

INTRODUÇÃO

A sociedade contemporânea origina no indivíduo situações-problema e/ou dilemas que se lhe afiguram intransponíveis ou de muito difícil resolução.

Cada um de nós é, a todo o momento, posto à prova. O desenvolvimento científico-tecnológico e esta nossa Era da globalização proporcionam à Humanidade o usufruto de bens e serviços que amenizam as dificuldades da vida e, em consequência, potenciam o bem-estar social e individual, traduzido na elevação dos índices do desenvolvimento humano.

Contudo, o capitalismo, estrutura político-económica predominante, é um sistema assente na produtividade, na competição e numa clara supremacia dos mais favorecidos económica, intelectual e socialmente. Se a ascensão social pelo mérito é, sem dúvida, a mais justa, aqueles que pelos seus méritos souberam impor-se, devem observar as regras de justiça social e solidariedade que decorrem da observância dos direitos humanos unanimemente aceites pelas sociedades livres e democráticas. Em sociedade estamos, por isso, obrigados a não abandonar os mais desfavorecidos, proporcionando-lhes oportunidades mínimas para uma vivência digna.

Os inúmeros desafios a que estamos sujeitos geram, inevitavelmente, desigualdades. Os menos preparados tendem a ser marginalizados ou a auto-marginalizarem-se.

Para os que não se integram no rol dos *vencedores* da vida, ou que, por motivos vários não encontram ânimo ou auto-estima suficiente, o recurso a substâncias psico-estimulantes que induzam a melhoria do seu desempenho individual ou, simplesmente, a fuga da realidade, surge, por vezes, como alternativa.

A droga constitui um dos principais problemas da sociedade actual. Apesar dos inúmeros esforços desenvolvidos quer a nível internacional quer a nível nacional, a problemática da toxicodependência continua a constituir um dos maiores problemas a nível individual, familiar, comunitário e da sociedade em geral.¹

A toxicodependência afecta todas as classes sociais e, não há comunidades, urbanas ou rurais, culturas, raças ou género imunes. Não conhece fronteiras sociais nem geográficas. Esta questão não é apenas um mal do outro, mas, atravessa toda a sociedade urgindo despertar as consciências. Já não se pode avaliar como uma forma de desinibição ou de refúgio, mas sim uma "perdição". Um caminho que, após se enveredar por ele, é de muito difícil retorno.

Os custos socio-económicos decorrentes da toxicodependência põem em causa as conquistas do passado e comprometem o futuro. A devastação de sucessivas gerações provoca desequilíbrios sociais que são, já, visíveis e tendem a agravar-se caso não se intervenha pronta e eficazmente. As populações jovens, ávidas de novas experiências e algo impreparadas para as exigências da vida, tornam-se vulneráveis, presas fáceis para a indústria clandestina da droga. Se tivermos em conta que os jovens representam o futuro, cremos como criminosa a omissão de políticas de luta contra a toxicodependência, crime que hipotecará irremediavelmente a sociedade futura.

Os meios políticos nacionais, mas também internacionais, estão fracturados em dois no tocante ao desenvolvimento de políticas anti-droga. Por um lado, a esquerda permissiva e liberalizadora, por outro, a direita conservadora e proibicionista. A ruptura resultante dos ciclos políticos

¹ Segundo dados da Comissão Europeia, a 26/06/2006 – Dia Mundial Contra a Droga, à Comunicação Social, cerca de 8 mil pessoas morrem anualmente na UE devido ao consumo de drogas. Contudo, há pelo menos 20 mil que morrem de forma indirecta devido às drogas, como as vítimas da SIDA. Os toxicodependentes apresentam uma taxa de mortalidade 20 vezes superior à da população em geral.

origina avanços e recuos que colocam o combate anti-droga num marasmo de que só beneficiam os cartéis da droga e os lobbys farmacêuticos. O que falta, e tarda em conseguir-se, é uma política consensual, que represente um verdadeiro desígnio nacional e que vá ao encontro dos objectivos definidos pelas Nações Unidas. Porém, consensualidade não pode ser sinónimo de inércia. Este é um fenómeno que não admite adiamentos nem decisões dúbias.

O consumo de drogas, enquanto dependência socialmente relevante, é um fenómeno que afecta há algumas décadas a sociedade portuguesa, tendo vindo a crescer progressivamente. Podemos associá-lo ao estilo de vida das sociedades modernas, em que o Homem se encontra mergulhado num abismo de solidão, materialista e consumista. Neste tipo de sociedades, constata-se problemas de adaptação e perturbações de ordem emocional, em que o indivíduo se sente desajustado e sem o necessário equilíbrio psíquico. Assim, há pessoas que procuram outros meios, que embora pareçam provocar sensações reais são ilusórias, conduzindo, progressivamente, a uma degradação física e psíquica. À droga associa-se a degradação social dos consumidores, mortes por overdose, transmissão de doenças infecto-contagiosas, comportamentos desviantes, a criminalidade, impossibilidade de trabalhar, abandono pela família e amigos, exclusão social, encargos para o sistema de saúde e segurança social. A estes se juntam: o desespero das famílias dos consumidores; o medo generalizado dos restantes cidadãos, que temem que semelhante tragédia atinja os seus; os sentimentos de insegurança e intranquilidade da sociedade, que responsabiliza o fenómeno pelo aumento da criminalidade (Dias, 2000).

O cidadão comum tem que ter a percepção de que a toxicodependência conduz à destruição individual.²

Perante tais circunstâncias, justifica-se, plenamente, a nossa preocupação do ponto de vista social.

Problemática em incessante crescimento e envolvida numa discussão manifestamente inacabada, esta investigação visa estudar a questão das perdas provocadas pela toxicodependência.

Se a construção de relações afectivo-sociais é um desígnio da vida humana, o toxicodependente parece fazer o percurso inverso, a desconstrução das mesmas. É visível o rasto da toxicodependência no sofrimento familiar, nos problemas de saúde e segurança: jovens que perdem a sua liberdade; que vivem subjugados pela droga de que dependem, num círculo que se vai estreitando até ao corte de ligações com os valores da vida; que vêem definhando a sua saúde; que sofrem alterações de personalidade e, que correm riscos de tal maneira elevados, que, frequentemente, os conduzem à morte.

A pessoa que se refugia na droga, não encontra nesta um ancoradouro protector, outrossim, uma substância que, mesmo sem vida própria, lhe comanda os movimentos, as sensações, a vida. Dominado pela dependência, o seu quotidiano passa a girar, exclusivamente, em torno da procura da droga e do seu consumo. Tudo em seu redor perde importância.

Para combater este problema social, é necessário ter-se uma percepção global e alargada de todas as vertentes do problema, incluindo as iniciativas tomadas e os seus resultados, bem como, a dependência das drogas e os gravíssimos efeitos físicos e psíquicos que provocam nos indivíduos que consomem e, em todo o ambiente familiar e social que os rodeia, e também, o que contribui ou não para

² Professor Doutor Duarte Nuno Vieira, Presidente do Conselho Directivo do Instituto Nacional de Medicina Legal, em entrevista dada à Associação Dianova em Março de 2007.

evitar que mais pessoas caiam nesse ciclo vicioso ou para dar oportunidade de saída aos que nele entraram.

A mudança de atitudes é susceptível de produzir mudanças no comportamento e, conseqüentemente, na relação que se estabelece com o toxicodependente, porquanto, só pode mudar-se o que se conhece. Uma compreensão adequada destes indivíduos e da sua problemática determinará um acompanhamento mais eficaz e contribuirá para a sua reabilitação e reinserção.

É, portanto, todo este processo de perdas de vária ordem, que se pretende investigar junto dos próprios actores. O papel do Técnico é de absoluta e fulcral importância na implementação de acções tendentes a maximizar o sucesso do processo de reinserção social destes indivíduos, pelo que este tem, antes de mais, de assimilar e compreender as causas e efeitos do problema de modo a ficar capacitado para propor terapias ou outras respostas.

Pensamos ser imprescindível avaliar para melhorar, constituindo este estudo, um meio de obtenção de um *feedback* que possibilitará o planeamento e implementação de intervenções mais efectivas e adequadas às expectativas dos toxicodependentes e seus familiares.

A realização desta investigação prende-se com a minha preocupação enquanto pessoa e como técnica do social, que já trabalhou na área da toxicodependência, suscitando, como tal, um maior interesse e motivação à compreensão da referida problemática. Em termos sociais, a toxicodependência assume-se como uma temática controversa e, conseqüentemente, torna-se alvo de muitas discussões teóricas, políticas e até mesmo no âmbito da comunicação social. Trata-se, portanto, de um tema muito em voga, pelo que acaba, inevitavelmente, por criar, na população em geral, variadas representações sociais e preconceitos. Desta forma, a possibilidade de podermos

desconstruir esta temática, no sentido do seu aprofundamento, constitui uma forte motivação social.

Neste contexto, a presente investigação anseia colaborar na definição de novos modelos de intervenção, tendentes a manter fora do circuito de consumo de drogas os indivíduos que, potencialmente, mais se possam vir a sentir tentados pelo seu uso e/ou ajudar a reabilitar os que já são toxicodependentes.

Qualquer perda significa a impossibilidade de atingirmos a felicidade plena e, embora utópica, esta é uma meta a que todos temos o direito (e a obrigação!) de aspirar. Não se incluem aqui, obviamente, as perdas resultantes da passagem de uma fase, a uma outra que lhe seja subsequente e de que resulte a melhoria da qualidade de vida. Por exemplo, a "perda" da juventude, representa tão-somente a passagem ao estado adulto e, encarado como um processo de amadurecimento, podemos mesmo valorizá-lo como um ganho.

Acreditamos que a forte consciencialização, das crianças e jovens, dos malefícios provocados, pelo consumo de drogas, na nossa vida e, inversamente, que os eventuais ganhos ou prazeres que as drogas nos possam causar, não são mais do que estados efémeros e ilusórios. Se no contexto da prática profissional, o Assistente Social participar na implementação de medidas que visem alertar as populações de risco, demonstrando-lhe inequivocamente que o uso de drogas, passada a ilusão inicial, resultará num percurso de perdas a curto, médio ou longo prazo, que em muitos casos serão irreversíveis (atente-se, a título de exemplo, na contracção de doenças incuráveis ou mais drasticamente a perda da vida), a probabilidade de um indivíduo vir a tornar-se num toxicodependente diminuirá, muito provavelmente.

A análise das perdas³ a que o ser humano se submete, consumindo drogas, pode e deve ser um alicerce dos programas de reabilitação de toxicodependentes. Há diferentes perspectivas de observação desta problemática, todavia, é nossa convicção de que, o lado humano da questão deve ter a primazia. Só a centralidade na pessoa, na sua integridade física, intelectual e emocional, no seu autodomínio e livre arbítrio permitirá afirmar a sua individualidade no contexto social. A perda reflecte-se antes de mais na intimidade do toxicodependente, dada a sua fragilidade. Apostando na prevenção e/ou atenuação das perdas, o impacto na comunidade será necessariamente menor. Cada indivíduo que se mantenha activo no mercado de emprego contribuirá para o não aumento da taxa de desemprego; quantas mais infecções se evitarem, menores serão os custos com a saúde. Sem prejuízo das medidas de saúde e segurança públicas, a intervenção com a população toxicodependente, deve, pois, incidir em cada indivíduo particularmente, potenciando os resultados do combate.

O estudo meticoloso da questão das perdas decorrentes da toxicodependência contribuirá para uma abordagem científica do problema de uma forma mais humana permitindo também cercear parte do problema na origem.

³ Etimologicamente, Perda deriva do latim *perdita* e significa: acto ou efeito de perder; privação de uma coisa que se possuía; carência; extravio; mau sucesso; dano; prejuízo; destruição; ruína e morte. (Dicionário Língua Portuguesa, 2004)

Objecto, Objectivos e Metodologia de Investigação

O *objecto* da presente investigação centra-se nas perdas originadas pela toxicod dependência. Como dimensões do *objecto* e tendo em conta a literatura consultada e uma observação empírica do fenómeno, serão abordados os percursos biográficos dos toxicod dependentes desde a infância à vida adulta, considerando as relações familiares, escolares, laborais e sociais, o contexto dos consumos, do tratamento e das recaídas e os processos de reinserção social.

Os *objectivos* do nosso estudo são: reconstituir as trajectórias de vida dos toxicod dependentes, centradas nos consumos e dependência das drogas; identificar contextos de consumo, dependência, tratamento e recaída; descrever as perdas que ocorrem no indivíduo toxicod dependente ao longo do seu percurso como consumidor, e o impacto que essas perdas tiveram na sua vida; contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno, de forma a sensibilizar a população em geral e os Assistentes Sociais em particular, de forma a adequar a intervenção profissional a esta realidade; compreender, no caso de existência de uma percepção de influência negativa das perdas, por parte do toxicod dependente, se essa percepção facilita a motivação para o tratamento; como finalidade última, a presente investigação ambiciona fomentar a divulgação das perdas junto de populações previsivelmente disponíveis para o consumo, de forma a evitar a entrada de novos indivíduos no mundo da droga.

Em qualquer processo investigativo, a *metodologia* a adoptar assume um papel fundamental, na medida em que compreende todo um conjunto de normas, princípios e

critérios, com vista à selecção e à elaboração de técnicas e à orientação da pesquisa.

Ao iniciar um projecto de investigação devemos também definir, em termos metodológicos, a estratégia que vai guiar o nosso trabalho. Neste sentido, o nosso estudo segue uma lógica de tipo *Abdutiva*.

Segundo Norman Blaikie (2000), a escolha da pesquisa a adoptar deve passar pelo conhecimento das suas vantagens e desvantagens e pela sua comparação com outras estratégias. Deste modo, e mediante um aprofundamento de conhecimentos das estratégias existentes consideramos, que a estratégia *Abdutiva* será a que mais se revela adequada e pertinente face aos objectivos da nossa pesquisa. Esta estratégia considera que, para conhecermos a realidade, torna-se necessário perceber as motivações e as significações que os sujeitos dão às suas acções. Assim, a realidade social é a realidade interpretada e experienciada pelos seus membros, pelo que, cabe ao investigador, conhecer e descrever essa visão de dentro. As significações simbólicas não são subjectivas, são inter-subjectivas, na medida em que são partilhadas com os restantes elementos do grupo/comunidade/sociedade.

Na presente investigação, articulada com a estratégia referida acima, recorreremos a uma *Metodologia Qualitativa*. Nas pesquisas qualitativas torna-se necessário e indispensável situar os sujeitos no seu próprio contexto, na sua própria estrutura para que, deste modo, o investigador possa entender os factos, a partir da interpretação que estes fazem na sua própria vivência quotidiana. É neste sentido que definimos que a realização das entrevistas ocorra no próprio contexto dos entrevistados. O presente estudo não se revelaria adequado e pertinente se não tivéssemos privilegiado o contacto directo com a população. Apenas com este contacto

nos foi possível uma real compreensão dos sujeitos entrevistados, do seu contexto e das suas trajectórias de vida.

Conceptualizando a Toxicodependência como uma questão bio-psico-social, em que é fundamental captar a percepção, vivência e expectativa dos actores, torna-se clara a pertinência de uma investigação de teor compreensivo e não de quantificação e generalização de resultados. Elegemos, deste modo, em consonância com a estratégia abductiva, a metodologia qualitativa por a considerarmos como a que, pelas suas características específicas, se adequa aos nossos objectivos de investigação.

Técnicas

Considerando os objectivos da nossa investigação, determinamos a utilização de quatro técnicas de investigação, a saber: *Observação não estruturada e Observação Participante, Pesquisa e Análise Documental, Entrevista Semi-Directiva e a Análise de Conteúdo.*

A OBSERVAÇÃO NÃO ESTRUTURADA e OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A observação não estruturada é quando o investigador não recorre a meios técnicos e age livremente. Esta liberdade de acção oferece-lhe subjectividade. Tem interesse numa fase exploratória do estudo, como processo de encaminhar a própria estruturação da observação.

No tipo de observação participante, o observador vive a situação, sendo-lhe possível conhecer e compreender o

fenómeno em estudo, recorrendo a meios técnicos aperfeiçoados que possibilitem um nível elevado de perfeição. Há uma penetração na vida colectiva, acesso aos espaços, costumes e rituais. (Pardal, 1995)

A título pessoal e por interesse profissional, frequente, há já alguns anos, as reuniões *abertas*⁴, dos Narcóticos Anónimos. Este período de tempo e o contacto, directo com esta população, permitiu estabelecer uma relação mútua de confiança e empatia, que me facilitou a compreensão do problema e a partilha de informação, pelos entrevistados, enriquecendo e pormenorizando o resultado final das entrevistas. Por outro lado, a pesquisa de campo, deu-se com a observação das unidades institucionais, onde entrevistámos os toxicodependentes, e o contacto com alguns dos seus técnicos, com espaços da vida quotidiana dos utentes e o primeiro contacto com os pessoas a entrevistar.

A PESQUISA E ANÁLISE DOCUMENTAL

A técnica de pesquisa e análise documental implica fontes escritas ou não escritas. Esta técnica contempla outra, em particular, denominada de pesquisa bibliográfica, que se limita, exclusivamente, às fontes escritas. A elaboração de qualquer investigação requer pesquisa, recolha e análise de informação, que sustentará o estudo. Estes aspectos são imprescindíveis num processo deste tipo. É através do recurso e apoio constantes de referências a documentos que se consegue orientar o estudo. Esta técnica esteve presente desde o início ao fim da investigação, na identificação e tratamento da bibliografia dos documentos seleccionados.

⁴ Reuniões abertas ao público em geral, normalmente ocorre duas ou três vezes no final de cada mês.

A ENTREVISTA SEMI-DIRECTIVA

Utilizámos a entrevista semi-directiva, técnica que permite, ao entrevistado, estruturar o seu pensamento em torno do tema proposto pelo entrevistador. A categorização temática das dimensões do objecto, por parte do entrevistador, evita que o entrevistado divague, e faz com que ele se centre e aprofunde o tema. Assim, esta técnica permite-nos obter uma informação mais rica e filtrada.

O guião de uma entrevista semi-directiva não obedece a uma estrutura rígida, nem a uma totalmente livre. O entrevistador possui um referencial de perguntas - guia, que serão lançadas à medida do desenrolar da conversa (Poirier, 1995). Este procedimento permite-nos, no caso em análise, por um lado, aprofundar e perceber melhor as ligações, interligações e interacções do indivíduo com a droga, dentro do percurso da sua história de vida; e, por outro lado, ter uma perspectiva *inside* dos acontecimentos, do contexto sociocultural e da experiência de vida do indivíduo. Neste caso, é a história de vida associada ao consumo de drogas e às circunstâncias que levaram ao seu início, à sua manutenção e às diferentes tentativas de cessação.

O objectivo das entrevistas foi o de estabelecer um diálogo que permitisse dar espaço para que os entrevistados tivessem o à-vontade de assumir os seus próprios medos e os seus desânimos, de partilhar as suas experiências trágicas e marcantes, mas também partilhar os seus momentos de alegria, de amor e enriquecimento.

Para além das entrevistas aos jovens e adultos toxicodependentes foram ainda realizadas duas entrevistas a duas técnicas / especialistas, que trabalham há vários anos com a problemática da toxicodependência: a Dra. Paula

Vicente⁵ e a Dra. Maria José Campos⁶. A pertinência destes testemunhos releva directamente das funções que lhes estão associadas, e esperávamos com elas recolher o maior número de informações acerca de vários pontos abordados ao longo do trabalho. Enquanto especialistas na matéria, estariam bem documentadas acerca dos mesmos. Ambas as entrevistas decorreram nos locais de trabalho das nossas entrevistadas e tiveram a duração média de uma hora.

Tal como esperávamos, o resultado destas entrevistas revelou toda a sua pertinência no aprofundamento das questões em estudo, desde o fenómeno em si e suas manifestações até às políticas e modalidades de resposta e recursos institucionais, tanto do sector público, como do privado, como do social (3º Sector).

A ANÁLISE DE CONTEÚDO

A utilização da técnica de entrevista pressupõe a utilização da análise de conteúdo. Esta, de acordo com Laurence Bardin, *"aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens"*, visando deste modo a *"inferência de conhecimentos relativos às condições de produção do discurso, inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)"* (1995). A análise de conteúdo trabalha com o conteúdo das mensagens, e é através da manipulação dessas mensagens, que se evidenciam *"os indicadores que permitem inferir sobre uma*

⁵ Assistente Social e Psicóloga da Comunidade Terapêutica do Restelo. O produto desta entrevista será identificado como Entrevista I.

⁶ Médica no Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) da Parede. O produto desta entrevista será identificado como Entrevista II.

NOTA: As entrevistas aos técnicos tiveram um *timing* diferente. Ambas decorreram depois das entrevistas aos jovens e adultos toxicodependentes.

outra realidade que não a da mensagem" (ibidem). Assim, a inferência pode ser considerada como a maior virtude desta técnica, no sentido em que não se limita a ler a mensagem à letra *"mas também e principalmente desvia o olhar para uma outra significação, uma outra mensagem entrevista através ou ao lado da mensagem primeira"* (idem). A inferência permite que o analista da mensagem, passe de uma descrição para uma verdadeira interpretação.

A análise de conteúdo de uma entrevista, implica que o investigador siga determinados procedimentos ou fases. A primeira fase, a de pré-análise, em que procedemos a uma sistematização dos conhecimentos teóricos adquiridos com a elaboração da problemática, operacionalizados na construção de grelhas relativas a cada dimensão de análise. A segunda fase, da exploração e tratamento dos dados, consistindo, fundamentalmente, na categorização dos dados, necessária para a sua interpretação posterior.

O processo de categorização inicia-se pelo levantamento de conceitos a partir das expressões textuais. A construção de conceitos tem por base uma análise das significações que os entrevistados lhes atribuem. (Pais, 2001)

Pela consciência da subjectividade discursiva inerente aos conceitos, a inferência (interpretação dos dados) toma, neste processo, todo o seu sentido. A inferência parte do princípio que a análise do discurso extravasa a sua mera literalidade, conduzindo para a tradução interpretativa e compreensiva dos conceitos. Assim, pela análise do «conteúdo manifesto»⁷ pretende-se a compreensão do raciocínio subjacente e dos «conteúdos latentes» (idem). Mas a mera inventariação das «unidades de registo» revela-se insuficiente para a compreensão interpretativa do texto. Para isso, torna-se necessário referenciar nas unidades de registo

⁷ Alcançado pela constituição de «unidades de registo» que são pequenos excertos de texto concretizados em unidades básicas de relevância, conteúdos chave de análise (Pais, 2001).

o seu respectivo enquadramento contextual («unidades de contexto») de natureza textual (idem).

Na presente investigação, a técnica da análise de conteúdo aplicada às dez entrevistas realizadas, assumiu-se numa análise categorial-temática. A aplicação desta técnica revelou-se num processo faseado, no qual, primeiramente, se procedeu à construção de uma grelha de análise e de sinopses das entrevistas à população⁸. Posteriormente, e uma vez agrupados os dados recolhidos para cada categoria de análise, tornou-se possível a definição de diferentes temas que são devidamente apresentados na II parte do trabalho - o trabalho de campo.

Descrição do Trabalho de Campo e População Estudada

A recolha de dados teve início em Setembro de 2006 e a última entrevista efectuada aos jovens e adultos toxicodependentes, teve lugar em Dezembro de 2006. As entrevistas foram efectuadas em instituições ligadas à problemática da toxicodependência, como a comunidade terapêutica "Nova Fronteira"⁹ e o grupo de auto-ajuda Narcóticos Anónimos¹⁰.

De ressaltar que a capacidade de memorização dos entrevistados se revelou afectada, situação demonstrada na dificuldade que tiveram em situar, temporalmente, episódios da sua vida.

A participação no estudo foi voluntária.

⁸ Ver em Anexo.

⁹ Pertencente ao Distrito de Santarém. Ver caracterização em Anexo.

¹⁰ Grupo de auto-ajuda de Santarém. Ver caracterização em Anexo.

A informação que divulgamos teve a preocupação de garantir o anonimato dos entrevistados e das pessoas por eles referenciadas.

Os critérios iniciais de inclusão no estudo foram:

- Idade igual ou superior a dezoito anos;
- Homens e/ou mulheres em processo de recuperação da toxicodependência, que tivessem sido consumidores de heroína e/ou cocaína, ainda que em conjunto com outras substâncias¹¹.

