âmbito do Mestrado em Serviço Social

Mestrando: Rui Miguel Guerreiro dos Santos Parreira

(Aluno de Mestrado em Serviço Social da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro)

O presente estudo intitulado “A intervenção do Serviço Social no âmbito dos Problemas Ligados ao Álcool” insere-se numa investigação decorrente do Mestrado em Serviço Social da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, sendo orientado pela Professora Doutora Daniela Monteiro.

Trata-se de um estudo de caso a realizar na Cáritas Diocesana de Vila Real – Projeto Homem, visando uma compreensão mais detalhada sobre a forma como os utentes a realizar tratamento para a dependência de álcool se posicionam perante as regras do programa terapêutico assim como perante a intervenção do Serviço Social, visando também um entendimento sobre a reinserção.

Serão realizadas entrevistas e aplicados questionários a 10 utentes durante o seu processo de tratamento, sendo por fim também realizada uma entrevista à Assistente Social da instituição.

No âmbito da realização das entrevistas, solicita-se autorização para a gravação áudio, destinando-se estas unicamente a fins académicos. Será garantida a confidencialidade e o anonimato dos participantes. Após a transcrição das entrevistas, análise das mesmas e defesa da dissertação, a gravação será destruída.

Relativamente aos questionários, será igualmente garantida a confidencialidade dos participantes.

Os aspetos mais importantes deste estudo serão explicados ao participante antes de solicitar a sua assinatura. Uma cópia deste documento ser-lhe-á fornecida.

Rui Miguel Parreira

(Assinatura)

_____/_____/_____
(Data)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelo investigador. Confirmo que esclareci todas as minhas dúvidas sobre o estudo.

Ficaram claros os propósitos do estudo e os procedimentos a serem realizados e que tenho garantia de acesso aos resultados junto do investigador.

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma e depois de ler e ouvir as explicações referidas, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço.

Nome: _____

(Assinatura)

_____/_____/_____
(Data)

Anexo E - Os doze passos de AA

12 Passos de Alcoólicos Anônimos

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
2. Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.
4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
8. Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade.
12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes Passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