A definição dos entrevistados constituiu uma amostra do tipo intencional. Seis dos jovens entrevistados encontravam-se em processo de tratamento, todos na 3ª Fase, o que determinava que já se encontravam no início da sua reinserção sócio-laboral. Estes jovens, na sua maioria, acumulavam, pelo menos, mais de um tratamento. Estas características correspondem a um dos objectivos pretendidos com a presente investigação: conhecer a participação do Assistente Social no processo de reinserção vivido pelos jovens.

O trabalho baseia-se em dez histórias de vida. Realizaram-se dez entrevistas gravadas (áudio), com uma duração média de uma hora e trinta minutos. Seis dos entrevistados (quatro homens e duas mulheres) encontravam-se, no momento, em programa de tratamento na comunidade terapêutica. As restantes quatro pessoas, todas do sexo masculino, frequentavam as reuniões dos Narcóticos Anónimos, tendo deixado o processo de tratamento há algum tempo.

A razão pela qual entrevistámos seis indivíduos de uma instituição e quatro de outra - ou o facto de seis estarem em programa de tratamento e quatro já terem passado por este processo - não teve intenções comparativas, mas, de diversidade informativa. Uma vez que se regem por métodos de

¹¹ Todavia, no decurso do estudo verificou-se que o consumo de *cannabis* serviu como a porta de entrada no mundo da droga, comum a todos os entrevistados, motivo pelo qual se incluiu um consumidor que, embora não avançando para a heroína e para a cocaína, teve um consumo problemático de *cannabis* e outras substâncias, com necessidade de tratamento.

tratamento diferentes, pode haver diferença (e há, pois cada ser humano é único) na percepção do seu percurso como consumidor e respectivas consequências / perdas.

Finalizada a apresentação do enquadramento e objecto de pesquisa importa, agora, referir a estrutura deste trabalho. A presente dissertação divide-se em duas partes. Na primeira, designada por enquadramento teórico, procuramos centrar a nossa atenção em aspectos que consideramos fundamentais como base teórica de suporte às questões a que pretendemos responder. Assim, no primeiro ponto, tecemos algumas considerações acerca das abordagens teóricas que sustentam a análise do problema da toxicodependência; num segundo ponto falamos sobre as políticas e as práticas da prevenção, tratamento e reinserção social; e no terceiro e último ponto aprofundamos a temática da reinserção social, em especial, em que se problematiza o binómio tratamento/recaída e algumas perspectivas de reinserção de acordo com abordagens diferentes do problema.

Na segunda parte, designada por apresentação e discussão dos resultados, apresentamos os aspectos fundamentais sobre os quais o nosso trabalho se debruça. Este estudo tem a sua base de suporte na fundamentação teórica desenvolvida na primeira parte. Primeiramente, apresentamos um modelo de análise que nos permitiu a construção do guião da entrevista, seguindo-se uma apresentação sumária do perfil social dos entrevistados. Por último procedemos à apresentação, análise e discussão dos resultados com base no tratamento qualitativo dos dados das entrevistas feitas aos jovens e adultos toxicodependentes. A finalizar, expomos as conclusões e algumas alternativas de acção face ao problema.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A TOXICODPENDENCIA NA ENCRUZILHADA DAS ABORDAGENS TEÓRICAS

A toxicodpendência é um fenómeno bio-psico-social, que se situa no ponto de encontro de múltiplas dimensões que se interpenetram na vida humana, resultando do encontro de um produto tóxico (a droga), de um indivíduo (e a sua personalidade) e de um momento sociocultural, isto é, de um contexto social e cultural situado no tempo. Daqui, resulta, a grande complexidade e dificuldade de harmonização de modelos de intervenção e formas de abordagem na área da toxicodpendência (Santos, 2004).

Morel et al (1998), falam-nos não propriamente em modelos mas em formas de abordagem, apontando para abordagens de três tipos: biológicas; psicológicas e sociais. Nas abordagens biológicas, evidencia-se a influência da acção específica das drogas sobre o sistema nervoso central, falamos da influência das drogas nos sistemas de regulação biológica. Nas abordagens psicológicas, evidencia-se o *modelo psicodinâmico*, *modelo sistémico* e o *modelo cognitivo*. Já a abordagem social, remete para os aspectos culturais, mais ou menos permissivos, para a crise de valores e para a incapacidade política de resolver os problemas sociais. Importa realçar a malogro das políticas jurídicas e policiais de combate à corrupção e ao tráfico que, pela sua omissão ou ineficácia, permitiram o desenvolvimento de uma economia subterrânea de dimensões desmedidas, na qual, uma minoria corrupta beneficia das fragilidades de milhões de indivíduos.

Manuel Pinto Coelho (1985), faz referência às várias teorias. Além das teorias "ditas" fisiológicas ou bioquímicas; sociológicas; sistémicas, há a teoria que se baseia na pessoa do toxicómano em si, cujas suas três correntes são:

«- *Psicanalítica ou dinâmica* - para Rado (1933), a toxicomania não está na droga, está na pessoa. Não é o agente tóxico que faz de uma pessoa um toxicómano, mas sim o desejo de tomar o tóxico num esforço de auto-punição. Designa este fenómeno por Farmacotimia, ou desejo insaciável de droga.

- *Fenomenológica* - para a fenomenologia experimental, o toxicómano é uma pessoa em estado de vulnerabilidade, uma pessoa em desacordo interno profundo, que recorreu à droga com a intenção de preservar a sua integridade atingida.

- *Behaviorial* - para a psicologia de modificação do comportamento, "o uso de uma substância psicotrópica é um reflexo condicionado associado a um estímulo positivo ligado aos gestos que acompanham o seu consumo". É função do grau de tensão interior num determinado momento, da existência da capacidade de exercer um controle sobre a situação, de disponibilidade da droga no meio, da facilidade de a procurar e finalmente, das esperanças depositadas no poder da droga, de forma a esta poder representar uma solução alternativa eficaz» (Coelho, 1985).

Outra autora que se debruçou sobre esta temática foi Nowlis (1990). Para esta autora e segundo Amaral Dias (1980), há quatro modelos e formas de encarar a utilização da droga e os seus três componentes interactivos (a substância, o utilizador, o contexto) são eles: o modelo jurídico - moral, o modelo médico ou de saúde pública, o modelo psicossocial e o modelo sociocultural.

Assim, o âmbito de análise do presente estudo integrar-se-á numa perspectiva resultante da convergência dos **modelos psicossocial e sociocultural**.

Para Nowlis (1990), no modelo psicossocial e na equação droga-indivíduo-contexto, o *indivíduo* assume o lugar mais importante. É o abuso da substância, enquanto acto, que importa e não a substância em si. O *contexto* (modelo

sociocultural) assume, também, um papel importante, na medida em que pode influenciar atitudes e comportamentos destrutivos, quer pessoais quer em grupos da mesma afinidade ou comunidade.

No modelo psicossocial, o uso de drogas e o seu utilizador são considerados como fazendo parte de um jogo complexo e dinâmico, em que a utilização das drogas é um *comportamento* como outro qualquer, que só persistirá enquanto desempenhar uma função para o indivíduo. Este modelo tende a estabelecer distinções entre as diferentes quantidades, frequências e modalidades de utilização da droga, entre as diferentes funções desempenhadas pelo uso da droga, entre os diferentes efeitos produzidos por diferentes modos de utilização em indivíduos diferentes.

O contexto é aqui visto, como algo que contribui tanto para o uso da droga e dos problemas a ele associados, através das concepções vigentes a respeito da utilização da droga e de seus utilizadores, quanto para as reacções diante esse uso. Em virtude da ênfase dada aos indivíduos e ao seu comportamento, assim como ao papel dos factores sociais, o modelo psicossocial recomenda soluções e medidas, não especificamente relacionadas com a droga. Medidas que, portanto, demonstram-se, igualmente, aplicáveis a outros comportamentos destrutivos ou que se desviam da normalidade, como: psicoterapia psicanalítica, psicoterapia de apoio, psicoterapia e orientação familiar sistémica, terapia comportamental, psicoterapia de grupo (comportamental, centrada na pessoa, psicanalítica). (Rezende, 2000)

Assim sendo, esta abordagem psicossocial ao problema do uso da droga, coloca em primeiro plano o indivíduo e o seu comportamento. Este enfoque procura compreender como a pessoa e o seu comportamento se relacionam com o universo interpessoal, social e cultural em que se situa. A partir do

momento em que se admite o uso da droga como um comportamento humano, ele pode ser estudado com o auxílio de todos os princípios que caracterizam o comportamento humano em geral e também com o auxílio dos conhecimentos acumulados pelas ciências sociais e do comportamento.

Neste sentido, e segundo Helen Nowlis (1990):

- Este comportamento varia de um indivíduo a outro, de um momento a outro no mesmo indivíduo, de um grupo a outro, de uma cultura a outra, de uma geração a outra.

- Não existem relações simples entre causa e efeito.

- Um comportamento situa-se sempre num contexto social e cultural e é frequentemente este contexto que lhe dá significado.

- O comportamento do indivíduo é motivado pelas suas convicções e percepção, sejam elas ou não julgadas válidas ou verdadeiras pelos outros.

- Um dado comportamento não persistirá, a menos que desempenhe uma função física, psicológica ou social.

- A informação sozinha não influencia necessariamente o comportamento: é preciso que ela seja ouvida, que o indivíduo lhe dê atenção, que ela se relacione com as suas convicções, atitudes, valores, com o seu estilo de vida e com os compromissos por ele assumidos.

Segundo a mesma autora as substâncias específicas ganham significado e importância, não tanto pelas suas propriedades farmacológicas, mas, sobretudo, pela maneira, segundo a qual, uma dada sociedade define o seu uso e os seus utilizadores, e a eles reage. Como em todos os comportamentos desviantes, os danos causados ao indivíduo podem ser provenientes, tanto do próprio comportamento quanto da reacção da sociedade diante dele. Este ponto de vista reconhece que tal comportamento varia, necessariamente, de uma cultura ou sub-cultura para outra. Evidenciam-se as condições socio-económicas e o meio

em que vive o indivíduo, as razões de uma pressão psicológica, sobre as quais será, necessariamente, orientada a intervenção. A miséria, as más condições de habitação, a discriminação da qual o indivíduo é objecto, a ausência de oportunidades para melhorar a vida, tudo isso são elementos que favorecem o aparecimento de factores mais pessoais, do que os acentuados no modelo psicossocial, como, por exemplo, as fragilidades dos processos de socialização primária, a presença de instituições de ensino e de trabalho vastas e impessoais, a ausência de valores de regulação social.

Acrescenta, que decorre da qualidade da lei e da sua aplicação a consecução do objectivo de colocar a droga fora do alcance do Homem. Porém, se a intenção for manter a pessoa afastada da droga, a responsabilidade caberá aos técnicos das ciências e do comportamento. Na mesma lógica de raciocínio, atribui-se à sociedade civil a criação de estruturas sociais geradoras de mecanismos de melhor satisfação das necessidades, como alternativa ao uso de drogas.

Apresenta-nos quatro novas tendências para a definição do uso destrutivo e socialmente desaprovado da droga e das maneiras de lhe reagir: A tendência psicossocial ou comportamental em que, mais que o aspecto farmacológico, jurídico ou médico, o uso de droga tem a ver com o comportamento; a tendência de redução de danos, e duas outras tendências que defendem a assimilação do problema da droga a um problema total: sem distinção entre drogas, leves ou duras; socialmente aceites ou não e sem distinção etária dos consumidores. Todas elas responsabilizam pais e professores, enquanto educadores e a família e as instituições, como responsáveis pela socialização dos jovens, para a definição de objectivos e escolha de métodos e estratégias adequadas à sua consecução.

Segundo Edwards (1997), nas abordagens psicossociais, há duas direcções principais no tratamento dos fenómenos relacionados ao consumo de substâncias. A primeira é a abordagem *psicodinâmica*, de acordo com a qual o problema com drogas é uma manifestação externa das perturbações psicológicas do indivíduo consumidor, ou seja, uma neurose. Na teoria psicodinâmica, a referência não é a droga em si, mas a pessoa.

A segunda abordagem considera como aspecto central o *comportamento*, relacionado com a procura e utilização de substâncias psicotrópicas. A partir dessas concepções são, então, desenvolvidos vários modelos de tratamento.

Iolanda Martins e José Carlos Rocha (1996), referem que no modelo psicodinâmico, a dependência está estreitamente ligada aos acontecimentos de infância, à fase oral do desenvolvimento referenciada por Freud. Neste modelo, a frustração ou excessiva gratificação ao longo da fase oral é uma hipótese para a fixação nesta mesma, e de incapacidades para resolver os desafios desenvolvimentais que a caracterizam. Segundo Freud, há uma relação entre o desenvolvimento da personalidade e a experiência alimentar durante a infância, argumentando que "uma criança alimentando-se do peito da mãe torna-se o protótipo de qualquer relação de amor".

Partindo desta teoria, o sujeito fixado na fase oral (dependente oral) irá permanecer dependente dos outros para obter apoio e conforto, e irá continuar a exibir comportamentos, quando adulto, que reflectem a fase oral do desenvolvimento (por exemplo, comer ou "drogar-se" como forma de lidar com a ansiedade).

O uso e abuso de substâncias psicoactivas são problemas frequentemente apresentados por indivíduos dependentes, pois estas substâncias são muitas vezes vistas como um modo fácil

e passivo de lidar com os seus problemas, ou pelo menos, fugir deles (Beck, 1996; citado por Martins e Rocha, 1996).

AS PERDAS NA TOXICODPENDÊNCIA

Para Purificação Fernandes (2000), a perda é uma experiência universal, que afecta todo o ser humano, do nascimento até à morte. Há uma perda cada vez que uma situação é vivenciada como um insucesso, uma separação, uma privação, afectando o status do indivíduo, os seus papéis, os seus objectivos, os seus sonhos e ilusões. As perdas são frequentemente palpáveis em diversas situações como, por exemplo, desaparecimento de uma pessoa (morte), ou perda de emprego. Mas a esta perda palpável associam-se, uma rede de perdas simbólicas de natureza abstracta, psicossocial, como a perda de auto-estima, perda da autonomia, entre outras.

Para Foucault (1995) as perdas podem ser graduais (doença) ou súbitas (roubo, acidente), havendo que ter em conta que as perdas simbólicas podem afectar o sentimento de segurança e os valores da pessoa com o mesmo ou maior peso que as perdas objectivas.

Carrol (1991) adianta que as perdas podem também influenciar um temor emotivo, mágoa, depressão, dependência, abandono, sensação de fracasso, humilhação, etc. Estas perdas, tanto previstas como imprevistas, podem ser em geral múltiplas: perda de saúde, capacidades funcionais, do cônjuge, filhos, amigos, perda de elos sociais, de emprego, do papel na família, do lar, entre outras. Para além da mágoa e depressão referidas, a mesma autora fala-nos em reacções de stress, fuga e até um menor desejo de continuar a viver, em consequência das mencionadas perdas.

Por seu lado, Barreto (1984), salienta que, muitas vezes, as perdas são representadas cognitivamente como estreitamentos do "espaço de vida" e como sinais "premonitórios" das perdas que estão para acontecer.

Já Berger (1995) descreve o ciclo das reacções às perdas em três fases: o choque, a impotência e a aceitação. Na primeira fase, surge a angústia, a dor, a confusão e a cólera. Intensos sentimentos de revolta que, muitas vezes, se fazem acompanhar de negação e, conseqüentemente, agitação, hostilidade e problemas fisiológicos. Na segunda fase, o indivíduo interioriza o que lhe aconteceu, o que lhe desencadeia sentimentos de impotência. É a fase de voltar-se para si próprio, com sentimentos de desgosto, de dilaceração, de tristeza e de perda que pode ir até ao desespero. Na terceira fase, surgem os sintomas de aceitação, que corresponde a uma resolução positiva do luto e a um reinvestimento afectivo. Existem depressão e tristeza, mas são menos intensos do que nas outras fases. De uma fase de retraimento, de apatia e isolamento transita-se para uma progressiva resignação que, de uma perda de objecto inicial, leva a um novo estágio de reorganização.

Também, Bob Deits (2001) nos refere, que há vários tipos de perdas e todas elas nos confrontam com uma carga extraordinária de dor emocional. O sentido de perda é penoso e o processo de dor é tão difícil para homens como para mulheres. Ninguém é imune à perda. Esta é um facto da vida. Ter uma perda significativa não impede que se tenham outras perdas. A perda é dolorosa nalgumas situações, e a vida parece vazia de significado. A morte não é a única perda que provoca sofrimento, também o fim de uma relação, a perda do meio familiar, a perda do emprego, etc.

À luz da teoria Freudiana, quando ela se refere a um objecto de amor, descrevem-se os principais processos intra psíquicos que permitem a uma pessoa superar uma experiência de perda. Deste modo, perante a perda de algo afectivamente valorizado, o indivíduo realiza um trabalho de luto, durante o qual o exame da realidade lhe mostra que o objecto já não

existe, levando o indivíduo a retirar progressivamente o investimento libidinal do mesmo. O processo de luto não se realiza imediatamente, nem, sem sofrimento. (Nascimento, 2000)

Segundo a pesquisadora norte-americana Judith Viorst (2003), as perdas que temos durante as nossas vidas não são apenas pela morte de pessoas, elas incluem, além das separações, a perda consciente ou inconsciente dos nossos sonhos, expectativas, ilusões. E essas perdas, diz a autora, são universais, inevitáveis, porque para crescer temos de perder, abandonar e desistir de várias coisas, para alcançarmos a maturidade e o equilíbrio psicológico. Todas as nossas perdas estão relacionadas com as perdas na primeira infância, que é a conexão mãe-filho, que pode ter reflexos no decorrer da nossa vida, de acordo com a teoria psicanalítica.

Para Arnaldo Pangrazzi (1999), há uma variedade de perdas: saúde, morte de uma pessoa (luto); valores humanos e espirituais; cultura; sonhos e desejos; nascimento; identidade pessoal; bens materiais; fases de desenvolvimento; laços afectivos. Segundo o autor, toda a separação é uma perda, é a morte de um modo de viver, de ser, de se relacionar, para nos abirmos a novos modos de ser, a novos relacionamentos, a novos desafios. A vida de cada pessoa está repleta de perdas que lembram a precariedade e a provisoriedade de qualquer relação e realidade. Muitas dessas perdas passam despercebidas no contexto da existência quotidiana, outras deixam sinais profundos, cujas marcas ficam para toda a vida. O crescimento de uma pessoa está ligado à capacidade de gerir, de maneira construtiva as perdas vividas.

Para Félix, Ricardo e Santos (1998), em cada mudança existe um potencial de perda e de crescimento, mesmo em casamentos, férias ou promoções, que podem ser sentidas como

fontes de stress. É possível sofrer uma perda e não a reconhecer. As perdas mais óbvias originam o apoio, por parte dos outros, pelo menos por algum tempo. Contudo, as perdas com origem em mudanças e desenvolvimento pessoal, não resultam neste tipo de apoio por parte dos outros.

Já Worden (1993) considera que o luto é tanto maior quanto maiores são as perdas, isto é, a perda de habitação ou de uma pessoa querida, conduz a reacções psicológicas mais ou menos duradouras conforme o tipo de perdas. Se os acontecimentos de perda se forem acumulando, o seu efeito pode ser aditivo.

Dor e perda são um processo onde nos percebemos sem o objecto ou pessoa perdida e podemos começar a formar e estabelecer novos relacionamentos. A dor é a perda real ou imaginária da pessoa ou objecto querido (por exemplo, a droga). A dor é uma reacção normal a uma perda. Qualquer perda pode causar sofrimento. Dor e perda são geralmente considerados como experiências negativas, devido aos fortes sentimentos que despertam. A natureza da dependência implica várias perdas para o indivíduo: emocionais, sexuais, profissionais, laços familiares e sociais. O toxicod dependente pode sofrer perdas acentuadas e mais graves do que qualquer outra pessoa. O relacionamento ou apego do indivíduo com a substância química é semelhante ao apego a um grande amigo/cônjuge. O luto poderá demorar anos. A dependência química torna-se uma maneira de vida, é um relacionamento destrutivo. A pessoa tem a sua auto-estima diminuída, com recursos internos e externos limitados para lidar com a complexidade da vida. Com a recuperação, a pessoa percebe a perda da sua identidade. A maior parte, não consegue conceber um futuro sem as drogas, surgindo sentimentos como vazio e angústia.

(www.adroga.casadia.org/tratamento/DROGADICAO_UM_JEITO_TRISTE_DE_VIVER.br)

Alain Morel (1998) refere, de igual modo, o luto como o estado consecutivo a uma perda. Alguns indivíduos não conseguem encontrar uma perda real que tenha precedido o seu consumo de drogas, e então referem que "já antes as coisas não iam bem". Na anamnese precisa do início do consumo de drogas, verifica-se uma concordância com as perdas relacionais (separação dos pais, perda de emprego) ou mesmo lutos reais que representam verdadeiras fracturas, tornando os consumos de ocasionais a repetidos. No entanto, segundo os autores, nem sempre são evidentes lutos ou perdas reais na origem de uma toxicodependência.

Já, Luís Patrício (1996) argumenta que a dependência desequilibra muito as relações entre a fantasia e a realidade, entre o prazer e o desprazer. Desse desequilíbrio vão surgindo as perdas que, progressivamente, se vão justapondo, provocando o empobrecimento na gestão da vida e levando, muitas vezes, à ruína espiritual e material. A dependência conduz a paragens do desenvolvimento, compromete a vida psico-afectiva e sexual, desorganiza a vida social, escolar e laboral, desencadeia movimentos de recuo no desenvolvimento já adquirido e, por vezes, desumaniza. A perda de tantas capacidades leva a uma diminuição da auto-estima e a uma possível depressão.

Em estudos realizados por Manuel Sommer (2004), relativamente às formas de motivação que levam à saída da toxicodependência, podemos inferir que a dependência é descrita como um processo através do qual o indivíduo perde "tudo", isto é, uma perda de referências, de identidade que conduz a um sofrimento, a uma auto-imagem alterada, sentida como desestruturante, a um desprazer em viver.

Podemos analisar as perdas dos toxicodependentes em três perspectivas: as perdas emocionais, económicas, materiais, de saúde, de trabalho, etc; a perda de auto-estima e a perda da substância, quando este decide deixar de consumir. Se esta última perda for percebida como compensadora, em relação às outras duas perdas acima descritas, então, é provável, que ele deixe de consumir.

As consequências do consumo estão descritas em alguma literatura e são de vária ordem, afectando todas as áreas da vida do indivíduo.

Patrício (1996), apontou o desleixo com o corpo, com a higiene pessoal e com os hábitos alimentares, como algumas alterações devidas à toxicodependência. Referiu ainda que «também a forma de consumo provoca deterioração do corpo. As infecções, as carências de vitaminas, as cáries dentárias e outras doenças vão gradualmente provocando como que um envelhecimento precoce: vai-se perdendo a força e a vitalidade.»

Segundo Morel et al (1998), o uso regular de drogas desorganiza progressivamente a existência social, psíquica e corporal. As ausências do trabalho, a incapacidade de manter compromissos (pagar ao senhorio, ir aos encontros marcados, assumir os seus deveres de pai, de mãe, de amigo, etc; reenviam progressivamente para uma identidade de irresponsabilidade e de "agarrado". É também uma perda da sensação de ser. A existência social vai-se desagregando, desmoronando-se (a vida profissional, relacional, familiar).

Para Peter McDonald (1997), algumas das perdas sofridas quando se larga a toxicodependência são a perda da própria substância, cuja perda parece, aos toxicodependentes, mais do que podem realmente suportar; a perda dos amigos, neste caso, os "amigos" de consumo e, ao tentar deixar os consumos, têm

de deixar este grupo, originando um vazio grande, sentindo-se bastante sozinhos. Depois, há a perda da auto-imagem e da auto-estima, a perda de empregos, que pode ser especialmente difícil se o seu sentimento de identidade dependia desse emprego. Para muitas pessoas, grande parte da sua auto-imagem está associada àquilo que fazem para ganhar a vida. Outra consequência do uso de drogas é a perda da família, através de uma separação conjugal, ruptura de laços com pais, irmãos e restante família, e perda do papel de pai ou mãe. Este autor, refere ainda, a perda da razão de viver, e isto pode acontecer, quando perdem o que lhes dá sentido á vida, que pode estar ligado à sua vida familiar, profissional e/ou social.

AS POLÍTICAS E AS PRÁTICAS DA PREVENÇÃO, TRATAMENTO E REINserÇÃO SOCIAL DA TOXICODependência

As políticas sociais são uma aquisição recente das sociedades desenvolvidas. Portugal devido à sua especificidade económica, social e política desenvolveu o sistema de protecção social mais tarde que outros países, e num momento em que o sistema começa a ser atingido pela crise económica mundial. Portugal enfrenta, então, sérias dificuldades causadas pelo seu atraso económico.

A intervenção do Estado português nas políticas sociais, de uma forma mais organizada, ocorre em finais do século XIX. No que se refere ao fenómeno da toxicoddependência, na medida em que este se manifesta em meados do século XX, as políticas estatais face a este fenómeno, iniciaram-se na década de setenta.

Enquadrando o fenómeno da Toxicoddependência em Portugal, segundo Luís Fernandes "a droga não constitui até aos anos 70, nem uma referência colectiva, nem um problema social". Em termos de Legislação Portuguesa, estamos na **Fase do Modelo Fiscal (1914-1969)**, período em que o consumo em si mesmo de drogas estupefacientes ou psicotrópicas não era considerado ilícito e portanto um crime. Os autores dos consumos eram normalmente médicos, farmacêuticos, artistas ou outros intelectuais, que segundo Baudelaire¹² "em certos contextos utilizavam drogas como recurso para a libertação da finitude, acesso ao êxtase e ao usufruto do confronto hedonista".

A segunda é a **Fase do Modelo Criminal (1970-1975)**, em que a droga surge pela primeira vez como objecto do discurso político, iniciando-se um processo de disseminação do fenómeno. Em 1972 é lançada a primeira campanha designada "droga, loucura, morte", apontada por Luís Fernandes (e

¹² Charles Baudelaire, nasceu em França em 1821, Poeta / Escritor / Crítico.

outros) como responsável pelo aliciamento ao consumo de drogas até então praticamente inexistente em Portugal. Neste período, tornou-se ilícito o consumo de drogas estupefacientes e assiste-se ao uso exclusivo da repressão a todos os níveis. Embora não houvessem esforços na área da profilaxia, abriu em 1973 um serviço especializado no tratamento da Toxicodependência no hospital de Santa Maria. A pena de prisão prevista para o crime de consumo podia oscilar entre os 6 meses e os 2 anos, com multa de 25 a 250 Euros.

A terceira, considerada a **Fase do Modelo Clínico (1975-1982)**, assiste-se a uma nova abordagem do fenómeno, e em 1976 lança-se a 2ª campanha anti-droga com o slogan o "*flagelo da liamba*". Com a Revolução de Abril, tinham regressado 650 000 portugueses das ex-colónias onde o consumo da liamba se encontrava vulgarizado.

Neste período, inicia-se a compreensão do toxicodependente como alguém que requer tratamento e não punição. Assiste-se a uma transição, entre a concepção criminal do período anterior, e a fase em que nos encontramos que corresponde ao modelo trifactorial¹³ das Toxicodependências. Foram, igualmente, criadas várias entidades governamentais, entre elas o Gabinete de Coordenação de Combate à Droga, o Centro de Estudos e Profilaxia da Droga, e o Centro de Investigação e Controle da Droga.

Assim, durante a década de 70, o problema "droga" foi-se constituindo como um problema social. Já nos anos 80, segundo Luís Fernandes¹⁴ o panorama foi-se alterando pelo incremento do mercado da *heroína*, modificando o cenário das drogas em Portugal. Este autor caracteriza esta nova fase como dominada por esse novo produto, com novos actores em cena (*dealers*,

¹³ Modelo Bio-Psico-Social

¹⁴ Em Territórios Psicotrópicos. In Agra, C. "Dizer a droga, ouvir as drogas" (1993).

junkies), e novas cenas de actuações (bairros sociais e zonas degradadas).

Finalmente, surge a **Fase do Modelo Bio-Psico-Social (1983-2003)**, que mantém a punição do uso de drogas ilícitas, mas adoptando uma concepção trifactorial do problema. Procura reduzir a estigmatização social do consumidor, o objectivo é a recuperação física, psíquica e social dos toxicodependentes, procurando mecanismos de tratamento associados à dispensa de cumprimento de pena.

Os organismos intervenientes na abordagem às drogas foram remodelados em diversas etapas. Ao Gabinete de Coordenação do Combate à Droga criado em 1976 sucedeu o Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga em 1982, que foi integrado no Ministério da Justiça. Em 1987, foi criado o Projecto Vida, que se constitui como o Plano Nacional de Combate à Droga com 30 medidas relativas a prevenção, tratamento, reinserção e redução da oferta. No mesmo ano foram criados os Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT`S). Em 1990, o Projecto foi remodelado e criado no Conselho Nacional. Em 1996 foi de novo objecto de nova reestruturação orgânica e mais uma vez em 1998 após a saída do padre Feytor Pinto do cargo de alto comissariado, o Projecto Vida foi novamente modificado, redefinindo a sua natureza e finalidades. Ainda em 1990, assistiu-se à criação do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT), para, em 1999, surgir o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência. O Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) foi criado em 29 de Novembro de 2002, pelo Decreto-Lei n° 269-A/2002, e resulta da fusão do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT) e do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT)

aproveitando as sinergias de ambos os organismos, por forma a potenciar os resultados.

Surge, portanto, a primeira Estratégia Nacional de Luta contra a Droga, aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros n° 46/99, bem como o Plano de Acção da União Europeia de Luta contra a Droga para o período de 2000-2004. Neste plano, todas as áreas são consideradas: a prevenção primária, a prevenção de redução de riscos e danos, o tratamento, a reinserção social, o combate ao tráfico e o branqueamento de capitais, a investigação, informação e formação, a avaliação das políticas e a cooperação internacional.

Em relação a serviços e equipamentos nesta área existem em Portugal várias respostas¹⁵: os CAT`S, as Unidades de Desabilitação, as Comunidades Terapêuticas, os Centros de Dia, os Apartamentos de Reinserção, os Centros de Acolhimento e Prevenção, as Equipas de Apoio Social Directo / Equipas de Rua. Estas estruturas podem ser *públicas* - unidades que integram a Rede Nacional de Unidades de Tratamento do IDT - e *privadas* - unidades de prestação de cuidados de saúde na área da toxicod dependência, as quais foram licenciadas pelo IDT. Só estas unidades podem aceitar toxicod dependentes em tratamento.

Integram as estruturas privadas, *unidades privadas convencionadas*. Tendo em vista a criação de uma Rede Nacional de Unidades de Tratamento, Unidades Terapêuticas, Clínicas de Desabilitação e Centros de Dia, estabelece-se que o Estado, através do IDT, deva estabelecer convenções com unidades privadas de saúde, com ou sem fins lucrativos, visando proporcionar tratamento a todos os que o queiram e que, para tal, tenham indicação clínica. E ainda, as *unidades privadas*

¹⁵ Fonte: IDT

não convencionadas - unidades licenciadas pelo IDT, mas que não beneficiam de convenção.

Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga

(Período 1999 - 2004)

A necessidade de adoptar uma verdadeira estratégia nacional de luta contra a droga, levou o Governo¹⁶ a convocar o melhor conhecimento científico, confiando a uma comissão de especialistas a tarefa de apresentar uma proposta, ao Governo. Essa comissão foi constituída a 16 de Fevereiro de 1998, por despacho do Ministro Adjunto do Primeiro Ministro e, a partir dela foi depois aprovada a Estratégia Nacional de Luta contra a Droga (ENLCD), pela Resolução do Conselho de Ministros n° 46/99, de 22 de Abril.

A ENLCD pretende ser um instrumento orientador das políticas sectoriais relativas à droga e à toxicodependência, vocacionado para nortear a actividade dos diferentes organismos da Administração Pública com competência nesta área e servir de referência para a sociedade portuguesa. Aponta para o reforço da cooperação internacional e para a participação activa de Portugal na definição e avaliação das estratégias e das políticas da Comunidade Internacional e da União Europeia.

Os objectivos gerais¹⁷ da ENLCD são: contribuir para uma adequada e eficaz estratégia internacional e europeia face ao problema mundial de droga, nas vertentes da redução da procura e da oferta, incluindo o combate ao tráfico e ao branqueamento de capitais; assegurar uma melhor informação da sociedade portuguesa sobre o fenómeno da droga e da

¹⁶ Na altura, Partido Social Democrata (PSD)

¹⁷ Fonte: IDT

toxicodependência e sobre a sua evolução, bem como a perigosidade das diferentes drogas numa perspectiva de prevenção; reduzir o consumo de drogas; garantir os meios necessários para o tratamento e a reinserção social dos toxicodependentes; defender a saúde pública e a segurança de pessoas e bens.

À luz dos seus objectivos, a Estratégia aponta medidas concretas na área da prevenção, tratamento, redução de danos, estabelecimentos prisionais, reinserção social, combate ao tráfico e ao branqueamento de capitais, investigação e formação, não esquecendo todo o enquadramento organizacional, legal, financeiro que viabilizam estas políticas.

➤ **Horizonte 2004**

No seguimento da ENLCD, têm vindo a ser prosseguidas diversas medidas de política. No Conselho Europeu da Santa Maria da Feira de 19 e 20 de Junho de 2000 foi aprovado o Plano de Acção da União Europeia de Luta Contra a Droga, para o período de 2000-2004, tendo Portugal o compromisso de levar à prática tal plano. Neste contexto o Governo decidiu, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 109/2000, de 19 de Agosto, a elaboração de uma proposta de plano de acção nacional - designado *Horizonte 2004* - de luta contra a droga, cuja preparação ficou a cargo do IPDT. Este documento pretendia ser a referência fundamental que permitia avaliar toda a intervenção dos anos seguintes, sendo um compromisso muito forte de mobilização conjunto até final de 2004.

Com este Plano pretende-se melhorar a eficácia e a articulação dos dispositivos, em todos os domínios de actuação que já foram referenciados, no sentido da racionalidade de meios e de uma maior disponibilidade dos

recursos para aumentar as exigências e responsabilidades de todos os que intervêm nesta área.

A Nova Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga

(Período 2005 - 2012)

É hoje um ponto assente que as medidas a tomar no âmbito do combate à droga, devem basear-se numa estratégia global, baseada na prevenção, tratamento, reinserção, redução de riscos e minimização de danos, combate ao tráfico e ao branqueamento de capitais. Como objectivo principal, há que enfrentar e fazer recuar a toxicodependência, evitando que mais indivíduos, particularmente jovens, caiam na dependência das drogas, e procurar saídas para aqueles que já são consumidores.

Não é, hoje, concebível, uma política de combate à droga em que não exista uma estreita articulação entre as entidades que, a diversos níveis, se relacionam com este fenómeno. Não é, hoje, possível conceber uma política que pretenda ter alguma eficácia na prevenção da toxicodependência, se não se encontrar forma de coordenar a prevenção primária, designadamente ao nível das escolas, das comunidades locais, ou dos locais de trabalho. Com a prevenção secundária, que deve passar por uma rede eficaz de atendimento e comunidades terapêuticas e por uma cada vez mais forte articulação com o Serviço Nacional de Saúde, com a acção das polícias e do sistema judiciário, com a problemática do meio prisional, com a política de reinserção social e laboral.

Porém, esta articulação está aquém da realidade. Apesar de alguns passos nalguns domínios, persistem ainda

desequilíbrios na política de combate à droga. Tal situação levou a uma revisão da anterior estratégia europeia, adoptando Portugal um novo plano de acção - Horizonte 2008 para o período 2005-2012, em consonância com a estratégia da União Europeia.

As novas Linhas de Acção da nova ENLCD ¹⁸

a) Centralidade na pessoa humana, em que o indivíduo é o objecto central, visando o seu fortalecimento, livre de dependências, realizando-se pessoal e socialmente, tendo em conta os seus direitos e deveres como cidadão.

b) Parceria activa com a sociedade civil, envolvendo as instituições e organizações civis em mais tratamentos e na reinserção social do toxicodependente.

c) Proactividade e políticas de proximidade, através de novas respostas de prevenção e segurança relativamente ao pequeno tráfico e aos jovens consumidores / traficantes. Por outro lado, chegar às populações mais ocultas, marginalizadas situadas em zonas geográficas menos "exploradas" ao nível das respostas nesta área, equipas de rua, postos de informação, significando uma descentralização.

d) Prevenção em meio escolar e familiar, acções de prevenção de forma continuada. Necessária a articulação entre escola, comunidade, autarquias, serviços / instituições dedicadas à toxicodependência e famílias, oferecendo novas informações e meios de combate ao problema.

¹⁸ Fonte: IDT

e) «O tratamento resulta», acreditando que o tratamento do toxicodependente é possível. Especial atenção para os tratamentos de substituição que devem ser equacionados como ferramentas terapêuticas temporárias - desejavelmente de alto limiar - para no momento seguinte se obter a libertação dos opiáceos.

f) Planos e centros integrados, para uma optimização de recursos e meios, bem como a articulação de serviços e respostas de prevenção, tratamento, redução de riscos e danos, reinserção, formação, dissuasão e investigação.

g) Planos de acção nacionais e sectoriais, elaboração de planos de acção integrando objectivos claros, programas e instrumentos de trabalho, orçamentos, fontes de financiamento, cronogramas, avaliação e respectivas entidades responsáveis.

h) Combate ao tráfico, necessidade de reforço dos poderes e meios de investigação criminal, através das forças de segurança. Maior e melhor relacionamento entre estas e os serviços de prevenção, tratamento, dissuasão e formação. Aumentar o número de detenções e condenações por tráfico, e regras mais estritas para o consumidor / traficante.

i) Mais eficácia na dissuasão, aumentando a percepção pública do desvalor do consumo de drogas em contexto de descriminalização.

j) Construção de conhecimento, através de um novo observatório português de drogas e toxicodependências, gerido pelo IDT e em articulação com instituições científicas de investigação, nacionais e estrangeiras.

k) Novas respostas a novas dependências, concepção de novos programas e medidas dirigidas aos novos consumos (drogas sintéticas e álcool) para a

população juvenil. Necessidade de articulação intersectorial para melhor responder a estas novas adições.

1) Responsabilidade partilhada numa sociedade liberta de drogas, com a coordenação nacional de esforços, também ao nível da sociedade civil, procurando que haja menos drogas disponíveis nas ruas, menos novos consumidores e mais toxicodependentes reabilitados.

Com a actual reorientação estratégica das intervenções, o Instituto da Droga e da Toxicodependência visa garantir a consistência e a coerência de uma coordenação e uma optimização de resultados. Nesta perspectiva, surge o PORI - Plano Operacional de Respostas Integradas.¹⁹ Esta medida procura potenciar as sinergias disponíveis no território, com o objectivo de reduzir o consumo de substâncias psicoactivas. Segundo João Goulão²⁰ «(...) este deverá assumir-se, numa base transversal e global, como plano de acção territorial que integra respostas interdisciplinares (prevenção, dissuasão, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção). Materializar-se-á em Programas de Resposta Integrada (PRI), com a participação de parceiros que, localmente, procurarão responder às necessidades detectadas.»

Das políticas relacionadas com a prevenção primária, há muito que se devia ter percebido, que a prevenção mais eficaz está para além das políticas convencionalmente chamadas de combate à droga, mas sim em políticas que combatam as causas sociais mais profundas. Há a necessidade de fazer substituir as apetências para o consumo de drogas, por outros hábitos e

¹⁹ Fonte: IDT

²⁰ Presidente do IDT, em entrevista à Associação Dianova em Março de 2007

gozos que sejam, claramente, mais facilitadores de crescimento, sobretudo na fase da adolescência.

As perspectivas e as condições de emprego e educação oferecidas aos jovens, a qualidade de vida que é oferecida à população, sobretudo nos meios urbanos, as condições de acesso à criação cultural ou à prática desportiva²¹ ou as possibilidades de um desenvolvimento equilibrado do país, são aspectos decisivos em matéria de prevenção da toxicodependência.

Uma informação pouco clara acerca dos efeitos danosos das drogas, assim como a sua grande disponibilidade, têm conduzido à sua crescente aceitação e aumento do seu uso. Consequência disto, é a percepção errónea e distorcida que os jovens têm dos riscos que a sua utilização acarreta, a responsabilidade é em parte, dos sucessivos Governos, que não têm sabido fazer passar a imagem de que tomar drogas não é natural nem inevitável. Seria necessário optar-se por uma campanha de prevenção que revelasse, claramente, com objectiva assertividade, a reviravolta súbita que o prazer em tomar drogas sofre, quando se transforma em necessidade, necessidade essa que monopoliza a vida do indivíduo, sem troca de vantagens futuras, trazendo consequências desastrosas em todas as áreas a médio prazo.

Como diz Manuel Pinto Coelho (2004), «se através de campanhas de informação bem concebidas se conseguisse fazer passar, aos jovens, a mensagem de que as drogas, incluindo as ditas "leves" (*cannabis*, haxixe), são perigosas e socialmente inaceitáveis, então o consumo no seu seio iria diminuir». O que é facto, hoje em dia, é que as drogas não são encaradas

²¹ O exercício físico realizado com certa intensidade, provoca da parte do organismo a secreção de potentes substâncias proteicas com as propriedades da Morfina (as conhecidas *Endorfinas*), induzindo assim no organismo um estado de "auto-intoxicação", mas muito saudável. Isto é, estas substâncias que se produzem enquanto o indivíduo pratica exercício, provocam sintomas, efeitos muito semelhantes àqueles que as drogas (substâncias tóxicas) provocam, por exemplo: diminui o stress, eleva o estado de humor, proporciona maior energia, diminui a angustia e a depressão, diminui a dor, etc. (Coelho, 1985).

como perigosas e julgam-nas socialmente aceites, por exemplo, constatamos isto, com os esforços daqueles que se “batem” pela legalização da “cannabis” (e outras medidas). Desta forma, como vão os jovens entender a perigosidade das drogas, sabendo destas questões?!²²

Esta perspectiva não é corroborada por uma especialista na área²³ que defende a completa liberalização e legalização de todas as drogas. Considerando que estas se encontram, já, liberalizadas, dado o seu fácil acesso por todos os que as pretendam consumir, afirma que o problema se coloca apenas a nível da legalização. Baseia, assim, a sua defesa da legalização no facto de achar «(...) que as pessoas iam ter acesso a uma substância sabendo o que é que estavam a consumir, coisa que não acontece agora.» Rejeitando em absoluto a teoria da *escalada*, por não lhe reconhecer qualquer teor científico, diz não estar, nada, preocupada com o consumo de cannábis, por não ter efeitos, especialmente, perigosos e, porque não estar provado que esta sirva como droga de entrada, «(...) se fosse assim, os milhares e milhões de pessoas que consomem cannabis já estavam todos a consumir heroína, e isso não se verifica».

Caminho, radicalmente, oposto é seguido pelo modelo das políticas da Suécia, cuja luta contra as drogas, quer sejam “leves” ou “duras” constitui um verdadeiro desígnio nacional, uma sólida política dissuasiva do uso de qualquer droga²⁴. Neste país, a sociedade assume uma postura unânime, não há nenhum partido com assento parlamentar que defenda a legalização.

²² Alguns entendidos na matéria, consideram que o consumo de drogas poderá subir em flecha e que a esmagadora maioria dos jovens, inicia o seu percurso como toxicodependente, com o consumo das drogas ditas “leves”, que podem servir como droga de entrada para outras drogas (heroína, cocaína), favorecendo a clássica *escalada* no consumo, o que acontece na maioria das vezes.

²³ Dra. Maria José Campos, Médica no Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) da Parede, Entrevista a técnicos número II.

Vide Entrevista II.

²⁴ Droga para os suecos, é toda a substância usada fora do contexto médico.

Por seu lado, o Dr. Pedro Faria²⁵ salienta a importância de se manter a proibição dos consumos pela razão «(...)de tal comportamento ter ressonâncias que transcendem o indivíduo e se reflectem em toda a comunidade. O nicho de marginalidade e comportamentos desviantes que nascem da toxicodependência afecta todos os cidadãos, desde logo por ser responsável por um relevantíssimo número de crimes que são cometidos diariamente. Legalizar o consumo, tornando-o numa actividade lícita, aceite pelo Estado, seria absolutamente contraditório com a tarefa de preservação dos valores mais elementares que nos regem. A persistência da licitude dos consumos é um sinal de desvalor que a sociedade associa à toxicodependência».

Retomando o tema da prevenção primária, a família deverá ser sempre reconhecida como a instituição central da prevenção, que requer também o suporte das escolas e da comunidade. Um diálogo aberto e honesto com os jovens sobre o perigo que as drogas representam nas suas vidas é um contributo indispensável para a prevenção.

Quanto às políticas e medidas de tratamento continua a haver necessidade de uma rede nacional de tratamento que, com recurso aos meios terapêuticos adequados, permita a inserção imediata do indivíduo toxicodependente no programa de tratamento que seja mais adequado.

Uma outra especialista²⁶ nesta matéria refere que «(...) o que falta são, sobretudo, estruturas a nível do país, que já existem em outros países há dezenas de anos (...) a nível estatal não temos nada. O que existe e está definido pelo Ministério da Saúde e, que algumas IPSS em Portugal já estão a montar, um pouco à imagem do que se faz internacionalmente, é uma estrutura prévia ao tratamento, que se chama "casas de entrada" para um tratamento.» Segundo a mesma especialista,

²⁵ Magistrado do Ministério Público, em entrevista dada à Associação Dianova em Março de 2007.

²⁶ Dra. Paula Vicente, Assistente Social e Psicóloga da Comunidade Terapêutica do Restelo, Entrevista a técnicos I.

são casas onde se faz um diagnóstico das necessidades do indivíduo, que permite a definição de um projecto terapêutico específico e adequado para ele. Este diagnóstico prévio, pode indicar a ida para uma comunidade terapêutica ou um tratamento em ambulatório com uma terapia específica e que integre as várias áreas da vida do indivíduo. A decisão final em cumprir ou não um tratamento dependerá do próprio. Este diagnóstico seria feito por um técnico especializado que trabalharia as motivações do indivíduo ajudando-o a delinear o projecto terapêutico mais indicado para ele.

Como nos diz Manuel Pinto Coelho (2004), «cada toxicodependente é um caso e em cada caso é preciso saber quais são as medidas que se devem tomar, quer sob os pontos de vista psicológico, familiar, social e médico. É a cultura de olhar um toxicodependente e não a toxicodependência.»

Independentemente do tipo de instituição onde irão realizar o seu projecto terapêutico, o importante é encaminhar os indivíduos para as estruturas/programas de tratamento.

Quanto aos programas de tratamento por substituição (Metadona), Manuel Pinto Coelho (2004), considera que «(...) o resultado é sempre e só um: a manutenção da dependência e a degradação da personalidade.» Estas substâncias de substituição não deixam de ser opiáceos que também provocam “ressaca” e conduzem à dependência, apenas têm um efeito de duração maior, fazendo o consumidor “aguentar” mais tempo até à “dose” seguinte. Apesar da sua oposição à generalização da prescrição dos tratamentos com Metadona, este especialista reconhece a importância da sua administração, porém, somente em situações de alto limiar e, «por um período limitado de tempo», pois «(...)a Metadona é uma droga que vicia tanto ou mais que a heroína e é muito mais violenta.»²⁷

²⁷ In *Diário de Notícias*, 19 de Junho de 2007.

Considerando a toxicodependência como uma perturbação do comportamento, a resposta para solucionar o problema está dentro do próprio indivíduo, na sua predisposição para a mudança e não é com soluções químicas/biomédicas que o toxicodependente ganha motivação para deixar definitivamente os consumos. Na maioria dos casos, vão buscar estas substâncias de substituição aos centros de tratamento (CAT) e consomem em simultâneo cocaína e outras substâncias.

Esta perspectiva é refutada por outra técnica especialista,²⁸ que defende a generalização dos tratamentos com base na administração de Metadona, «(...)tendo em consideração que, em Portugal, o panorama é de, entre a população toxicodependente, termos cerca de 80 a 90% de pessoas que injectam drogas - heroína e cocaína - e cerca de 40 a 50% estão infectadas com VIH, isto é uma emergência de saúde pública. Portanto, a única maneira que nós temos é através da generalização, através dos programas de substituição ou manutenção».

Quando os relatórios anuais sobre a evolução da droga nos mostram que apesar da oferta do tratamento ter aumentado, a procura desceu, testemunham, claramente, que o interesse pelo tratamento diminui a motivação para interromper, definitivamente, com o consumo. E, na grande maioria dos casos, tem a ver com o uso de drogas de substituição. O toxicodependente consegue de uma forma gratuita a obtenção de uma substância (de tipo opiáceo e com a garantia de que não está adulterada por produtos indesejáveis, que lhe tira a ressaca por um período de horas superior à da heroína que compra na rua), que apenas ajuda a estabilizar o problema, não a tratar. Na opinião de vários consumidores²⁹, a Metadona

²⁸ Dra. Maria José Campos, Entrevista a técnicos número II.

²⁹ Vide entrevistas do trabalho de campo e testemunhos incluídos no livro A droga é uma Merda, de Carlos Paço D'Arcos, por exemplo.

(ou outra droga de substituição) é mais uma substância que causa dependência e que apenas adia a resolução do problema.

Contudo, nem todos os casos são iguais, o tratamento com drogas de substituição, em alguns casos, pode ser uma importante ponte para um novo estilo de vida, livre de drogas, mas os seus critérios de administração deveriam ser apenas para situações muito específicas, por um período limitado de tempo. Referimo-nos a situações de profunda desinserção social; gravidez; existência de doenças infecto-contagiosas; frequentes recaídas em anteriores tratamentos de recuperação. O programa de Metadona deveria ser encarado como último recurso para o heroinómano sair da dependência, e encarado na perspectiva de se conseguir atingir uma «plataforma de equilíbrio físico, psicológico, social e familiar» (Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga), que poderá depois permitir uma tentativa de tratamento em programas livres de drogas completados com uma abordagem psicoterapêutica.

Ao nível das políticas de redução de danos³⁰, é inquestionável o efeito benéfico no campo da saúde pública, por exemplo: o decréscimo das doenças infecto-contagiosas devido à não partilha de material de injeção, o acesso a cuidados de saúde primários ou a diminuição de overdoses, mas, não resolve o problema da toxicodependência. Apoiase essencialmente no «conceito de cuidar, de ajudar e dar apoio a pessoas sem uma ambição explícita de mudar o seu comportamento.» (Coelho, 2004). Este modelo de redução de danos existente no nosso país - com especial relevo para os

³⁰ A expressão redução de danos /riscos designa as políticas que visam eliminar ou minimizar os danos ou os riscos causados pelo consumo de drogas em todas as situações, mesmo quando o consumo se mantém. Assim, a nível do discurso da saúde, o interesse é orientado para estratégias ligadas à nocividade das drogas, redução de riscos, possibilidades de consumo controlado. Esta abordagem implica um conjunto de acções que visam a prevenção da disseminação das doenças infecciosas, através do programa de troca de seringas, a prestação de cuidados de saúde primários, o aconselhamento sobre o uso seguro de drogas, testagem de comprimidos de ecstasy á porta das festas “rave”, as “salas de chuto”, a prescrição médica de drogas de substituição da heroína.

futuros «programas de consumo vigiado», as chamadas “salas de chuto” - incita pouco ou nada os toxicodependentes a tratarem-se. Parece-nos uma redução de danos mais virada para a manutenção, a estabilização por tempo indefinido, do que para a abstinência a curto ou médio prazo. Com estas medidas, é natural que as estruturas vocacionadas para o tratamento, sejam elas privadas ou convencionadas pelo Estado, se sintam “a mais” (!), ou seja, esta política de redução de danos não incentiva muito à mudança, logo, alguns (para não dizer a maioria) dos toxicodependentes “aproveita” a(s) oportunidade(s) “socialmente consentida(s)” de consumir durante mais algum tempo, adiando assim, o abandono definitivo da toxicodependência.

Já o Dr. Fernando Negrão³¹, classifica a política de redução de danos como «a pior aposta possível», e relativamente à abertura das “salas de injeção assistida” refere que «constituem mais um indicador da política de desistência, de quem perdeu a capacidade de lutar e de acreditar, rendendo-se no combate à droga e às suas consequências».

Para Manuel Pinto Coelho³² «A criação de “salas de chuto” é uma prática que a ONU condena e que nos coloca na causa da Europa. Não há um único trabalho científico que fale do seu benefício.»

Posição divergente é defendida por uma das especialistas³³ entrevistadas. Para esta especialista «(...)temos de criar espaços em que as pessoas, calmamente, não de uma forma clandestina, a correr, como medo que venha alguém, a polícia, possam usar a sua dose» porque, afirma, «(...)quem usa as salas de consumo, acaba por consumir menos(...), têm acesso a uma série de cuidados, contactos com

³¹ Em entrevista dada à Associação Dianova em Março 2007.

³² In *Diário Notícias* 19 de Junho de 2007.

³³ Dra. Maria José Campos, Entrevista a técnicos número II.

Assistentes Sociais, Psicólogos, que estando na rua jamais teriam». Tal afirmação parece-nos, contudo, exagerada, visto que, existem equipas de rua que disponibilizam apoio múltiplo. Este apoio primário pode ser acompanhado por aconselhamento persuasivo tendente a desmobilizar dos consumos e motivar para o tratamento.

Quanto às políticas de toxicodependência ao nível do pós-tratamento, da reinserção social, a especialista já referida,³⁴ dá-nos a sua opinião, «(...) o que falta são, sobretudo, estruturas a nível do país, que já existem em outros países há dezenas de anos, que complementem o trabalho feito numa comunidade terapêutica». Refere-se, portanto, às "casas de saída" - apartamentos de reinserção, que ao nível do Estado não há. Depois de um tratamento intensivo, ao longo de vários meses, é necessária uma estrutura intermédia entre a saída da comunidade terapêutica para uma vida mais autónoma. Acrescenta, ainda, que «(...) é uma estrutura essencial que se enquadra no âmbito das estruturas de prevenção da recaída.»

O Ministério da Justiça prevê a implementação de "casas de transição" para reclusos, como forma de prestação de apoio nos primeiros tempos de liberdade. Conde Rodrigues³⁵ justifica o projecto como "aposta na reinserção social para aqueles que não têm condições de acolhimento ou que temem uma má reacção da família no regresso a casa", o objectivo é que possam permanecer nessas casas por um período de três meses, no máximo.

No entanto, o ideal era que esta medida contemplasse, também, o toxicodependente quando sai das estruturas de tratamento.

Nas políticas e medidas de reinserção social, uma das novas propostas aponta para a activação do indivíduo e, como

³⁴ Vide Entrevista I a Técnicos.

³⁵ Secretário de Estado da Justiça, em entrevista ao Jornal de Notícias a 8/4/2007

sabemos, a intervenção na reinserção passa pela integração do sujeito na esfera profissional, inserindo-o no mercado de trabalho, tornando-o activo para a sociedade. Os programas de desenvolvimento e formação profissional são das medidas mais importantes em todo o processo de reabilitação, que como se sabe, intervêm em todas as áreas do indivíduo (bio-psico-social). No entanto, o sucesso do processo depende do trabalho da equipa técnica e do próprio utente, do seu empenho e participação na construção da sua identidade e projecto de vida.

A reinserção social só ocorre quando há um reconhecimento de que a mudança ao nível do estilo de vida implica um esforço do sujeito na adopção de atitudes e comportamentos pró-activos face a si próprio, aos outros e à sociedade. Mudança que, obviamente, tem de ser sustentada por equipamentos, profissionais e recursos materiais no contexto global e comunitário da emergência da situação. Naturalmente, a sociedade civil tem uma importante responsabilidade em toda esta mudança no indivíduo, no acesso à igualdade de oportunidades, a bens e serviços.

A nível do controlo do tráfico existe legislação na grande maioria dos países, e acordos de cooperação internacional no âmbito de organizações multinacionais que visa a proibição da produção e do comércio ilícito, a detenção do tráfico e a punição dos traficantes.

Porém, sabemos que países como o Afeganistão, a Colômbia³⁶ ou o Iémen, a título de exemplo, não fazem tudo o que deveria ser feito para evitar a produção descontrolada e, em alguns casos, a economia paralela da droga é, mesmo, fomentada como factor de desenvolvimento económico em

³⁶ As culturas de plantas ilícitas (folha de coca), levaram nas últimas décadas, à destruição de 2,2 milhões de hectares de bosques neste país. O Governo colombiano requer que outros países incrementem o nível de conhecimento sobre as graves consequências que o consumo de droga tem para as suas sociedades e as criminosas repercussões ambientais no território. (*Encontro Internacional sobre Meio Ambiente e Drogas Ilícitas*, que decorreu em Santa Marta, capital de Madalena) (Jornal Público, 1 de Junho 2007)

detrimento de outras produções agrícolas. Os cartéis colombianos e os senhores da guerra afegãos são *Estados* dentro do Estado possuindo os exércitos e o poder que lhes permite alimentar os mercados mundiais da droga, auferindo incalculáveis somas financeiras.

A cooperação internacional é importantíssima para o controlo do tráfico, dada a cada vez maior abertura das fronteiras, como acontece no Espaço *Schengen*³⁷, e o acesso a novos métodos e novas tecnologias por parte dos traficantes.

As fronteiras marítimas continuam a ser a porta privilegiada de introdução de estupefacientes na Europa. Portugal, com 848 km de fronteira marítima, apresenta uma forte debilidade neste domínio. A extensão da nossa costa continental e das Regiões Autónomas é um forte handicap que, e apesar da escassez de recursos, tem, progressivamente, sido ultrapassado registando, as nossas forças policiais, importantes sucessos na apreensão de droga e traficantes.

Todavia, o relativo sucesso no campo policial tem sido hipotecado pela permissividade legal existente no nosso país - lembremo-nos que, desde 2001, a posse de, até dez doses para auto-comsumo, está descriminalizada - dando azo a que os consumidores sirvam como *correio* que, impunemente, completam o circuito da droga, com a distribuição aos consumidores.

³⁷ Acordo intergovernamental de 15 países europeus, assinado na cidade luxemburguesa que lhe deu nome, visando a livre circulação de pessoas, entre as nações signatárias, e o reforço das fronteiras externas, face às ameaças do crime internacional, em que se inclui o tráfico de droga.

REINSERÇÃO FRAGMENTADA. O DIFÍCIL PERCURSO DA "RETOMA" DA VIDA.

O fenómeno da recaída é, sem margem para dúvidas, uma das situações em que convergem com mais intensidade as contradições entre a ideologia social impregnada do fantasma colectivo da irradiação da droga e a realidade clínica incontornável, mostrando que a vida do toxicómano está marcada de avanços e recuos. (Morel et al, 1998).

Os programas terapêuticos não devem cingir-se ao objectivo da abstinência a curto prazo. Aqueles que passam mais tempo em programas de tratamento são os que mantêm maior nível de abstinência. É imprescindível trabalhar aspectos pessoais, o modo como o doente e a sua família lidam com situações angustiantes, autocontrolo, possíveis conflitos emocionais ou pessoais, etc. Um programa residencial de tratamento inclui um processo de reinserção social e é suposto fazer-se uma avaliação sistemática das aquisições conseguidas durante o processo terapêutico. A angústia gerada por tal movimento de autonomização acarreta dúvidas e ambivalência, formulando-se muitas vezes projectos inadequados, irrealistas. É necessário, junto do próprio indivíduo, tentar desenvolver o caminho mais adequado para a sua inserção (Vicente, 1994).

O processo de reinserção não é uma etapa posterior ao tratamento, as duas vertentes devem ser articuladas para que em conjunto diminuam a possibilidade de uma recaída (Seiça, 2000). O problema das recaídas é, naturalmente, o problema capital com o qual se confronta todo o cidadão recuperado e todas as equipas técnicas que se ocupam do tratamento destes indivíduos.

Após todo um trabalho de preparação do indivíduo para o inevitável confronto com a realidade que o espera - a reinserção na sociedade, eis que, este trabalho revela-se, muitas vezes, infrutífero, quando o indivíduo recai nos consumos.

Coloca-se então a questão: como compreender a recaída nas pessoas que tenham levado até ao fim o programa terapêutico de tratamento e cuja alta clínica foi preparada, tendo em conta todo o plano de reinserção social?!

No sentido de prevenir as recaídas após a fase de tratamento em comunidade terapêutica, Herry Vos e Jacob Hartman (1980), salientam a importância da existência de uma fase intermédia à completa inserção³⁸ social, durante o qual o indivíduo possa residir (por um período de tempo determinado, entre quatro meses a um ano) num apartamento de reinserção social - a "casa de saída", já com projecto de vida próprio e continuando sem drogas. Segundo estes autores, a fase da casa de saída é uma parte essencial de qualquer programa de tratamento.

Quando o indivíduo chega a esta fase, já tem delineado um plano de formação profissional ou um emprego. Na casa de saída, a pessoa sai, normalmente, durante o dia para o seu trabalho / curso e regressa à noite, onde se encontra com outros colegas seus. Para uma das especialistas entrevistadas³⁹ «a casa de saída funciona como a mão que se dá a uma criança e que tem um adulto por perto em que ela sabe que não está sozinha, sabe que, se houver problemas, está ali alguém que pode ajudar a pensar com ela e, portanto, dá ideia que assim começa a andar mais facilmente e a poder aventurar-se mais facilmente, a andar e a sair de casa sem tanto susto porque sente-se mais amparada e apoiada».

³⁸ Na origem etimológica, o termo *inserção* contém as significações de ligação e de espaço. A inserção implica, portanto, uma dupla noção de espaço e vínculo social "estar ligado a algo e a alguém". (Seiça, 2000)

³⁹ Dra. Paula Vicente, Entrevista a técnicos número I.

Num estudo⁴⁰ realizado pela mesma especialista, sobre a importância ou não de uma casa de saída e as respectivas redes sociais⁴¹ dos indivíduos, comparando dois grupos (um que residiu em casa de saída, outro que não), revelou que, os indivíduos que passaram por uma casa de saída têm uma rede social maior, mais diversificada e com mais elementos desligados do tratamento. O que significa um factor positivo na prevenção da recaída.

De facto, uma grande diversidade de variáveis sociais e psicológicas têm sido conceptualizadas como determinantes da recaída, por exemplo: um programa de tratamento curto, inferior a um ano; a saída de tratamento sem ter um local específico, intermédio para residir, até ser mais autónomo - a casa de saída; o relacionamento com alguém que é consumidor; uma baixa auto-estima e a existência de emoções mais negativas como a zanga, o medo, a frustração e a não aquisição das estratégias pessoais, necessárias para as enfrentar; situações de pressão social *stressantes*, aliadas à incapacidade para lhe fazer face, etc.

Outro aspecto importante, que a autora do estudo que temos vindo a citar concluiu, é que a rede social do grupo que residiu na casa de saída tem uma atitude de ajuda mais activa e de maior empenhamento pessoal, do que a rede social do outro grupo.

No seu estudo, faz ainda referência a alguns autores, analistas de redes sociais (Conn e Peterson, 1989; e Zrull, 1990), que salientam a importância do desenvolvimento da capacidade para pedir e receber suporte. Para ter sucesso, o indivíduo precisa de ser capaz de expressar as suas necessidades aos outros e de aceitar as suas ofertas de

⁴⁰ *Redes Sociais em Ex-Consumidores de Heroína Integrados ou Não num Grupo de Auto-ajuda*, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1994

⁴¹ Para Walker et al (citado por Maguire, 1983), a rede social de um indivíduo é constituída pelo «conjunto de contactos pessoais através dos quais o indivíduo mantém a sua identidade social e recebe suporte emocional, ajuda material e serviços, informação e novos contactos sociais.»

ajuda. Alguns estudos sugerem, que é importante no decorrer do tratamento, aprender a "recrutar" suporte social nos momentos em que a recuperação está ameaçada.

Estas estruturas - as casas de saída - não existem a nível estatal, existem em algumas estruturas de tratamento, mas, a nível privado, ligado à comunidade terapêutica. Ora, sendo estruturas de extrema importância, que funcionam como estruturas intermédias entre a saída da comunidade terapêutica, para uma vida autónoma, o ideal seria, que, após a saída do tratamento, independentemente do tipo de instituição, o indivíduo tivesse a oportunidade de estar, durante mais uns meses, num apartamento de reinserção afim de adquirir estratégias de controlo emocional e perícias de enfrentamento das situações que o levaram ao consumo; bem como o saber lidar com os conflitos que se "atravessam" no nosso quotidiano.

Manuel Pinto Coelho, no seu livro "*Portugal Livre de Drogas: contributo para uma nova politica da toxicodependência*" de 2004, refere que a palavra - chave para o toxicodependente, é a motivação para mudar; para a sociedade civil é a integração psicossocial. Aceitando que o toxicodependente, uma vez tratado, pode fazer, novamente, parte do tecido social em que vivemos, pode integrar-se com pleno direito. Acrescenta, ainda, que a recaída no toxicodependente é frequente, porque quando ele sai da "alucinação" em que anda metido com as drogas e "aterra" no mundo real, sem qualquer hospitalidade, ele recusa-se a aceitá-lo, «um mundo que ele está farto de conhecer e do qual, justamente por isso, ensaiou escapar através da sua dependência.» Acredita que, uma forma eficaz de prevenir a recaída é encontrar-lhes (Estado, sociedade civil), na fase de reinserção social, colocação profissional. E, dá o exemplo da Suécia «(...)na realidade, há muito que naquele país da

Escandinávia se percebeu que a habitação, a educação e encontrar emprego, é muito mais importante que a medicalização do problema!».

Vivemos numa sociedade de consumo onde prevalece um forte individualismo, egoísmo, competitividade, falta de solidariedade, de comunicação, stress. Sociedade esta, dominada por hostilidades sociais como o desemprego, a pobreza, a exclusão, o racismo, a degradação patrimonial, insucesso escolar e profissional, o que irá resultar numa susceptibilidade aumentada que poderá facilitar o consumo de drogas.

Um estudo realizado⁴², indica-nos que estar inserido, é ter um tecto, uma habitação, um espaço pessoal; mas estar inserido não é apenas *ter*, no sentido de possuir algo exterior, mas também no de *fazer parte*. A inserção implica, portanto, uma dupla noção de espaço e vínculo social “estar ligado a algo e a alguém”, neste sentido, quando o indivíduo finaliza o processo terapêutico, este não está só a pedir um trabalho, ele pede para estar empregado e para ser implicado, num funcionamento, numa organização (...), «pede para estar inserido», sendo reconhecido e aceite como pessoa plena de direitos.

E, de facto, a reinserção socioprofissional não é o único aspecto a ter em conta para o sucesso de um tratamento.

A reinserção no plano profissional é apenas uma parte de um todo, isto é, o indivíduo tem que ser visto como um todo, através de uma perspectiva sistémica, onde a reinserção familiar também é de extrema importância, assim como outras áreas.

Ansiando colaborar, também, na prevenção da recaída, uma vez que a maioria dos nossos entrevistados passou por um percurso de tratamentos e recaídas, está a presente

⁴² Por Hugo Seiça (aluno no Instituto Superior Miguel Torga) sobre “*Reinserção... uma procura sem fim*” (2000)

investigação, que nos propomos apresentar "*As Perdas na Toxicodependência*". Acreditamos que a forte consciencialização, por parte dos indivíduos, que se encontram em programa de tratamento, dos malefícios provocados pelo consumo de drogas, atendendo à história de vida de cada um, pode contribuir para prevenir futuras recaídas. Esta consciencialização deve ser feita pela equipa técnica da instituição de tratamento, implementando as medidas necessárias, de forma a demonstrar, inequivocamente, que com o uso de drogas, passada a ilusão inicial, o indivíduo iniciará um processo de perdas a curto, médio ou longo prazo, que em muitos casos serão irreversíveis. Atente-se, a título de exemplo, pois na segunda parte do trabalho passaremos à descrição de todas as perdas, na contracção de doenças incuráveis ou mais drasticamente a perda da vida. A análise das perdas a que o ser humano se submete, consumindo drogas, pode e deve ser um alicerce dos programas de reabilitação de toxicodependentes.

PARTE II

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo tem como finalidade essencial, a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos através das técnicas de recolha e tratamento dos dados que suportam o estudo. A apresentação e análise dos resultados encontram-se organizadas no sentido de dar resposta às questões de investigação formuladas à priori no trabalho.

A referida análise teve em conta o referencial teórico que julgamos adequado e pertinente.

Numa investigação científica, a construção do *Modelo de Análise* assume-se como uma etapa de especial importância e, simultaneamente, de grande complexidade. Tal construção ganha sentido, uma vez que tem como principal objectivo a operacionalização de conceitos e dimensões, teoricamente já abordados aquando da construção do enquadramento teórico, como forma de conduzir e orientar a etapa do trabalho empírico.

Tal como referimos no projecto de investigação, as grelhas de análise apresentadas, assumiam um carácter provisório e sujeito a reestruturações. Neste sentido, e com a aplicação da primeira entrevista, apercebemo-nos de algumas lacunas que a mesma apresentava. Deste modo, foi sujeita a uma reelaboração e redefinição que permitiu uma readaptação mais efectiva à realidade com a qual nos deparámos.

Antes de passarmos para a descrição dos resultados, apresentamos de seguida, o *modelo de análise* para a construção do guião da entrevista e o *perfil social* dos entrevistados.

Para compreender as perdas sofridas foi necessário reconstituir a trajectória de vida centrada na problemática do consumo e da dependência. Nessa trajectória intencionalizou-se dar relevo à infância e adolescência,

percurso escolar e laboral, vivências na família de origem e na família actual.

Esta orientação decorre da adopção das abordagens psicossocial e sociocultural, conforme referido na primeira parte do trabalho. O modelo psicossocial enfatiza a importância da infância e adolescência no desenvolvimento da pessoa. Quanto aos percursos escolar e laboral, redes relacionais passadas e presentes, estas dimensões tomam sentido tanto na abordagem psicossocial como na perspectiva sociocultural.

Estes vectores articulam-se na análise do objecto com a história dos consumos, dos tratamentos e das recaídas, seus contextos e temporalidades.

O processo de reinserção social e a relação estabelecida com as técnicas, nomeadamente de Serviço Social, constitui outra dimensão pertinente à clarificação do objecto e respondem a um dos objectivos propostos no presente estudo.

MODELO DE ANÁLISE⁴³

CONCEITO	DIMENSÕES	INDICADORES
As Perdas na Toxicodependência	<ul style="list-style-type: none"> • Percurso Familiar (Infância e Adolescência) 	<ul style="list-style-type: none"> • Núcleo Familiar • A Conjugalidade e a Parentalidade • A Comunicação e os Afectos • As Regras e as Normas Familiares • A Socialização / As Amizades • Os Eventos Significativos
	<ul style="list-style-type: none"> • Percurso Escolar 	<ul style="list-style-type: none"> • Sucesso / Insucesso Escolar • Desempenho Escolar • Ambiente Escolar
	<ul style="list-style-type: none"> • Percurso Profissional 	<ul style="list-style-type: none"> • Relação com o Trabalho • Ambiente de Trabalho • Imagem enquanto Trabalhador • A Auto-imagem enquanto Trabalhador
	<ul style="list-style-type: none"> • Relações Afectivas e Maternidade, Paternidade 	<ul style="list-style-type: none"> • As Relações Afectivo-Conjugais • O Corpo e a Droga • O Impacto da Função de Maternidade /Paternidade na Pessoa • A Relação entre Pai/Mãe e Filho(a)
	<ul style="list-style-type: none"> • História dos Consumos 	<ul style="list-style-type: none"> • Idade de Início dos Consumos • Motivações para o Consumo • A Evolução ("Escalada") no Consumo • Tipo de Substâncias Consumidas e seus Efeitos

⁴³ Ver em anexo o respectivo Guião de Entrevista aplicado à população estudada.

		<ul style="list-style-type: none"> • Adopção de Comportamentos de Risco/Comportamentos Delinquentes • Duração dos Consumos
	<ul style="list-style-type: none"> • História dos Tratamentos <i>versus</i> Recaídas 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivações para o Tratamento • Percurso de Tentativas para o Tratamento • A Relação com o Tratamento • As Recaídas
<p>As Perdas na Toxicodependência</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A Reinserção Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Percurso de Reinserção Laboral, Familiar, Habitacional, Social • Condições Facilitadoras / Obstáculos • Acompanhamento do Processo de Reinserção pelo Assistente Social
	<ul style="list-style-type: none"> • Consequências (Perdas) do Consumo de Drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • A Percepção das Perdas Sofridas pelo Toxicodependente • O Impacto das Perdas na Vida do Toxicodependente • A Percepção Negativa das Perdas como Factor de Motivação para a Saída da Toxicodependência

PERFIL SOCIAL DOS ENTREVISTADOS

População Entrevistada Segundo o Grupo Etário, por Sexo

<i>Grupo Etário</i>	<i>Homens</i>	<i>Mulheres</i>
18 aos 34 anos	5	1
35 aos 49 anos	3	1
50 e mais	-	-

Situação Conjugal dos/as Entrevistados/as

<i>Grupo Etário</i>	<i>Homens</i>	<i>Mulheres</i>
Solteiro/a	3	1
Casado / junto	2	1
Separado / divorciado	3	-

Nível de Escolaridade

<i>Nível Escolaridade</i>	<i>Homens</i>	<i>Mulheres</i>	<i>TOTAL</i>
Não sabe ler/escrever	-	-	-
1º Ciclo Ens. Básico	1	-	1
2º Ciclo Ens. Básico	2	1	3
3º Ciclo Ens. Básico	3	-	3
Ensino Secundário	2	1	3
Ensino Superior	-	-	-

* Alguns entrevistados alcançaram o 9º e o 12º ano com a equivalência que lhes dava o curso profissional.

Frequência em Curso de Formação Profissional

	<i>Homens</i>	<i>Mulheres</i>
Sim	4	-
Não	4	1

* Uma entrevistada não refere.

Proveniência dos Entrevistados/as

	<i>Homens</i>	<i>Mulheres</i>	<i>TOTAL</i>
Comunidade Terapêutica "Nova Fronteira"	4	2	6
Grupo Auto-Ajuda Narcóticos Anônimos	4	-	4

CONFLITOS, PERDAS DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

A família e o grupo de parentes têm servido como o principal quadro de crescimento da criança, facilitando o seu desenvolvimento desde a 1ª infância até, pelo menos, o início da adolescência. A família fornece os modelos e a formação exigidos pela criança em vários sectores de aptidão - emocional, social, vocacional, intelectual e moral - necessários às funções de adulto (Nowlis, 1979).

Os anos que vão da 1ª infância à adolescência têm uma importância capital, sob todos os aspectos, para o desenvolvimento da criança. É durante esse período que a criança adquire as orientações e atitudes básicas, com relação a ela mesma e com relação aos outros.

A família pode favorecer ou retardar o crescimento, através do que ela comunica à criança sobre o seu valor, o seu potencial, as suas capacidades. Ela fornece-lhe, também, os modelos dos papéis a serem desempenhados (idem).

O conceito de droga e toxicodependência não se pode dissociar da família, uma instituição considerada crucial para o desenvolvimento, autonomia e independência do indivíduo, à qual pertence.

Patrício (1997), afirma que, na família do toxicodependente, a mãe tem um papel de sobre-protecção do filho, ou que o pai está psicologicamente ausente ou se demitiu das suas funções paternas. Também, é uma realidade frequente, os pais estarem separados, divorciados, ou algum ter falecido. Verifica-se que, em muitas famílias de toxicodependentes, há quem abuse do álcool ou de outras drogas.

Segundo Coelho (1985), se se investir no ambiente familiar, se se conseguir que todos os membros da família sejam honestos uns para os outros, se se conseguir implantar

um ambiente de comunicação saudável, livre e espontânea, entre todos, tornar-se-á mais difícil, para o iniciado na droga, manter o seu segredo. E, quanto mais cedo esse diálogo acontecer, melhor.

Muitas vezes, os pais têm dificuldade em estabelecer os limites úteis, ou em fazer respeitar os compromissos. Eles receiam os conflitos, ou, por vezes, temem ser menos amados. Trata-se de receios injustificados e a experiência mostra o inverso: os limites, claramente estabelecidos, diminuem o número de conflitos e favorecem o respeito mútuo (Bléandonu, 2003)

No estudo dos percursos familiares, procurámos identificar, nas diferentes fases da vida dos entrevistados, as pessoas com quem viveram na infância, adolescência e idade adulta, temporalidade das vivências, motivos das rupturas e das saídas e os acontecimentos marcantes ao nível da família.

Analisando os relatos dos entrevistados, verificámos, através do seu percurso vivencial, instabilidade e vulnerabilidade a nível da conjugalidade, nas suas relações com os pais, e a nível da parentalidade, através da capacidade e qualidade dos cuidados que haviam tido.

Podemos dizer que, de um modo geral, os nossos entrevistados apresentam vivências familiares muito desgastantes e, em alguns casos, dolorosas que, foram deixando marcas, abrindo feridas. Alguns deles testemunharam violência entre os progenitores, cujas relações conjugais eram conflituosas ou caracterizadas pelo afastamento.

*"A relação em casa era péssima entre o meu pai e a minha mãe (...) sempre houve discussões por causa de dinheiro."*P:15,
Entrevista (E):3

"(...) muitos atritos, muitas discussões, brigas em casa, muita louça partida, agressões do meu pai à minha mãe, confusões devido ao álcool (...)"P:141, E:10

O tempo de ser criança foi, muitas vezes, para alguns entrevistados, limitado pelo facto de terem de desempenhar papéis parentais, uma vez que os pais foram pouco protectores e pouco prestadores de cuidados. Os limites eram difusos, sem definição clara das normas hierárquicas.

"Em casa não havia normas, regras, horas de entrada e saída."P:9 ; "(...) aquela afectividade, aquele amor, aconchego que há num lar, eu pensava que isso só acontecia nos filmes."P:9 ; "Fui sempre sozinho para a escola (...)"P:9, E:2

"(...) uma criança muito rebelde, nunca gostei de regras, imposições, de certa forma não acatava muito bem as regras que existiam."P:112 ; "(...) havia uma certa rigidez, castigos...muitas regras...tinha horários para tudo...e de certa forma não aceitava (...)"P:112, E:8

Por outro lado, constatámos a dificuldade que algumas famílias tiveram em organizar rituais de família, que poderiam ter funcionado como factor facilitador do sentimento de pertença ao grupo familiar.

" Na nossa família nunca houve uma refeição com a família toda."P:10 ; "O contexto familiar é um caos (...)"P:10, E:2

Sentimos que, em muitas destas famílias, a comunicação se processava com grandes níveis de conflito, com falta de intimidade e de prazer na relação e com isolamento emocional. Em algumas narrativas dos nossos entrevistados, os pais foram descritos como distantes emocionalmente dos filhos, hostis e com dificuldades em expressar afecto, o que os levou a

sentirem-se, muitas vezes, rejeitados, abandonados, sozinhos e com um vazio afectivo dificilmente preenchido.

*"Tenho uma péssima relação com a minha mãe (...) o meu pai pura e simplesmente ignorava-me."*P:9, E:2

*"(...) gostamos uma da outra (...) mas não nos entendemos. Nem eu gosto do feitio da minha mãe, nem, talvez, a minha mãe do meu."*P:22, E:3

*"(...) falei com ele três ou quatro vezes pouco mais (...) a última vez que o vi tinha nove anos (...)"*P:48, E:5

*"(...) com o meu pai tinha dificuldade em entender-me, nós falávamos pouco, ele era muito fechado (...)"*P:92, E:7

*"As discussões com a minha mãe em casa começaram a acontecer, já não havia uma relação tão aberta."*P:115, E:8

*"(...) abandonou-me com nove meses de idade."*P:127, E:9

Outro aspecto que nos pareceu importante analisar foi a forma como foram educados. Partindo da narrativa das histórias de vida, constatámos que houve inconsistência ou ausência de regras e de limites em várias famílias. A disciplina parental revelou-se inconsistente, ambivalente ou muitas vezes ausente, cabendo desta forma ao filho estabelecer as regras, os limites, as consequências.

Ao longo das dez entrevistas, fomos descobrindo histórias de vida pautadas por rejeições, abandonos, lutos sucessivos por mortes ou mudanças de residência, dificuldades de integração no grupo de pares, para além do convívio com modelos de identificação de certo modo conturbados.

"(...) desde que o meu pai morreu, não é que ficasse indiferente às coisas, pode ter alguma ligação, mas por exemplo, há coisas que me passam muito ao lado. Fiquei um bocado...não é tipo gelo mas frio (...)"P:4, E:1

"(...) tinha ciúmes das minhas irmãs mais velhas, por exemplo, a minha mãe comprava-lhes a roupa e eu ficava com a roupa delas, como era escadinha, e isso também sempre mexeu comigo (...)"P:16, E:3

"(...) terem dado coisas a ela (irmã) que a mim não deram ou terem facilitado nalgumas coisas o meu irmão mais velho e a mim não me fizeram (...)"P:25, E:4

"(...) nunca me consegui adaptar verdadeiramente ao país. Venho novamente para Portugal com dezanove anos."P:114, E:8

"(...) um desgosto forte por o meu avô ter falecido porque ele era uma pessoa com muita influência na minha vida, o facto de ter falecido e não lhe ter dado a felicidade dele me ver como eu hoje estou (...)"P:150, E:10

Em seis casos, houve problemas de consumo de substâncias na família, incluindo o consumo de álcool, por parte de irmãos, pais, tios, primos. Sete entrevistados viveram a morte de familiares próximos. Estas mortes causaram danos irreparáveis, provocaram vazio afectivo, uma vez que foram perda de pessoas com quem os entrevistados estabeleceram relações privilegiadas e gratificantes.

Encontrámos, ainda, algumas referências ao facto de não sentirem a casa como um local securizante, tendo também a ver com mudanças sucessivas de residência.

"(...) nunca me sentir á vontade naquele espaço, sentir-me sempre a mais, por certa forma, não ter os meus pais por perto."P:112, E:8

Concluindo, os resultados obtidos mostram que os entrevistados, revelam, na infância/adolescência, maior prevalência de experiências traumáticas e práticas educativas menos apoiantes. A vida familiar dos entrevistados, salvo algumas exceções, foi marcada por conflitos entre os pais, dificuldades a nível comunicacional, de expressão de afectos e do estabelecimento de regras e limites. São histórias de vidas matizadas por situações de stress, geradas por dificuldades económicas, mortes, divórcios, violências, discussões, alcoolismo, uma infância perturbada com mau ambiente familiar, propício ao consumo de substâncias em idades muito precoces. Percursos familiares marcados por uma instabilidade familiar desde muito cedo, rupturas familiares entre os pais e/ou ausência da figura do pai.

Contudo, apesar de possuir contornos específicos, uma imagem positiva dos pais foi passada por algumas das pessoas entrevistadas. A estabilidade familiar esteve presente na vida de alguns, afigurando-se pai e/ou mãe como elementos importantes e estruturantes nalgumas histórias de vida.

Actualmente, nove das pessoas entrevistadas mantêm contacto regular com algum elemento da sua família, menos um dos entrevistados.

*"Neste momento, posso dizer que não tenho."*P:66 ; *"O meu passado levou-me a um afastamento completo (...)"*P:66, E:6

Os laços afectivos e a comunicação entre os membros de uma família são essenciais para a estabilidade emocional dos seus componentes, o que não aconteceu na maioria dos nossos entrevistados. Os factores que exerceram influência, apresentando-se como factores de risco, para o consumo de drogas foram: um deficiente grau de interacção e apoio entre os pais; conflitos familiares frequentes e comunicação

deficiente entre os seus membros; falta de coesão, de segurança e de protecção; falta de sentido de pertença e de satisfação no núcleo familiar.

PERCURSO ESCOLAR INTERROMPIDO

A escola cumpre uma função primordial na criança e no adolescente, além de oferecer uma educação formal, é uma estrutura fulcral no seu processo de socialização.

De acordo com o manual de *Informação Geral Para Prevenção das Toxicodependências (S.P.T.T, 1999)* os factores de risco estão relacionados com: estilos educativos, grau de integração escolar e modelagem do professor. Por estilo educativo entende-se atitudes demasiado rígidas, hipervalorização dos resultados em detrimento das capacidades do aluno, relações interpessoais baseadas no individualismo e na competitividade. Ao nível da integração escolar, se o aluno tem a sensação de não se sentir apto a alcançar os níveis de sucesso dos seus companheiros e se sente discriminado, isso incidirá de forma clara no seu próprio auto-conceito afectando por sua vez a auto-estima e como consequência a não participação em actividades académicas ou extra-escolares. Outro factor é o próprio professor e a sua comunicação com o aluno. O professor transmite valores, hábitos, atitudes e normas sobre formas de comportamento.

Patrício (1996), afirma que a escola é um local de aprendizagem, de maturação, de enriquecimento. A vida escolar é, apenas, parte do percurso das pessoas, mas é um percurso que deverá estimular e apoiar o desenvolvimento de ideais, com projecção no futuro.

À escola, cabe o papel de fornecer as informações, as capacitações e os conhecimentos necessários ao mundo do trabalho, da família e da comunidade. Espera-se, também, que a escola incuta, nos alunos, noções de hierarquia social e valores morais e culturais: respeito, cortesia, ordem, altruísmo. (Nowlis, 1979)

Metade dos entrevistados tem a escolaridade obrigatória, sendo que dois a conseguiram frequentando cursos de formação profissional. A maioria desistiu de estudar no 2º ciclo do ensino básico. Apenas três dos entrevistados estudou até ao 12º ano e um deles conseguiu esta habilitação escolar por ter frequentado um curso de formação profissional.

O número de reprovações escolares variou por entrevistado, mas, a maioria reprovou uma ou mais vezes, tanto no 1º ciclo do ensino básico como no 2º ciclo. Apenas uma entrevistada registou uma retenção de ano, no ensino secundário.

Ao longo da análise do percurso escolar fomos encontrando factores que contribuíram para o insucesso escolar dos entrevistados. Estes factores podem-se agrupar em várias categorias: familiares a relacionados com o ambiente escolar; relacionados com o grupo de pares e pessoais.

Concluimos que o factor familiar mais vezes atribuído foi o da falta de envolvimento dos pais na vida dos seus filhos. Esta falta de envolvimento ficou a dever-se a diversos factores, mas, talvez o principal, tenha a ver com o facto de se focalizarem noutras actividades colocando-as acima da sua parentalidade. Este fraco envolvimento e acompanhamento familiar tiveram um impacto negativo na vida destes jovens e, em particular, no desempenho escolar.

"Fui sempre sozinho para a escola (...)"P:9, E:2

"Nunca tive a atenção dos meus pais em casa para isso ou para me chamarem a atenção (...)"P:141, E:10

Outro aspecto a salientar é a existência de carências económicas na vida familiar, em particular para um entrevistado, que apesar do gosto pelo estudo teve de abandonar a escola e começar a trabalhar. Também o mau

ambiente familiar foi um factor que contribuiu para dificultar um percurso escolar normal.

Uma das características comuns, no percurso escolar dos entrevistados, foi o desinteresse escolar. Este desinteresse verificou-se, para a maior parte, logo a partir do 1º ciclo do ensino básico, o que também poderá estar relacionado com a falta de envolvimento e de interesse por parte da família, em particular, na vida escolar dos filhos.

"(...) na verdade, andava por andar, obrigado pela família e pelo sistema em si... não ia às aulas, sabia que tinha capacidades e não as aproveitava (...)"P:2, E:1

"(...) pretendia trabalhar para ter o meu dinheiro."P:67; "(...) queria era divertir-me (...)"P:66, E:6

"(...) aquilo não me fazia muito sentido, não queria, não gostava."P:127, E:9

Este desinteresse escolar também pode ter sido ocasionado por mudanças de escola, muitas vezes, relacionadas com mudanças de residência.

"(...) alguma dificuldade na escola, a integrar-me (...)"P:25, E:4

"(...) inadequado quando cá cheguei (...) no Alentejo tinha para aí cinquenta alunos, cheguei aqui apanhei para aí cinco mil ou seis mil."P:93, E:7

A relação com os professores, nalguns casos, também não foi fácil. Umhas vezes caracterizados como pessoas demasiado rígidas ou autoritárias, outras como pessoas permissivas.

"(...) tinha alguns conflitos com os colegas e professores (...)"P:113, E:8

*"Apanhei sempre professoras e eu fazia o que queria; (...) estou-lhe um bocado grato que é mesmo assim (...) não me deixava fazer o que queria, até me batia e eu tinha respeito."*P:129, E:9

Todos os entrevistados iniciaram o consumo de drogas durante o seu percurso escolar. O consumo de drogas ainda veio acentuar mais o desinteresse pelo estudo. A ocorrência de faltas foi frequente ao longo de todo o percurso.

Concluindo, no que se refere à relação que estas pessoas estabeleceram com a escola, fica muito evidente que esta não foi uma relação proveitosa, pelo menos no que se refere à longevidade do percurso escolar. Efectivamente, as trajectórias escolares destes indivíduos são marcadas pelo abandono muito precoce e pelos níveis muito baixos de escolaridade atingidos. A escola surge, pois, como um elo fraco, na formação da identidade destas pessoas.

PERCURSO LABORAL PRECÁRIO

Com o aumento e a gravidade dos consumos, há um acréscimo na dificuldade que o toxicodependente tem em manter a sua capacidade laboral e um aumento do desinteresse pelo desempenho da actividade profissional (Patrício, 1996).

Os problemas colocados pelas drogas no mundo laboral relacionam-se com uma menor aptidão para responder adequadamente às exigências do posto de trabalho.

Também Baptista (1995) nos refere que, quando os toxicodependentes têm uma profissão, o consumo de estupefacientes dificulta a sua manutenção, em função do elevado absentismo, do fraco rendimento no trabalho, de roubos que eventualmente pratica e de um mau ambiente e relacionamento com os colegas de trabalho.

Relativamente às histórias de vida, analisámos os percursos laborais com o objectivo de perceber como é que os dez entrevistados viveram e percepcionaram a relação com o trabalho.

Iniciaram-se precocemente na actividade laboral, sendo várias as razões para o seu início: abandono escolar precoce (o trabalho surge como o grande concorrente da escola); desejo de autonomia financeira, em alguns casos, já relacionado com o querer ter dinheiro para manter os consumos de droga; dificuldades económicas na família, etc.

"(...) e eu comecei a trabalhar muito cedo e a comprar a minha roupa. Eu sempre gostei de vestir bem, pronto, ter as minhas coisas, ter o meu enxoval (...)"P:16, E:3

"(...) ter o meu dinheirito para as coisas da escola (...)"P:51, E:5

"(...) queria era ter dinheiro no bolso (...)"P:66, E:6

*"(...) decidi ir trabalhar para ter o meu dinheiro para poder consumir ou ter o meu dinheiro para poder traficar e ter o meu consumo sempre garantido."*P:143, E:10

Destaca-se uma grande rotatividade profissional. Passando por diversos tipos de trabalhos e nas actividades que exerciam, na sua generalidade, era-lhes exigida baixa qualificação. A relação que foram mantendo com o trabalho foi diferente ao longo da sua vida. Se para uns, em determinada altura, o trabalho funcionou como um factor de reforço positivo ao permitir a criação de uma identidade alternativa à de dependente, para outros funcionou como factor de risco.

A partir do momento em que assumiram a dependência, o trabalho deixou de funcionar como factor de protecção e, para alguns, começou a funcionar como um factor de risco, porque implicou uma maior disponibilidade económica para a manutenção dos consumos, contribuindo para o aumento dos mesmos.

*"Eu ganhava quatrocentos contos por mês, gastava cinquenta contos por dia (...)"*P:102, E:7

Um aspecto constantemente observado foi que, a certa altura, o consumo de drogas "duras", em particular a heroína, dificultou, senão mesmo impossibilitou o exercício da actividade profissional.

*"(...) o percurso profissional terminou quando o consumo de heroína começou a pesar (...). E aí deixei de trabalhar por iniciativa própria."*P:11, E:2

*"Quando comecei a consumir a heroína, os empregos vão todos para o ar, passado algum tempo. Não que seja despedido, mas sim, eu é que despeço."*P:74, E:6

As suas identidades enquanto trabalhadores deixaram de ser valorizadas, passando a ser assumida a identidade enquanto dependente, assumindo comportamentos associados aos toxicodependentes.

A análise das trajectórias profissionais revelou um padrão de instabilidade profissional marcado por percursos de curta duração, ou seja, com uma baixa taxa efectiva de trabalho, assim como uma elevada precariedade laboral (ausência de contrato e de protecção social).

Houve situações de desemprego frequentes, mas nem sempre os nossos entrevistados foram despedidos ao longo da sua vida laboral, alguns é que abandonaram por iniciativa própria a actividade profissional, a partir do momento em que se tornou insustentável manter a relação trabalho/consumo.

"(...) só tinha experiências profissionais de três, quatro meses, não conseguia ser responsável, era inconstante (...). Eu próprio despedia-me. Não aguentava a pressão (...)"P:119, E:8

Os principais motivos para o despedimento foram os roubos/falcatruas, os atrasos/faltas, bem como a diminuição das capacidades para o desempenho laboral e incumprimento das funções que lhes competiam.

"(...) cada vez que iam fechar a caixa, aquilo faltava sempre dinheiro (...)"P:52, E:5

"Ou por não comparecer, faltar muitas vezes sem dar justificação (...) ou porque as pessoas notavam o meu estado e acabava por chegar ao fim do contrato e não renovavam."P:145, E:10

Houve apenas dois entrevistados que conseguiram manter um percurso profissional efectivo durante quase todo o seu percurso de consumidores, estabelecendo uma relação funcional

entre o trabalho e o consumo, dependendo do primeiro para suportar o segundo, mantendo algum convívio social. Estes valorizavam o seu desempenho e o tipo de trabalho que faziam.

*"(...) só deixei o trabalho quinze dias antes de entrar aqui, eu nunca deixei de trabalhar."*P:18, E:3

*"E eu sempre a trabalhar, comecei a aumentar gradualmente os consumos de heroína, cocaína, e depois como já não tinha aquele problema do antagonista, usava a cocaína durante o dia todo, a trabalhar, depois chegava à noite usava heroína para poder dormir, depois no outro dia a seguir começava logo (...)"*P:101, E:7

Para o toxicodependente que trabalha, o contexto de vida relativo aos consumos pode complicar o relacionamento com os colegas e chefias, intensificando sentimentos de rivalidade, mau ambiente de trabalho, agressividade.

*"Numa hora de almoço bebi uns copos a mais...houve ali um grande desequilíbrio...cheguei ao local de trabalho chatee-me lá com um carpinteiro, existiu uns palavrões...depois existiu uma agressão física...fui despedido."*P:40, E:4

O toxicodependente acaba por desinteressar-se do trabalho e a disponibilidade é cada vez menor, tornando-se muito difícil respeitar e cumprir os horários, bem como assegurar os compromissos, começando a faltar, a sair do trabalho para ir comprar drogas, como aconteceu com alguns dos nossos entrevistados.

*"(...) deixava de facturar como facturava porque acabava por depois ou chegar mais tarde ou querer sair mais cedo ou uma tarde sem trabalhar (...)"*P:108, E:7

O surgimento de problemas começou a partir do momento em que o consumo esporádico deu lugar ao consumo regular, e o prazer deu lugar à ressaca. A partir desse momento, a relação com o trabalho foi praticamente impossível de se manter.

De salientar, ainda, que algumas pessoas tinham dificuldade em lidar com horários e disciplina exigidos nos locais de trabalho. A relação que mantinham com o trabalho era somente devido ao ter dinheiro para consumir.

"Além do bar estive depois muito tempo sem fazer nada, era tipo turista, também não tinha muito interesse em trabalhar (...)"P:3, E:1

"(...) recordo-me que senti muitas dificuldades, eu não estava habituado a ter responsabilidades, a cumprir horários e sofri muito na altura. Lembro-me que era quase um sacrifício, isso, estar oito horas naquele espaço...estava a desejar chegar à hora de sair do trabalho (...)"P:114, E:8

Concluindo, o percurso escolar interrompido deu origem à entrada precoce no mundo laboral. A actividade profissional, prematuramente iniciada e à medida que os consumos se tornam compulsivos, vai-se tornando incompatível com os mesmos consumos. Esta impossível conciliação do indivíduo ao duplo papel de trabalhador/consumidor condu-lo à desresponsabilização na função laboral, resultando em situações de rotatividade e precariedade laboral ou, em desemprego.

O CORPO E A DROGA / RELAÇÕES AFECTIVO-SEXUAIS

Para o toxicodependente, o interesse pela droga é de tal forma intenso e absorvente que diminui grandemente a capacidade de manter uma relação amorosa, passando a relação para um segundo plano, o que à partida a inviabiliza (Patrício, 1996).

Estudos realizados determinam que os toxicodependentes são mais ansiosos no relacionamento íntimo, mais evitantes e menos seguros. Têm dificuldades em estabelecer e manter relações interpessoais, considerando que não precisam de nada nem de ninguém. Desta forma, induzem sentimentos de rejeição e envolvem-se em pseudo-relações amorosas, casuais e vazias de afecto. Apresentam fracassos ao nível da vinculação, quer se trate de relações com outros, com o mundo ou consigo próprio (Apóstolo, 2002).

Segundo Geada (1997), a força dos laços afectivos é mais fraca nos heroíno-dependentes. O comportamento aditivo testemunha incapacidade na simbolização do afecto, relacionamentos interpessoais e relacionamento íntimo.

Quanto à sua auto-imagem, os consumidores de substâncias psicoactivas demonstram sentimentos de desvalorização narcísica e carácter particularmente frustrante de relações significativas com o objecto externo. A renúncia a um comportamento autêntico na relação com o outro confirma uma auto-imagem depreciada (Farate, 1996).

"(...) desvalorizo-me bastante (...)"P:39, E:4

A sexualidade e o comportamento sexual são muito importantes, principalmente na adolescência e no início da vida adulta, podendo ter dimensões significativas para o consumo de substâncias. É também na adolescência que o corpo

e a aparência se transformam em problemas, sendo-lhes dedicado um interesse novo e particular. Este interesse pode transformar-se em ataques contra si próprio, se a falta de auto-estima o conduzir a querer experimentar o poder de se destruir (Morel et al., 1998). A experimentação de novas sensações fortes, de novos prazeres e de comportamentos atribuídos à idade adulta são comportamentos de risco geralmente dinâmicos e criadores de conhecimentos de si, portanto, de identidade (Morel et al., 1998)

No livro *Droga de Vida, Vidas de Droga*, Patrício (1996), menciona que nos toxicodependentes a relação com o corpo está frequentemente alterada, e este deixa de ser respeitado.

*"(...) cheguei a vender o meu corpo."*P:13, E:2

Na maioria dos nossos entrevistados existe um desleixo generalizado para com o corpo que abarca não só a própria imagem, mas também a sua própria manutenção, quer a nível da alimentação quer a nível da higiene. Todos descreveram que o agravamento da dependência deixou pouco espaço para outras coisas nas suas vidas, mesmo as necessárias para a sobrevivência do ser humano, como alimentar-se.

*"Não tinha cuidados de alimentação e higiene...perdi a auto-estima, não gostava de me ver ao espelho."*P:7, E:1

*"Acho que me tornei um farrapo, olhando-me no espelho acho que estou um bocadinho estragada (...)"*P:22, E:3

*"(...) começo-me a desleixar, começo a perder a auto-estima."*P:76, E:6

*"Havia desleixo a nível pessoal, de já nem me interessar em tomar banho nem comer (...)"*P:125 ; *"(...) há um desprezo a todos os níveis por nós próprios."*P:125, E:8

"(...) a vergonha já era tanta para eu ir para casa e depois o estado crítico em que eu andava, de degradação, o facto de andar naquela vida da noite, dormir de dia, não ter higiene pessoal e o facto de não tomar banho (...)"P:136, E:9

"A nível de higiene, não tinha higiene nenhuma (...) tinha dias que não comia, ou comia um bolo (...) ou um iogurte (...)"P:145, E:10

Ao longo do tempo, e com a introdução de uma substância, a relação com o corpo é caracterizada por sentimentos de ambivalência, uma vez que é, em simultâneo, o veículo do prazer e da dor (ressaca) que a substância causa, bem como um objecto que pode ser usado para obter dinheiro.

"(...) cheguei a vender o meu corpo."P:13, E:2

"(...) eu roubava de dia, ela de noite prostituía-se."P:136, E:9

Segundo Patrício (1996), o viver de um casal toxicodependente é sobretudo um percurso de um par com um forte interesse comum, que é a experiência dos consumos. Esta experiência e a vivência da dependência implica cumplicidade, inveja, ciúme, e, por vezes, raiva. A relação é caracterizada por uma estabilidade muito frágil, até porque se, de início os sentimentos amorosos são muito intensos e até avassaladores, com o passar do tempo, os seus sentimentos perdem vivacidade, dando lugar a cumplicidades e ambivalências relativamente aos afectos. A relação passa a ser funcional e mantém-se porque ambos consomem. Ainda segundo Patrício (1996), há uma espécie de anestesia afectiva e desenvolve-se uma relação em que o alimento e o reforço são a droga e a cumplicidade.

Através das entrevistas, pudemos verificar que cinco dos entrevistados viveram relações afectivas com pessoas consumidoras de substâncias.

"(...) o consumo de haxixe foi um veículo para eu a conhecer (...)"P:11, E:2

"(...) a minha prima consumia e eu também, e a minha chavala andava ali naquele meio...acabou por experimentar (...)"P:135, E:9

Quisemos também perceber os relacionamentos dos dez entrevistados e verificamos que as duas mulheres são solteiras mas mantinham um relacionamento na altura das entrevistas com pessoas consumidoras de substâncias, mas encontrando-se no momento em tratamento numa comunidade terapêutica. Relativamente aos homens, cinco são solteiros, estando um a viver em união de facto e um separado recentemente que vivia também maritalmente há quatro anos. Três são divorciados, estando um a viver em união de facto.

Patrício (1996), refere que a deterioração da imagem de si própria pode reforçar a posição de abandono. As mulheres, quando entram na droga, afundam-se mais, ficando muito desprotegidas. Acabam por estabelecer relações de dependência, que decorrem do medo de ficarem sós. Estas relações caracterizam-se por uma obsessão em encontrar alguém para amar, pela necessidade de dar apoio e protecção ao outro significativo, e por desequilíbrios de poder na relação, sendo a paixão confundida com o medo.

Constatámos numa das entrevistadas, uma necessidade constante de se sentir amada, colocando-a numa posição de dependência nas relações. O medo de abandono era de tal forma intenso e causador de sofrimento que a relação estabelecida era considerada como doentia e obsessiva. A grande entrega ao seu objecto de amor colocou-a em situação de fragilidade

emocional e, muitas vezes, em situações de maus-tratos psicológicos e mesmo físicos, que contribuiu para uma maior degradação da sua auto-imagem.

"Eu para mim via às vezes defeitos do (x) mas não aceitava que ninguém me dissesse mal dele (...)P:18 ; "(...) eu acho que me tornei um bocadinho obcecada pelo (x) (...)"P:21, E:3

Na outra entrevistada, constatámos um envolvimento afectivo praticamente inexistente e uma posição de poder na relação.

"(...) ele vivia comigo, entre aspas, ele nem lá vivia, porque ia comer a casa dos pais. Quando eu não estava em casa o dia todo ele também não ficava. Ia lá dormir comigo, à noite, tinha a chave e ia lá. Quando ele ficava lá em casa, durante o dia, fosse comprar comer, fosse fazer o que quisesse..."P:59, E:5

Relativamente aos homens, em alguns, sentiu-se que não viveram a sua juventude como deveriam ter vivido, pois começaram a ter relacionamentos emocionais cedo e casaram muito novos. A decisão de casar, em algumas situações, foi tomada tendo como base uma gravidez não planeada.

"(...) a dada altura sofreu um acidente, ela ficou grávida (...) e tive de casar. Casei sempre com aquele intuito de não ir a fazer muito bem (...)"P:34, E:4

Encontramos, pois, pessoas com um passado vivencial instável ao nível das relações afectivas, marcado por casamentos / namoros instáveis. Ao nível da durabilidade da relação conjugal os nossos entrevistados tiveram um passado "marital" curto, não se encontrando diferenças significativas com base no género.

CONTEXTOS DE CONSUMO

Uma multiplicidade de factores pode ter contribuído para que o consumo de drogas tenha surgido na vida destes indivíduos.

Coelho (1998), refere que o problema da toxicod dependência deve ser, sempre, encarado na sua verdadeira dimensão, passando pelo indivíduo que consome a droga, o contexto em que esse indivíduo se insere e a droga propriamente dita. Apenas encarando esta problemática numa tripla perspectiva (indivíduo, substância e contexto), poderemos compreender, melhor, o porquê ou as causas que levam o toxicod dependente a consumir.

Segundo o manual de "*Informação Geral para Prevenção das Toxicod dependências*" (1999), os principais factores de risco, que podem aumentar a probabilidade da pessoa consumir, estão relacionados com a própria pessoa (características individuais) e relacionadas com o contexto (o meio que rodeia o indivíduo, em que se insere o núcleo familiar, o meio escolar, o grupo de pares).

Para Patrício (1996), as motivações para o consumo podem ser as mais diversas, sejam elas individuais ou grupais: Moda, curiosidade, experimentação, afirmação, ociosidade, prazer, frustração, solidão, depressão, agressividade ou raiva, integração grupal, pressão grupal, contestação, fome, sobrevivência, etc. Naturalmente, que as motivações nem sempre são conscientes. Também, a forma como o jovem se sente na vida face aos seus desejos e inquietações, face à auto-estima, face aos colegas, face à sua família, pode ser o regulador da disponibilidade para o jovem se iniciar nos consumos.

Alguns traços de personalidade poderão, pois, favorecer ou contrariar a adopção de comportamentos de abuso de

substâncias. Entre os atributos mais frequentemente detectados, como envolvendo maior risco de favorecimento de consumos, encontram-se: a baixa auto-estima, a depressividade latente e a impulsividade, o baixo controlo das emoções e a baixa tolerância a sentimentos negativos.

Todas as histórias de vida foram recheadas de uma série de eventos significativos e vivências, que poderão explicar o que levou à experimentação e, daí, a um consumo problemático de drogas. Assim, a partir da percepção dos próprios, acerca das suas motivações para o início dos consumos ou dependência, bem como, a partir da análise das suas histórias de vida, identificámos alguns dos possíveis factores que contribuíram para esta vivência psicotrópica, como sejam, os de carácter intimamente pessoal, de relacionamentos familiar e afectivo e acontecimentos marcantes da vida.

No que diz respeito à relação familiar, encontrámos factores como a existência de relacionamentos conflituosos, registando-se mesmo, em alguns casos, violência verbal e física entre o casal progenitor.

"(...) muitos atritos, muitas discussões, brigas em casa, muita louça partida, agressões do meu pai à minha mãe, confusões devido ao álcool (...)"P:41, E:10

A ocorrência do divórcio dos pais abalou, também, as estruturas familiares.

"Os meus pais estão divorciados, divorciaram-se quando eu tinha cinco anos."P:112, E:8

Outro aspecto marcante, na relação familiar, foi o da ausência do pai, quer tenha sido física, por motivo de divórcio ou óbito, ou psicológica, quando, em casos de vivência conjunta, a comunicação e os afectos não acontecem.

*"O meu pai faleceu de uma paragem cardíaca, lembro-me de acordar com a minha mãe aos gritos e a dizer "o vosso pai está morto" e ficou-me essa imagem."*P:2, E:1

*"(...) o meu pai pura e simplesmente ignorava-me."*P:9, E:2

*"(...) com o meu pai tinha dificuldade em entender-me, nós falávamos pouco, ele era muito fechado (...)"*P:92, E:7

*"(...) muito artificial. (...) não temos assim uma grande relação."*P:128, E:9

Outro factor que surgiu foi o ciúme entre as fratrias.

*"(...) tinha ciúmes das minhas irmãs mais velhas, por exemplo, a minha mãe comprava-lhes a roupa e eu ficava com a roupa delas, como era "escadinha"... e, isso, também, sempre mexeu comigo (...)"*P:16, E:3

*"(...) não sei, podia ter ciúmes ou inveja, se calhar, da minha irmã mais nova, terem dado coisas a ela que a mim não deram ou terem facilitado nalgumas coisas o meu irmão mais velho (...)"*P:25, E:4

No que diz respeito à relação pais-filhos, um dos factores apontados foi a falta de envolvimento dos pais na vida dos filhos. Esta falta de envolvimento caracterizou-se por sentimentos de falta de protecção, de falta de atenção e de falta de controlo, pela desresponsabilização dos pais na educação dos filhos.

*"Fui sempre sozinho para a escola (...)"*P:9, E:2

*"Nunca tive a atenção dos meus pais em casa para isso ou para me chamarem a atenção (...)"*P:141, E:10

Existiu, ainda nalguns casos, uma super protecção parental ou do tutor, em certas fases da infância / adolescência e também a existência de limites difusos, variando entre a liberdade e a rigidez excessiva, havendo dificuldades na definição de regras e limites.

*"Olha, vou ali um estantinho ao café comprar tabaco", "Já vais outra vez para a noite."*P:55, E:5

*"Começaram-me a impingir certas regras, eu optei por sair de casa."*P:67, E:6

*"(...) sempre me deu tudo, tudo o que eu queria, se calhar, o erro também foi esse não é? Tudo o que eu queria, eu tinha."*P:92, E:7

Outro factor que, igualmente, se destaca é o consumo de substâncias, incluindo o álcool, por parte de familiares, verificando-se em sete famílias e, nalgumas delas, em mais do que um elemento.

*"(...) estava ela (prima) e a minha irmã mais velha a fumar."*P:16, E:3

*"Era mesmo naquela onda de estarmos ali a beber (ele e o irmão), a comer, a fumar (...)"*P:32, E:4

*"(...) o meu pai ir visitar-me à escola e vir alcoolizado (...)"*P:113, E:8

*"(...) aquela casa é ao contrário da recuperação, a minha tia bebe, o meu tio bebe (...)"*P:138, E:9

*"(...) agressões do meu pai á minha mãe devido ao álcool (...)"*P:141, E:10

Ferros (2003), a este propósito, afirma que alguns jovens, oriundos de famílias onde pais e irmãos eram, já, consumidores, são testemunhas passivas, desde a infância, do abuso de drogas, descrevendo, hoje, um consumo que lhes parece normal, porque modelado e, intimamente, associado a um sentimento de pertença.

Dentro dos eventos familiares significativos, destacamos factores como a morte de um familiar de grande valor afectivo, ter crescido afastado de um dos ascendentes e mudanças de residência.

*"Foi para evitar o meu sofrimento da minha avó"*P:62, E:5

Para Ferros (2003), a mobilidade residencial torna-se prejudicial, pois, fere, gravemente, os laços sociais e comunitários previamente estabelecidos, contribuindo para o isolamento e marginalização social, com risco de aproximação a pares, também, marginais.

A situação de pobreza económica, que envolveu, por vezes, a não satisfação das necessidades básicas, foram factores, também, descritos nas histórias de vida.

*"(...) onde eu vivia era um buraco, uma barraca muito carenciada, sem luz, água, saneamento básico."*P:101, E:2

Houve, ainda, algumas situações relacionadas com a conjugalidade dos entrevistados.

Relacionamentos amorosos que estimularam os consumos.

*"(...) e depois é complicado quando há dois adictos a usar, em que há um que está a usar, isso influencia de uma forma muito intensa o outro e é muito complicado."*P:121, E:8

A vivência de relações amorosas com uma grande componente de dependência afectivo-emocional.

*"(...) eu acho que me tornei um bocadinho obcecada pelo companheiro e aquela coisa da rejeição, gostar dele e sentir-me abandonada por ele, por outra pessoa."*P:21, E:3

Ou o fracasso de relações sentimentais.

*"(...) descobri que a minha mulher me tinha sido infiel com um rapaz que era meu conhecido (...)"*P:34, E:4

*"Mas a parte pior foi precisamente esta da minha vida porque... entretanto... acabou a relação (...)"*P:101, E:7

*"(...) houve perdas importantíssimas de relações afectivas que foram difíceis de aceitar."*P:149, E:10

Relativamente aos factores pessoais, sobretudo, ligados à personalidade, à forma de ser e estar dos entrevistados, a curiosidade e a vontade de experimentar novas sensações estiveram muito, presentes nas narrativas dos entrevistados, assim como a atracção por situações de risco e o testar os limites.

*"(...) uma pessoa ligada ao risco, à adrenalina, aos limites, ao perigo, associado à loucura e tudo o que fosse fora do normal."*P:143, E:10

*"Curiosidade... experimentar uma coisa nova (...)"*P:71, E:6

Outros entrevistados declararam terem tido a sensação de estarem fadados a passar pelo consumo de drogas, uma espécie de premonição.

"(...) já estava dentro de mim, a minha personalidade (...)"P:115, E:8

Também, a vontade de querer começar a trabalhar, como forma de se autonomizar, financeiramente, da família é um aspecto muito focado nas entrevistas.

"No período da escola houve uma altura que decidi que precisava de mais dinheiro para mim, achava que podia ser mais independente (...)"P:2, E:1

"(...) pretendia trabalhar para ter o meu dinheiro."P:67, E:6

A percepção da sua personalidade negativista, a falta de amor-próprio, a não valorização de si, a insegurança ou a carência de auto-estima.

"Hoje, penso, em comparação com os meus irmãos eu era um bocadinho anormal em relação à minha maneira de ser, rebelde (...)"P:16, E:3

"(...) sou uma pessoa muito egocêntrica, orgulhosa, de eu querer mandar e querer impor a minha vontade, ao fim ao cabo, de ser eu o rei (...). Havia uma grande necessidade de controlar."P:114, E:8

Há, também, os que se sentiram desamparados, entregues a si próprios.

"Em miúdo, a minha história não tem nada de bom, e então, tive de crescer muito depressa."P:9, E:2

"Depois, também, o facto de não ter uma boa relação com o meu tio, nunca me sentir à vontade naquele espaço, sentir-me sempre a mais, por certa forma, não ter os meus pais por perto."P:112, E:8

Provavelmente, o facto de sentirem dificuldades em estabelecer amizades, em relacionar-se e ligar-se a outras pessoas, em particular os pares, fê-los procurar na droga uma forma de dividir cumplicidades com alguém ou de se integrarem num grupo.

*"(...) numa de estar com os amigos, aqueles mais fixes, a evidenciar-me. (...) o pessoal que nós rotulávamos como o mais fixe lá da terra."*P:4, E:1

*"Para me poder ambientar e socializar com as pessoas, que eu via na escola, que tinham mais influência, de alguma forma, e que toda a gente conhecia e que toda a gente falava e que toda a gente respeitava. Eu, para me inserir, digamos assim, dentro desse grupo, comecei a fumar uns cigarritos, a beber, umas imperiais... até que fumei o primeiro charro (...)"*P:93, E:7

Do percurso escolar, evidencia-se o insucesso, decorrente de sucessivas reprovações, motivado pela conjugação de factores diversos, especialmente, o desinteresse pela escola e a relação insatisfatória com os professores.

*"(...) tinha uma relação melhor com um professor, com a outra, tinha algumas dificuldades de lidar com a sua personalidade e ela com a minha."*P:113, E:8

A constatação de consumo de drogas, no interior da escola.

*"Na escola também já havia miúdos na minha turma que já tinham fumado também. Ou íamos para trás de um ginásio, ou faltávamos à escola (...)"*P:16, E:3

*"(...) e rapidamente comecei a fumar todos os dias e a todas as horas do intervalo (...)"*P:94 ; *"(...) íamos de manhã, antes de*

entrarmos, fumávamos todos (...)"P:95 ; "(...) era mesmo na escola que se arranjava (...)"P:96, E:7

E a mudança de escola, ocasionada pela mobilidade residencial das famílias, que dificultou a adesão, de alguns indivíduos, aos projectos didácticos e o seu envolvimento na comunidade escolar.

"Portanto, viemos para Portugal, na qual tive alguma dificuldade na escola, a integrar-me (...)"P:25, E:4

"(...) inadequado quando cá cheguei (...) no Alentejo tinha para aí cinquenta alunos, cheguei aqui, apanhei para aí cinco mil ou seis mil."P:93, E:7

"Mudei de casa com os meus pais para um sítio onde fiquei afastado dos meus amigos de infância e dos meus avós."P:142, E:10

Alguns visualizavam a escola como um local que os fazia sentir fechados, com a sensação de falta de liberdade.

"(...) nos primeiros tempos senti-me um bocado esquisito, estranho naquele espaço, de estar fechado."P:113, E:8

Já, anteriormente, evidenciámos a importância do grupo de pares para o processo de crescimento do jovem e a sua estreita relação com a definição de comportamentos. Apesar deste processo de integração social produzir situações de delinquência e situações-limite de risco pouco calculado, identificam-se, no percurso escolar dos entrevistados, experiências conotadas positivamente, que abonam em favor da socialização através de grupos de amigos e interesses comuns.

A preferência por amigos mais velhos e/ou procura de pares mais velhos foi muito comum nestes indivíduos.

"(...) estas pessoas já tinham outras histórias de vida, outra bagagem e eu tentava acompanhar com elas."P:2, E:1

"Exacto, todos eles muito mais velhos, eu estava no 7º ano e eles andavam no 11º e 12º (...)"P:94, E:7

Para estarem com o grupo de pares, saíam, tanto de noite como de dia, sem que houvesse grande controlo, por parte dos pais.

"Ou seja, chegava a casa, tomava o meu duche, jantava à pressa, saía e ia ter com os amigos para a noitada."P:68, E:6

"Sim, a minha mãe dava autorização para sair com os amigos, ir beber café, ir para casa de um e de outro (...). Quando chegava a casa eram quatro, cinco da manhã (...)"P:94, E:7

Já abordados no capítulo *Conflitos, Infância e Adolescência*, os principais eventos, significativos, identificados, ligam-se a rejeições, abandonos, lutos por morte ou mudança de residência, dificuldades em sentir um espaço securizante no seio da família ou de integração no grupo de pares, para além do convívio com modelos de identificação, de certo modo, conturbados.

Questão, igualmente, a ter em conta como contexto do consumo de drogas é o ambiente de trabalho e as circunstâncias do desempenho profissional, nomeadamente: a inadequação ao posto de trabalho, má gestão do trabalho, stress, consumo de substâncias por parte de outros no local de trabalho, ou, em última análise, a própria falta de trabalho. O local de trabalho falha, muitas vezes, no seu papel de instância de inserção social.

Em suma, todos os entrevistados desenvolveram um consumo problemático de drogas. Nalguns, o ter experimentado as drogas e ter gostado do efeito, ter tido prazer, fez com que tivessem continuado a consumir e a evoluir no consumo, associando o prazer a diferentes tipos de drogas.

*"(...) infelizmente gostei e foi a partir daí que consumi sem parar até aos dezoito anos."*P:4, E:1

Alguns, referiram que continuaram a consumir, porque a droga lhes permitiu fugir aos problemas e, desligarem-se do mundo. A fuga da realidade como forma de adiar a resolução dos problemas e de evitar sentir a "dor interior".

*"Lembro-me na altura, de ter dito a mim mesmo que era isto que eu andava à procura, deste equilíbrio ilusório, que me permitia não sentir tanto as amplitudes do meu interior."*P:116, E:8

A falta de informação foi, igualmente, referida, como tendo tido influência na evolução dos consumos.

*"(...) não havia tanta informação como há agora, era mais discreta na altura (...)"*P:4, E:1

*"A informação que havia da droga era muito pouca, aliás eu comecei a fumar primeiro droga (ganzas) que tabaco (...)"*P:11, E:2

Como podemos verificar, surgiram uma série de factores/contextos, que contribuíram para a iniciação e para a evolução do consumo de drogas, para a dependência. As substâncias ocultaram ou camuflaram os problemas vividos e sentidos pelos entrevistados.

A partir das narrativas dos entrevistados, pretendeu-se analisar a inter-relação dos indivíduos com as drogas,

explorando o contexto de início dos consumos, a escalada do consumo, os anos de consumo, o tipo de substâncias consumidas por eles. E, constatou-se, que a trajectória do consumo de drogas foi variada, embora fosse comum os consumos se iniciarem pela *cannabis* e evoluírem para o consumo de heroína e cocaína. As substâncias que referiram mais terem consumido foram: álcool, *cannabis*, opiáceos, cocaína, anfetaminas, LSD.

No que diz respeito ao consumo de álcool, podemos verificar que alguns abusaram do seu consumo, outros mantiveram um consumo considerado, por eles, moderado ou até social.

"(...) era vinho branco às refeições e depois já durante o dia, eu chegava a dar dez euros por garrafa (...)"P:20, E:3

"(...) os meus consumos começaram a aumentar mais, começava a beber de manhã e parava à noite."P:120, E:8

O problema de abuso de álcool surgiu, em algumas vezes, numa perspectiva de substituição de outras drogas, o que interessava era continuar a ter a sensação de "cabeça cheia".

"Quando íamos para um jantar com os amigos, eu como não podia usar as ganzas (...) havia três garrafas de vinho eu bebia duas (...) porque tinha de compensar de alguma forma a ganza que não ia fumar. (...) já que não podia fumar ia beber. Tinha de chegar era àquele ponto de adrenalina que sempre estive habituado, àquele estágio de prazer imediato e era aquilo que eu procurava."P:104, E:7

A *cannabis* e seus derivados (erva, haxixe) foram a primeira substância psicoactiva consumida por todos. A idade de início situou-se entre os onze e os catorze anos. Alguns deixaram o seu consumo a partir do momento em que experimentaram e evoluíram para o consumo de outras drogas (heroína, cocaína),

outros consumiram-na durante todo o seu percurso como consumidor.

"Quando me agarrei à cocaína, comecei a deixar de parte o chamom (...)"P:60, E:5

"(...) lá fora não conseguia parar de fumar haxixe (...)"P:14, E:2

"Desde os onze anos até agora que sempre fumei... e só larguei no dia em que entrei aqui nesta Associação."P:21, E:3

"(...) as ganzas sempre fizeram parte do meu percurso com as drogas (...)"P:96, E:7

O consumo de *cannabis* teve início, na maior parte dos casos, com outra pessoa ou num grupo de pessoas que já consumia a droga e com quem os entrevistados iniciaram uma amizade. O início deu-se, na maioria dos casos, em fases de período escolar, havendo referência a consumos de haxixe na escola e a situações de faltar às aulas para irem consumir haxixe.

"Ou íamos para trás de um ginásio ou faltávamos à escola (...)"P:16, E:3

"(...) faltávamos à escola (...) o rendimento começou um bocado a ir abaixo".P:28, E:4

Os motivos mais verbalizados para o consumo desta substância relacionam-se com: os sentimentos de pertença ou integração num grupo de amigos, a curiosidade.

Os efeitos variavam de acordo com cada pessoa e com o contexto em que as mesmas fumavam. Para alguns, provocava boa disposição e relaxamento, para outros, o consumo afectava a

sua forma de estar, principalmente por provocar sentimentos paranóicos e de insegurança.

*"(...) acho que me sentia mais desinibida para conversar, para trabalhar (...) dava-me força... segurança... era muito alegre e isso também ajudava-me a sentir bem, a conversar e comecei a sair à noite."*P:17, E:3

*"(...) dava-me sensação de paranóia, mau estar."*P:71, E:6

As famílias só tomaram conhecimento de que conviviam com um consumidor de haxixe, em fases já muito adiantadas dos consumos. Nalgumas situações, quando os familiares descobriram os consumos de haxixe, já os entrevistados estavam a consumir outras drogas, tais como a heroína e/ou cocaína.

No que diz respeito aos opiáceos, debruçamo-nos essencialmente sobre os consumos de heroína, já que, quase, todos foram heroínod dependentes. No entanto, houve um entrevistado que consumiu de uma forma ocasional outro tipo de opiáceo: ópio.

A idade média de início de consumo da heroína situou-se por volta dos dezasseis anos, variando o tempo de consumo entre os dois e os trinta anos.

A heroína foi, sem dúvida, a droga que mais influenciou e afectou a vida destes indivíduos, a nível pessoal, familiar, laboral e sanitário, seguindo-se a cocaína. A maior parte teve a primeira experiência de heroína de forma fumada, embora alguns casos tenham começado logo pela via da injeção.

*"A primeira vez que consumi foi logo injectada."*P:71, E:6

Alguns, estavam envolvidos no mundo do tráfico de haxixe e tiveram acesso à heroína e cocaína.

*"(...) esperei um bocado e apercebi-me que havia outro material além do haxixe que eu ia buscar."*P:26, E:4

*"(...) queria comprar umas ganzas e não havia (...)"*P:96, E:7

Mais uma vez, os efeitos variavam de pessoa para pessoa e conforme a forma de consumo (fumada, *snifada*, injectada) e o contexto em que estavam inseridos. Para alguns, estas primeiras experiências não foram de uma forma geral boas, provocando mal-estar físico, indisposição, vômitos.

*"(...) senti-me muito mal, comecei com vômitos e uns sintomas assim fora do normal (...)"*P:27, E:4

*"(...) vomitei-me todo, aquilo sabia mal (...)"*P:96, E:7

Para outros, a primeira experiência até foi boa, gostando do efeito da substância logo no início.

*"(...) infelizmente gostei e foi a partir daí que consumi sem parar até aos dezoito anos."*P:4, E:1

Quer, os primeiros consumos de heroína, tenham sido boa ou má experiência, o que é certo é que os consumos continuaram, apontando-se a curiosidade e o sentimento de pertença a algo de diferente como razões para o consumo. De igual importância surge, também, o facto de, aquando da aquisição da droga, e na falta da habitual (haxixe), lhes ter sido apresentada como alternativa.

"(...) ao ser uma novidade, ao ser uma coisa escondida, não era uma droga facilmente encontrada, era se calhar, um luxo que existia,

um luxo digamos, era uma coisa escondida e então só mesmo quem estava dentro do assunto é que poderia lá chegar."P:28, E:4

O continuar a consumir e o evoluir para a dependência aconteceu com todos os entrevistados, embora de formas diferentes e em contextos diferentes. No entanto, a dependência psicológica e física foi-se instalando, retirando-lhes a vontade de viver a vida de forma saudável, para a maioria, durante muitos anos.

A percepção de que estavam dependentes física e psicologicamente, com sintomas de ressaca, de dor física, não conseguindo funcionar laboral e socialmente, centrando-se a vida na substância, ocorreu com todos os entrevistados.

A cocaína foi consumida por, quase, todos os entrevistados. Esta substância tem um intenso efeito estimulante. A sua acção é rápida, de curta duração e "quer-se sempre mais", razão pela qual, no "meio" da droga, se chama gulosa à cocaína. (Patrício, 1996)

A idade de início de consumo da cocaína foi mais ou menos semelhante à da heroína, por volta dos dezasseis, dezassete anos. Grande parte dos entrevistados teve a primeira experiência de cocaína de forma injectada. Em relação ao contexto e às motivações do início do seu consumo, estes relacionaram-se com o facto de já estarem a consumir heroína, apesar de, nalguns casos, a idade de consumo de ambas as substâncias coincidir, terem contacto com pessoas que também consumiam e curiosidade.

*"Normalmente, quando se começa a fumar a heroína há também logo a conversa sobre a cocaína."*P:72, E:6

A maior parte consumia heroína e cocaína em simultâneo e/ou alternadamente, devido aos efeitos, referindo que a cocaína "acelerava" e a heroína acalmava.

Substâncias como as anfetaminas, benzodiazepinas e alucinogénios foram referidas como de consumo esporádico.

Em suma, o policonsumo, de duas ou mais drogas em simultâneo, é uma situação comum a todos os entrevistados.

O tempo de consumo de drogas variou entre os dois e os trinta anos, à data das entrevistas. Se relembrarmos que as idades dos entrevistados variavam entre os vinte e os quarenta e dois anos, concluimos que o percurso de consumo de drogas ocupou, pelo menos, metade da vida da generalidade das pessoas objecto do estudo.

É já sabido que aos consumos estão, por vezes, associados comportamentos de risco, que facilitam a possibilidade de contrair doenças infecciosas (como VIH, Hepatites, Tuberculoses...), e comportamentos delinquentes, que facilitam a aquisição da droga (como roubos, tráfico...).

Os comportamentos de risco referidos pelos entrevistados foram a partilha de material de injeção "*(...) uma das hepatites que apanhei, recordo-me de um sítio onde também comecei a comprar heroína, havia lá um sujeito... eu deixava lá, às vezes, a minha seringa, não trazia para casa (...) e acho que foi através de uma seringa infectada que apanhei a hepatite.*"P:31, E:4; a prática da prostituição "*Cheguei também a vender o meu corpo.*"P:13, E:2; e, implicitamente, relações sexuais desprotegidas com companheiras ligadas aos consumos e ao mundo da prostituição.

Os comportamentos delinquentes que os entrevistados referiram estavam directamente relacionados com a aquisição de drogas, também retratados na literatura (Patrício, 1996; Morel et al, 1998). Os entrevistados falaram de roubos e de

tráfico de droga e, se de alguns conseguiram escapar-se imunes, de outros, pendem-lhes, ainda, processos judiciais. O vórtice da dependência deturpava-lhes a capacidade de avaliação dos riscos, negligenciando os perigos e, tornando-os, supostamente, mais audazes, mas, inconscientemente, menos responsáveis.

"(...) fiz umas situações em que vou ter que responder judicialmente por elas, multas, dívidas, assaltos a cafés (...)"P:5, E:1

"Ia de vez em quando em rusgas, passava lá a noite (...)"P:36, E:4

"(...) comecei na onda dos carros, roubavam carros e eu ia buscá-los, desmontavam-se e vendia-se as peças."P:58, E:5

"(...) roubava... entrava nas habitações, apanhava carros abertos, supermercados, estabelecimentos comerciais (...)"P:77, E:6

"(...) comecei a roubar-lhe dinheiro, ela dava-me um X e eu roubava-lhe à noite (...) cheguei a roubar-lhe ouro e coisas lá de casa (...)"P:100, E:7

TRATAMENTO - RECAÍDA

O CICLO VICIOSO

Debrucemo-nos, agora, sobre as questões do tratamento do toxicodependente e as indesejadas recaídas.

Todos os entrevistados evoluíram para um consumo problemático de drogas, principalmente, o do consumo de heroína e de cocaína. Foram estes consumos que os levaram a procurar ajuda ou a fazer tentativas, de diferentes formas e por diferentes razões, para deixar de consumir droga(s).

O processo de tratamento da pessoa toxicodependente é complexo, porque as pessoas têm histórias de vida e de consumos diferentes. Muitas vezes, o processo evolutivo de tratamento é marcado pela instabilidade e ambivalência, por recaídas, por interrupções mais ou menos longas e abandonos do tratamento.

Várias são as motivações que podem levar um consumidor de drogas a procurar ajuda e/ou a fazer um tratamento por causa do seu problema. Mas, é fundamental, o desejo do próprio e a noção que este tem da importância, em termos pessoais, de fazer um tratamento, de agir no sentido da mudança (Sommer, 2004).

Para Sommer (2004), a "motivação aparenta ser de natureza social e enquadrar-se na interacção e não na personalidade. A interacção que leva a uma mudança de comportamento deve ser entendida e explicada de forma hermenêutica." No seu estudo sobre as *Carreiras de Saída da Toxicodependência*, este autor identificou uma série de motivações associadas à saída:

- Motivação originada pelo sofrimento devido a acontecimentos traumáticos, atingir o seu "fundo do poço", por exemplo, acidentes mortais.

- Motivação e o acesso dificultado ao consumo, associado à interacção com o meio social e familiar, que tentam impedir o acesso à substância, por exemplo: o facto da família deixar de "financiar" o consumo;
- Motivação e a interacção com o si-mesmo, associada à perda do prazer de viver e à necessidade de se reencontrar consigo próprio;
- Motivação associada à experiência do *turning point*, relacionado com a «experiência de degradação pessoal» ligado à perda de ligações familiares, laborais, à prática de comportamentos de risco relacionados com o consumo em particular, e endovenoso.

Boyle e colaboradores (2000), fazem referência a um estudo de Chitwood e colaboradores (1985) que concluiu que os consumidores de drogas podem «ter mais a perder» se continuarem a consumir e que a perda de emprego pode ser uma consequência severa do uso continuado de drogas que poderá «empurrar» o consumidor a procurar ajuda. Outro factor apontado por este autor são os problemas judiciais: os consumidores têm maior probabilidade de procurar tratamento depois de terem sido detidos.

Há também ligações a eventos significativos na vida, ocorridos durante o envolvimento com as drogas.

Segundo Sommer (2004), um factor a ter em conta na motivação *versus* resistência ao tratamento é a questão da ambivalência. «Esta, não só diz respeito à ambivalência entre identidade do actor que sai da dependência e a identidade do *junkie*, mas toca o plano dos papéis representados por parte dos actores dependentes».

A análise que apresentamos das motivações dos nossos entrevistados e da sua procura de ajuda institucional para tentar deixar de consumir drogas é a seguinte:

A primeira tentativa, na maioria das vezes, ocorreu por influência da família e /ou amigos

"(...) foi um bocado para enganar a família, para fazer-lhes a vontade (...)"P:6, E:1

"(...) não para fazer um favor a mim, mas à família. Não funcionou."P:76, E:6

No entanto, e em tratamentos seguintes, outras razões foram apontadas: consciência da degradação a que chegou; fuga a alguma situação de risco; influência de amigos / companheiras, se bem que a consciência da sua dependência e/ou impotência para deixar de consumir foi dos motivos mais apontados.

"(...) lá fora não conseguia parar de fumar haxixe e vim para aqui para inventariar mais a minha vida (...) vim por iniciativa própria (...) e se calhar porque não estava sozinho (veio com a companheira)".P:14, E:2

"(...) tive de assentar os pés, pensar e tive de voltar novamente para aqui."P:41, E:4

"(...) queria principalmente sair de Évora o mais rápido possível."P:85, E:6

"Eu disse: afinal não consigo e preciso de ir para tratamento."P:105, E:7

A maioria dos entrevistados referiu que, principalmente, na primeira tentativa, não estavam motivados para deixar,

pelo menos de vez, o consumo de drogas, em particular a sua droga de eleição. Isto verificou-se especialmente nos entrevistados que sofreram pressão da família. Os que procuraram ajuda por sua iniciativa, automotivaram-se pela tomada de consciência de que o consumo de drogas lhes estava a trazer consequências negativas para a sua vida.

Como nos diz uma das especialistas⁴⁴ na entrevista que lhe fizemos, «Ninguém se trata antes de sentir que está a ter mais perdas que ganhos na vida de toxicodependente. Ninguém se trata. Tem de ser um momento que esteja a ter mais perdas que ganhos. E perdas, é perda de liberdade, por exemplo, quando é preso, perdas a nível de saúde, a ruptura com a família... ninguém se trata se não estiver num momento em que está a ter muito mais perdas do que ganhos. Nessa altura, pede ajuda ou aceita a ajuda que há muito tempo toda a gente anda a pressionar que ele aceite».

Ao longo das diversas tentativas de tratamento, a motivação para a procura de tratamento foi variando quer entre tentativas quer entre os entrevistados. Esta variação estava relacionada com a evolução do percurso de consumos e de tentativas, surgindo assim uma grande diversidade de factores motivadores para a procura de ajuda passando por: pressão familiar; problemas laborais; problemas judiciais; a deterioração dos relacionamentos familiares; o reconhecimento de que sozinhos não conseguiam deixar os consumos; o querer mesmo deixar de consumir; o reconhecimento de que o tratamento anterior não resultou; aumento de consumos; a motivação conjunta com o companheiro; inventariar a sua vida.

Quanto aos factores que levaram ao abandono dos tratamentos, sem que estes tivessem terminado, temos: o facto de ainda não quererem e/ou acharem que queriam deixar definitivamente de consumir; descrença na filosofia de

⁴⁴ Dra. Paula Vicente, Entrevista a técnicos número I.

tratamento da instituição "Aquilo era cristão, não me fazia sentido ter que levar com a Bíblia. Era do tipo religioso, lembro-me de um tipo que era o pastor e de eu pensar "o que é isto?! Onde é que eu estou?! Tive lá vinte e dois dias úteis e desapareci de lá."P:138, E:9; falta de uma verdadeira adesão ao tratamento; tempo reduzido de internamento "(...) tive que me render e fui para uma instituição de Modelo Minnesota, de doze passos. (...) Mas não foi o suficiente. Tive cerca de sete meses num tratamento intensivo."P:147, E:10; influência do companheiro(a) na desistência do tratamento "(...) na altura em que eu estava na casa de saída, conheci uma rapariga e foi essa miúda que me levou a sair do tratamento sem ter terminado."P:3, E:1

Podemos concluir, que o tratamento da toxicod dependência exige um apoio estruturado e diversificado, isto é, diferentes respostas para diferentes pessoas e para diferentes contextos.

«(...) O que falta a nível de políticas de toxicod dependência, ao nível do tratamento e prevenção da recaída da toxicod dependência, o pós-tratamento, o que falta, são, sobretudo, estruturas a nível do país, uma política que integre estruturas, que já existem em outros países há dezenas de anos e que complementem o trabalho feito numa comunidade terapêutica. O que existe internacionalmente como estrutura, só para fazer uma ideia comparativamente a Portugal, estrutura ao nível do pós-tratamento, da prevenção da recaída, é... nós temos cá em Portugal, seja em comunidades terapêuticas seja em ambulatório, temos o tratamento - estou a falar-lhe a nível estatal - e não temos mais nada. O que existe e está definido pelo Ministério da Saúde e que algumas IPSS em Portugal já estão a montar, um pouco à imagem do que se faz internacionalmente, é uma estrutura prévia ao tratamento que se chama "casas de entrada" num tratamento.

São casas em que depois de fazer a desintoxicação física ou estando quase a terminá-la - qualquer que seja o modelo de desintoxicação física - são casas onde se faz um diagnóstico das necessidades do indivíduo que permita a definição de um projecto terapêutico específico e adequado para aquele indivíduo, que pode significar a ida para uma Comunidade Terapêutica ou um tratamento em ambulatório com uma terapia específica mas que integre as várias áreas da vida do indivíduo, também as áreas sociais não é só em termos psicológicos. Isto a nível estatal não existe. Em Portugal, a nível privado já há, embora esteja muito ligado á Comunidade Terapêutica. Internacionalmente existem estas coisas e não são casas de entrada para uma Comunidade Terapêutica, são casas de entrada para um tratamento que pode ser em Comunidade Terapêutica, ambulatório, psiquiátrico (...). São casas que permitem o diagnóstico para ver as necessidades do indivíduo, que são várias e também de apoio social, um sítio onde se trabalha a motivação do indivíduo para o tratamento em que no final há uma decisão do mesmo em fazer o tratamento ou não, com a ajuda de outra técnica que durante o tempo em que ele lá esteve pôde ajudar a delinear, um projecto terapêutico mais indicado para aquele indivíduo. Portanto, falta isto e falta após a Comunidade Terapêutica. O indivíduo, depois de um tratamento intenso como este, em que há uma última fase - os programas têm várias fases, aqui vai até à 4ª fase, e essa 4ª fase é já voltada para a reinserção em que normalmente já estão a trabalhar ou num curso de formação profissional e só vêm à noite - depois de um tratamento tão intensivo, com tanto apoio, muitos destes indivíduos, a maioria mas sobretudo os mais frágeis, precisam de uma estrutura intermédia entre a saída da comunidade terapêutica para uma vida mais autónoma, à completa autonomia, em que já possam ter casa própria ou partilhar a

casa com amigos e essa estrutura intermédia que é uma casa de saída.

Ao nível do Estado não há, já tentámos, já ajudámos a formar associações, apoios até de particulares, mas o Estado não pode receber isso. Nós agora trabalhamos com a Fundação de Cascais, têm estas estruturas todas e quando podem facultam-nos, em situações mais frágeis, que eles saiam e vão para a casa de saída. A casa de saída é uma estrutura que está enquadrada nas estruturas de tratamento, depois de um tratamento intensivo em que já estão há um, dois anos sem droga, é uma estrutura essencial que se enquadrava no âmbito das estruturas de prevenção da recaída»(Vicente, 1994).

Além das motivações e resistência ao tratamento, levanta-se a questão da diversidade de tratamentos existentes. Neste estudo, não pretendemos fazer uma análise exaustiva sobre os tipos de tratamentos existentes, nem os quadros institucionais existentes em Portugal. Interessa-nos, antes, abordar a questão da razão de se fazer um tratamento, o número de tratamentos e a sua duração.

Segundo Patrício (1996), «o tratamento de uma pessoa toxicod dependente implica o desenvolvimento de um projecto terapêutico, isto é, de medidas articuladas umas com as outras, atitudes médico-psicológicas e sociais, centradas sobre a pessoa doente, mas não só. O projecto implica, também, promover modificações no ambiente do doente, isto é, na família, na relação com os amigos, na escola, no trabalho e no lazer. A toxicod dependência não é uma doença com soluções de tratamento imediatistas... A procura de soluções imediatas provoca, frequentemente, o consumo ou utilização de respostas parcelares que habitualmente não têm eficácia.»

Segundo Morel et al (1998), «a toxicod dependência pode tomar múltiplas formas e sentidos: é *polimorfa* e *polissémica*.

Qualquer estratégia de cuidados deve ter em conta esta pluridimensionalidade... E as modalidades estabelecer-se-ão sobre três eixos: o funcionamento biológico, o funcionamento psíquico e o ambiente.

De acordo com Sommer (2004), «(...)o tratamento e o processo de saída da toxicodependência exigem uma reorganização da identidade do indivíduo, alteração do seu estatuto na pertença do grupo.» Ainda segundo este autor, «faz parte do tratamento da imagem do agente dependente que pretende demonstrar que iniciou uma carreira de saída da toxicodependência, a demonstração convincente do seu novo começo de identidade social... através do retiro em estruturas indicadas - as comunidades terapêuticas - para estas situações problemáticas é posto fim a mais uma ameaça à imagem do si-mesmo e de terceiros (...).».

O mesmo autor faz ainda referência ao retiro de identidade não institucional, que consiste no recurso a técnicas de evitação para reabilitação da imagem danificada de si-mesmo. Isto é, demonstra uma conduta que procura mostrar a sua «nova identidade de forma social» para que lhe seja concedido «o estatuto de "ex-toxicodependente"» (Sommer, 2004).

Relembramos que seis dos entrevistados na altura das entrevistas, estavam em programa de tratamento numa comunidade terapêutica protocolada pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência; os restantes frequentavam as reuniões dos Narcóticos Anónimos.⁴⁵

Importa realçar a dificuldade em quantificar a totalidade de tentativas de paragem/tratamento, em virtude das falhas de memória, comuns aos toxicodependentes, já referenciadas.

⁴⁵ A caracterização destas instituições/estruturas encontra-se em anexo.

Em relação aos tipos de instituições mais frequentadas, em geral, a primeira tentativa começou no CAT (Centro de Atendimento a Toxicodependentes) ou por um médico particular (em centros hospitalares) e o projecto terapêutico consistiu na realização de uma desabituação física, quer em casa com apoio da família: (*"Tratamentos em centros hospitalares fiz bastantes, às vezes, era eu que pedia à minha mãe para falar com o médico. Ia, fazia a medicação, ficava abstinente mas... voltava ao mesmo."*P:6, E:1); quer numa clínica privada: *"Também estive em Coimbra numa clínica durante doze dias (...)"*P:6, E:1; e no recurso a uma terapia medicamentosa com antagonista opiáceo. De referir que, apesar de terem estado sem consumir heroína, a certa altura iniciaram consumos paralelos com o antagonista.

*"Não me preocupei muito, porque tinha para consumir Metadona, Heroína, Cocaína, tudo junto."*P:84, E:6

*"(...) só que o antagonista só funcionava para a heroína e eu continuava a usar cocaína (...)"*P:100, E:7

O tempo de acompanhamento foi difícil de estabelecer. O número de tentativas de tratamento variou entre uma e sete tentativas.

O segundo tipo de instituição que os nossos entrevistados mais utilizaram, foram as comunidades terapêuticas protocoladas pelo Estado. O tempo de internamento variou entre alguns dias e vinte e quatro meses. Como já foi referido, seis entrevistados ainda se encontravam, á data das entrevistas, em programa de tratamento numa comunidade terapêutica.

Em algumas tentativas de paragem de consumos e em ambas as instituições, assim como, em outras a que alguns recorreram, também, os entrevistados fizeram-no como forma de

mostrar á família que estavam a tentar, mas, sem realmente, quererem fazê-lo.

"(...) foi também um bocado para a minha mãe não me chatear, mas saí antes do tratamento acabar."P:7, E:1

"(...) não para fazer um favor a mim, mas à família. Não funcionou."P:76, E:6

Neste casos, a recaída ocorreu, sistematicamente, após a saída de tratamento.

REINSERÇÃO SOCIAL E INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

INTERVENÇÃO INEXISTENTE E/OU INEFICAZ?

Mais do que uma terceira fase de todo um processo terapêutico, trata-se de um processo contínuo que deve estar presente desde o início. Implica promover uma situação de estabilidade pessoal e social que permita ao indivíduo desenvolver aquelas dimensões da sua vida que ficaram bloqueadas como consequência do consumo de drogas. Deve ter como objectivo possibilitar a participação e interacção do toxicodependente nas áreas: *formativo-laboral*, habilitando-o com as capacidades para entrar no mercado laboral, cujas oportunidades se perderam ao longo do percurso de consumos; *social*, potenciando o (re)encontro com amigos e a participação em actividades culturais; *familiar*, potenciando a "recuperação" de laços familiares; *saúde*, transmitindo hábitos de vida e comportamentos saudáveis (Informação Geral para Prevenção das Toxicodependências, 1999).

Quisemos saber junto dos nossos entrevistados como tem sido o seu processo de reinserção social ao longo do percurso de tratamento independentemente das instituições que tenham frequentado. Quisemos, ainda, saber se o Assistente Social foi interveniente activo neste processo, em que áreas colaborou com o utente e se o próprio utente tem a percepção correcta do que são as atribuições do Assistente Social, neste contexto.

Devemos, contudo, salientar que, alguns dos entrevistados, estão em tratamento pela primeira vez e outros abandonaram tratamentos anteriores, não tendo, por isso, informação acerca de qualquer processo de reinserção. Daí não haver uma informação muito consistente. Estas são limitações a um estudo rigoroso desta dimensão do objecto.

Cinco dos entrevistados afirmaram ter recebido ajuda na fase de reinserção social. Outros três, por não terem percebido a ajuda, ou por terem abandonado o programa antes do seu término, não souberam identificá-la. Aos restantes dois, não lhes foi colocada a questão por ser a primeira vez que estão em tratamento.

Quanto à participação do Assistente Social no processo de reinserção, apenas dois entrevistados afirmaram ter tido a colaboração deste técnico, ajudando-os nesta fase, e seis deles não sabiam se as pessoas com quem tiveram contacto na instituição, em particular nesta fase, se alguma era uma Assistente Social.

Quisemos saber que tipos de ajuda haviam recebido os entrevistados, neste processo sendo-nos referido: a casa de saída "*(...) temos uma estadia de quatro meses (...)*"P:38, E:4; "*Vim para uma casa de reinserção social em que há regras e tem um período de duração até um ano (...)*"P:105, E:7; a colaboração na procura de um emprego "*Na fase de reinserção social, um certo acompanhamento em busca de um trabalho (...)*"P:148, E:10 e também ao nível da (re)aproximação da família, "*(...) quando vamos para uma casa de reinserção social, tipo uma pessoa a querer que eu fosse ao fim-de-semana ao Porto (...) para trabalhar relações familiares (...)*"P:138, E:9

Embora com uma percepção imprecisa acerca do papel do Assistente Social, na área da toxicod dependência, alguns dos entrevistados expressaram-nos a sua opinião:

"Uma coisa que me tocou foi: (...)quando chegava aquela parte da pessoa passar da 3ª para a 4ª fase, a da pré-reinserção, ela deslocava-se e ajudava-nos a ir à procura de trabalho. Além disso, tudo o que são aqueles apoios das pessoas poderem receber subsídios para arranjar os dentes, ou outros casos prioritários como problemas graves de pessoas com HIV... Não é tirar valor agora

à Dr.^a (nome da Técnica) que estava aqui em trabalho, mas de qualquer forma isso deixou um bocado de acontecer."P:46, E:4

"(...) foi com esse objectivo que eu entrei aqui (...) depois no futuro ter o apoio deles (...)"P:86, E:6

"É encaminhar as pessoas, direccioná-las para a recuperação, se bem que eu não vejo que haja muita actividade nesse sentido."P:110, E:7

"Existe uma Assistente Social em que uma vez por semana a senhora desloca-se ao apartamento e há uma reunião em que cada um fala de si, das suas dificuldades, da sua situação actual, em que há sugestões, há um acompanhamento, digamos, pessoal, há conselhos, há orientações."P:123, E:8

"(...) há quando vamos para uma casa de reinserção social, tipo, uma pessoa a querer que eu fosse ao fim-de-semana ao Porto (...)"P:138, E:9

"Eu acho que é um papel...como é que eu hei-de explicar...acho que é um papel muito limitado porque...quer dizer, é limitado no sentido de...se a pessoa, por exemplo, se esse Assistente não tiver vivido de perto, ou por exemplo, um caso de família, um tipo de situação de uso de drogas."P:148, E:10

Segundo especialista⁴⁶ na área em análise, o técnico de Serviço Social deve ter um papel logo na definição das políticas de reinserção social dos toxicodependentes. «(...) É mais fácil a um Assistente Social ter uma visão mais integrada, global, do indivíduo, vendo-o como um todo e não só em termos psicológicos, mas vê-lo inserido em determinado meio, o indivíduo que tem aquelas características, problemas,

⁴⁶ Dra. Paula Vicente, Entrevista a técnicos número I.

necessidades, uma visão mais integrada e global». Defende a multidisciplinaridade: «As formações diversas dão olhares diversos e como tal mais global». E acrescenta que quando há aspectos mais dirigidos ao nível social e de contacto com estruturas como a segurança social, normalmente «isso dirige-se ao técnico de serviço social, mas isso, também, não é o trabalho do Assistente Social, uma pessoa da secretaria fazia isso! Não é preciso tirar um curso para isso!» Define-o como um papel muito redutor do técnico, que apesar de necessário, não é o papel principal. O papel principal, na sua opinião, é trabalhar numa equipa com profissionais de várias áreas, em que cada um contribui com a sua visão (psicológica, médica, jurídica, social). Visão esta mais globalizante do indivíduo e das suas necessidades. O Assistente Social não tem uma formação de base para ser um terapeuta especializado em toxicodependência, no entanto, quem trabalha neste âmbito deve adquirir um conhecimento profundo e adequado destes indivíduos e dos seus problemas, para que possa efectuar um acompanhamento mais eficaz na sua reabilitação e reinserção. Qualquer investigação que se faça nesta área é importante para alargar o conhecimento de forma a ter-se uma percepção global e alargada de todas as vertentes do problema e ficar-se capacitado para propor terapias e outras respostas.

Enquadrado numa equipa com outros técnicos, de várias áreas, o Serviço Social deve contribuir com a sua visão social, recorrendo a técnicas aceites pela sociedade, para que os marginalizados possam ser reconduzidos a um fim social; busca meios para que se alcancem os objectivos, pela integração dos elementos isolados e desviados. Acima de tudo, ajuda a resolver as questões sociais referentes a cada indivíduo e a construir um projecto futuro de vida aquando da saída da comunidade. Tem como função a promoção e desenvolvimento de medidas de apoio à auto-ajuda e

autodeterminação dos utentes, no sentido de melhorar o equilíbrio em relação ao meio e ao desempenho de um papel social. Realiza contactos articulando-se com vários serviços da comunidade, desde serviços de saúde, segurança social, tribunais, centros de emprego e formação profissional, etc., tendo em vista a satisfação das necessidades específicas de cada utente (Santos, 2002).

Tenta, igualmente, restabelecer os laços familiares, institucionais e sociais, regularizar a situação legal, fazer a reacquirição de aptidões sociais e pessoais, competências profissionais, desenvolver respostas que preencham as necessidades e as expectativas dos utentes. De salientar, que a prática não pode ser homogénea. Todo o programa de reabilitação deve ser feito junto do próprio indivíduo, tendo em conta as suas necessidades e os seus desejos (Santos, 2002).

Na reinserção social pressupõe-se a completa integração do indivíduo na sociedade, passando pela saúde, o trabalho, o grupo de iguais e todos os sistemas de apoio que o envolvem. E, não podemos considerar que haja uma reinserção efectiva ou total quando um destes sectores é negligenciado.

Apesar do nosso estudo ter só dez histórias de vida, tal não invalida que se constitua como uma boa base de diagnóstico da actual situação das pessoas e de uma realidade social que sabemos ser mais ampla, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento na matéria.

Como já referimos, este processo deve ser, sempre que possível, previamente elaborado junto do utente e de acordo com os seus reais desejos, o que, pela análise dos testemunhos aqui estudados, parece não ter acontecido.

Se estamos certos, como parece, ao deduzir, através da análise das entrevistas, que se nota a ausência de técnicos

de Serviço Social nas equipas de trabalho destas instituições, ou, de técnicos de Serviço Social com formação específica nesta área e, sendo a toxicodependência, um problema que se situa no ponto de encontro de múltiplas dimensões, que se interpenetram na vida humana e, que a mesma, é uma realidade complexa resultante do encontro de uma personalidade, de um produto tóxico e de um momento sociocultural, concluimos que a abordagem de natureza bio-psico-social aconselhável se encontra comprometida. Verifica-se, pois, um défice de pluridisciplinaridade, em que a vertente social pode vir a ser negligenciada.

AS PERDAS: Sem Saúde, Sem Família, Sem Trabalho

A Falta de Horizontes Futuros

Sendo o tema da nossa investigação, o estudo das perdas no indivíduo causadas pela toxicodependência, tentámos, junto dos nossos entrevistados, saber quais as perdas percebidas por eles no seu percurso como consumidores. Na listagem que elaborámos, quantificamos, por ordem decrescente, o número de citações por cada perda:

A perda da Saúde/Actividade sexual (10); a perda da Família/Habitação (10); as perdas Económicas/Materiais (9); a perda de Valores Morais (9); as perdas Profissionais (7); a perda de Relações Afectivas e Conjugais (6); a perda de Amizades (6); a perda da Auto-Estima (6); a perda da Escolaridade (4); a perda da Função de Maternidade/Paternidade (4); a perda de Relações Humanas e Sociais (4); a perda de Projectos de Vida Construídos (4); a perda de Interesses Sociais e Recreativos (4); a perda da Identidade Pessoal (3); a perda do Tempo (3); a perda de Interesse em Viver/Respeito pela Vida (2); a perda da Adolescência/Juventude (2); a perda do Sentimento das Emoções (1); a perda do Auto-domínio/Auto-controlo (1); a perda de Paz e Tranquilidade (1).

Algumas destas perdas inferimo-las nós do contexto das entrevistas e da comunicação não verbal, estabelecida no contacto directo entrevistador/entrevistado. A perda da substância, em si, abordamo-la por ser evidente, porém, nenhum dos entrevistados revelou tê-la percebido. Em última instância, o consumo de drogas pode levar à perda da vida, pelo que, não fazendo parte da lista elaborada, é, no entanto, suficientemente pertinente para fazer parte deste estudo.

Qualquer que seja o quadro de motivos que contribuam para o abuso de substâncias tóxicas, uma coisa é consensual: o uso⁴⁷ de drogas não se faz sem implicações importantes para o bem-estar do consumidor.

⁴⁷ Estudos recentes, citados pela Dra. Paula Vicente, indicam que, não só o abuso, mas um simples acto isolado de consumo de drogas pode abrir uma porta para a loucura. O indivíduo pode ser já portador dessa porta, todavia, se não tivesse havido consumo, seria provável que essa porta não tivesse sido aberta.

Perda de Saúde

Qualquer doença ou limite físico são vistos como uma ameaça ao próprio bem-estar e desencadeiam um leque de reacções mediante a sua gravidade. Os toxicodependentes, além de estarem em grave crise de crescimento psíquico, estão expostos a elevados riscos de saúde ou mesmo de sobrevivência. Em geral, desenvolvem-se complicações cutâneas e dos tecidos moles (por exemplo, abscessos, ulcerações, fibrose das veias, etc.); complicações cardíacas (por exemplo, endocardite infecciosa, enfartes do miocárdio, embolias arteriais pulmonares e cerebrais, etc.); complicações pleuro-pulmonares (por exemplo, edema agudo do pulmão, pneumonias, etc.); complicações osteoarticulares (lesões graves nos ossos e nas articulações); complicações hemáticas (relativas ao sangue); complicações musculares (possível falência renal); complicações digestivas (obstipação, gastroenterites, peritonites, etc.); complicações hepáticas (hepatites B, C, cirrose, etc.); complicações renais (insuficiência renal); complicações neurológicas (enfarte cerebral, hematomas intracerebrais, etc.); complicações otorrinolaringológicas (perfurações do septo nasal); complicações oculares (a persistência do uso pode levar à cegueira); complicações uro-genitais (doenças sexualmente transmissíveis, ausência de desejo e prazer sexual, no sexo masculino pode ocorrer impotência, infertilidade transitória; no sexo feminino pode ocorrer amenorreia, infertilidade transitória, etc.); HIV/SIDA; complicações na gravidez (abortos espontâneos, hemorragias pós-parto, passagem da mãe para a criança de doenças infecciosas, etc.) (Neto, 1990).

Segundo Morel et al (1998), a patologia somática dos toxicodependentes não se resume às infecções virais. A

overdose mortal (devido a uma sobredosagem) é teoricamente possível com a maioria das substâncias psicoactivas. Uma percentagem elevada de consumidores aumenta a dose para um "último chuto", adoptando, portanto, um comportamento suicidário.

Na entrevista que realizámos a uma das especialistas⁴⁸, esta referiu-nos que, cada vez mais, os toxicodependentes revelam perdas de saúde, «trabalho aqui à tantos anos e antes não se sentia tanto isso, são cada vez mais doentes, fisicamente, muito debilitados com as hepatites, que são coisas crónicas que os vão acompanhar toda a vida, toda a vida vão ter que ter cuidados e controle sobre isso, coisas que vão ficar para o resto da vida, as hepatites e o HIV. Debilitam-nos mesmo na escolha profissional, não podem escolher determinado tipo de trabalho, que exija demasiado esforço.»

O toxicodependente, devido à necessidade de consumo, desleixa-se com a sua saúde, com a sua higiene, com a sua nutrição. Estes comportamentos de risco facilitam o aparecimento das doenças infecciosas.

Segundo aquela especialista há perdas, ainda, do âmbito da saúde, que não são tão visíveis, que derivam de um «comportamento muito destrutivo contra si próprio» como: o não ter cuidado ao injectar-se, e/ou usando a seringa de outra pessoa, o não pensar em si: andar de carro a alta velocidade sem se importar (vários indivíduos sofreram desastres que deixaram graves sequelas físicas, «já não têm alguns órgãos, ossos»); são «comportamentos claramente destrutivos, de uma grande violência e que deixam grandes estragos». É um «desafio à morte». Salienta, também, que, «o indivíduo que se droga, sobretudo, o que se injecta, é uma agressão ao próprio corpo, em que o corpo não existe, o que

⁴⁸ Dra. Paula Vicente, Entrevista a técnicos número I.

eles consomem é para produzir qualquer coisa na cabeça, é como se o corpo fosse um objecto».

Todos os entrevistados revelaram plena consciência da perigosidade e irreversibilidade das muitas enfermidades decorrentes da toxicodependência.

"(...) noto que a minha cabeça está mais esquecida, mais distraído, com qualquer coisa passo-me."P:7, E:1

"(...) começaram-me a cair os dentes, a doer (...) deu-me cabo da cabeça (...)"P:13, E:2

"(...) o meu sistema nervoso é este desequilíbrio que eu noto (...)"P:21, E:3

"(...) e depois de descobrir as doenças, hepatite B e C (...)"P:32 ; "(...) foi detectado um principio de uma cirrose hepática... devido ao álcool principalmente (...)"P:31 ; "(...) apanhei sífilis também (...)"P:32 ; "(...) tinha uma infecção no coração (...)"P:37, E:4

"Fiquei com o problema da asma agravado e só pode ter sido em relação ás drogas."P:63, E:5

"Deixaram a nível da concentração, da memória, dou por mim muitas vezes a olhar para o nada, se calhar, ir fazer algo e chegar a meio do caminho e perguntar: o que é que eu vou fazer? ... sou montes de distraído (...)"P:80, E:6

"(...) principio de overdose e uma psicose tóxica."P:101, E:7

(Teve também vários acidentes de carro, devido ao estilo de vida que fazia).

"(...) a nível físico sinto-me mais cansado (...) a droga provoca lesões a nível cerebral, de concentração, de memória (...)"P:124 ; "(...) sou portador da hepatite C."P:124, E:8

"(...) falta de memória, muitas vezes esqueço-me do que tenho para fazer (...)"P:139 ; "(...) tenho hepatite B (...)"P:140, E:9

"A nível de higiene, não tinha higiene nenhuma (...) tinha dias que não comia, ou comia um bolo (...) ou um iogurte (...)"P:145 ; "(...) um estado físico que se agravou, hoje sou uma pessoa que contraiu o vírus da hepatite C (...)"P:149 ; "Os meus dentes, já os arranjei por duas ou três vezes (...)"P:149 ; "(...) alguns problemas intestinais (...) tenho uma úlcera gástrica devido ao consumo excessivo de comprimidos e álcool."P:149, E:10

Convém não ignorar que, o consumo de drogas desenvolve, no organismo, tolerância aos medicamentos, havendo que, em caso de medicação, recorrer a doses mais elevadas ou à substituição dos medicamentos habituais, por outros mais fortes.

O consumo de drogas tem consequências negativas na função sexual, provocam impotência, desinteresse, ausência de prazer. De facto, interferem com a capacidade eréctil do homem gerando dificuldades ou supressão da resposta orgástica. Nas mulheres, interfere com a capacidade de lubrificação e a resposta orgástica pode ser também bloqueada (Lorga, 2001).

"Na vida de um tóxico, eu acho muito complicado haver (...) a droga consegue superar tudo, além de destruir, o prazer que a droga provoca consegue ser superior a qualquer ligação amorosa."P:86, E:6

"(...) durante o uso era impotente, muitas das vezes, queria e não conseguia."P:109, E:7

Perda Família / Habitação

Indispensáveis na nossa vida são as nossas relações com os outros. No entanto, por vezes, e em determinadas situações, há o "adeus" provocado pela "necessidade das circunstâncias". Pessoas ligadas por laços afectivos profundos rompem as relações e não se falam mais, o que pode perdurar o resto da vida ou apenas por um determinado período de tempo. Basta uma palavra inoportuna, acções inesperadas, injustiças repentinas, e as relações desfazem-se. No lugar da confiança surge a desconfiança, ao afecto sobrepõe-se o rancor e o ressentimento.

A vida de drogas afecta, mais ou menos profundamente, as pessoas que estão mais próximas do consumidor. Quando faz jogos de manipulação aos familiares, perde a sua confiança e estima. Pouco a pouco alguns dos membros vão-se afastando. Embora hajam famílias que continuam a ajudar, quando não vêem melhoras, saturam-se. A confiança, solidariedade e apoio (até de outras pessoas que não sejam da família) de que tanto necessita esgota-se e, tem de contar apenas consigo. Em muitas famílias os membros toxicodependentes não são desejados mas, simplesmente, tolerados e, ainda assim, mal tolerados, quando não, manifestamente rejeitados (Patrício, 1996).

A nível familiar, quase todos os nossos entrevistados, sentiram dificuldades de relacionamento que se acentuaram a partir do momento em que a família teve conhecimento do consumo de drogas, particularmente do consumo de heroína e cocaína. A incapacidade para gerir relações interpessoais e o afastamento psicológico em relação aos elementos da família mais significativos, esteve presente na vida destes indivíduos, situação relacionada com a evolução da

dependência das substâncias. Esta incapacidade e este afastamento acabou por ter efeitos devastadores no funcionamento das relações familiares, levando em casos mais extremos à saída de casa.

Nas fases em que se ausentaram do seu lar, vários foram os sítios procurados para dormir: pensões, carros, casas abandonadas, etc.

Por vezes, a perda da casa deve-se ao não pagamento da renda. A perda da casa, do lar, é deveras difícil, pois representa o passado e, portanto, a sua história de vida, cada canto é conhecido e tem um significado preciso. Muitas vezes, a perda do lar não se reduz somente à estrutura familiar, mas inclui outras perdas também importantes: a perda de amigos e dos vizinhos, de todo o conjunto de referências sociais que davam segurança e estabilidade à vida.

Estas situações de conflito são tão desgastantes para o familiar como para o consumidor.

Algumas destas consequências e, outras, estão também retratadas no capítulo *Conflitos, Perdas de Infância e Adolescência*.

*"Outra das perdas foi ao nível de relações familiares com primos, que me faz bastante impressão.. são aqueles familiares que sinto que se criou uma barreira, falamos mas já não é o que era. Algumas pessoas cortaram mesmo relações comigo."*P:7, E.1

*"(...) devido a discussões com a família não me deixaram entrar em casa e aí procurei os sem-abrigo (...) foi das piores experiências que eu tive (...)"*P:13, E:2

*" (...) da parte da minha mãe deixaram-me de ligar por causa disso (da droga) (...)"*P:21 ; *"(...) nunca sou convidada para jantares onde vai toda a família (...)"*P:22, E:3

"(...) comecei a desviar-me um bocado a nível familiar (...)P:41 ;
"(...) sou o causador, indirectamente, de alguns problemas que eles...
a idade também começa a avançar (...) "P:42, E:4

"A minha tia deixou de falar comigo um tempo (...) e o meu tio
está um bocado (...) chateado (...) "P:63, E:5

"Neste momento posso dizer que não tenho ninguém" P:66 ; "O meu
passado levou-me a um afastamento completo (...) "P:66 ; "(...) hoje
tenho o resultado de tudo o que provoquei: a destruição familiar
(situação que ainda hoje o afecta de forma muito intensa) (...) "P:78
; "(...) já vivia na rua, no carro (...) "P:77, E:6

"Em relação à minha mãe, perdeu anos de vida, envelheceu
(...) "P:108, E:7

"(...) sentia-me completamente sozinho (...) perdido, sem o apoio
de ninguém porque eu próprio tinha afastado toda a gente." P:122 ;
"(...) o meu avô põe-me fora de casa, não me aceita lá, o meu pai
também não (...) "P:122, E:8

"Tiraram-me a chave de casa para eu não ir para lá cometer
danos de noite (...) "P:137 ; "(...) a minha relação familiar é: cada
qual faça a sua vida (...) "P:139, E:9

"(...) o descrédito dos meus pais em mim, a sua falta de
confiança (...) "P:144 ; "Tinha-lhes destruído uma boa parte da conta
bancária e eles não aguentaram mais (...) "P:144 ; "(...) vivi cerca de
um ano e meio numa casa abandonada (...) "P:144, E:10

Perdas Económicas e Materiais

O dinheiro é um bem que, embora relativizado pelas circunstâncias sociais adjacentes a cada indivíduo, se revela de capital importância, para a manutenção de níveis mínimos de sobrevivência e dignidade.

Para um toxicodependente, o dinheiro é... papel. Quando este esgota o seu dinheiro surge, frequentemente, a chantagem, a que muitos pais e outras pessoas suas conhecidas cedem: "doulhe dinheiro para que não vá roubar". E esse dinheiro é gasto de imediato em droga. Outras vezes, para conseguir dinheiro para comprar droga, o dependente *refunde*, troca objectos pessoais mais ou menos valiosos, ou usa meios que nunca antes imaginara, e que fazem fronteira com a sua própria dignidade: pequenos furtos, inicialmente domésticos, depois no exterior, pequenos tráficos, prostituição, etc.

Em simultâneo com a aprendizagem de novas maneiras de angariar dinheiro, quase sempre de forma ilícita, o toxicodependente desenvolve uma incapacidade de gestão criteriosa dos seus bens e meios financeiros.

Durante o seu tratamento terá mais uma tarefa a (re) aprender: saber obter, conservar e gerir o dinheiro (Patrício, 1996).

Muitas vezes, as pessoas projectam-se em objectos externos como: vestuário, livros, jóias, meios de transporte, instrumentos musicais ou recreativos, etc. e a perda do objecto *amado* causa sofrimento. Quase sempre a perda destes bens é causada pela "urgência" de dinheiro que o consumidor tem para comprar a droga e, vende ou troca tudo o que consegue, para obter o seu consumo.

Segundo Morel et al (1998), «as drogas ilícitas custam caro, é preciso por isso muito dinheiro para as consumir,

regularmente, o que coloca os toxicodependentes na "obrigação" de se tornarem delinquentes.»

Perdido o meio de subsistência, salário ou mesada da família, o toxicodependente envereda por agir delituosamente, para conseguir os recursos necessários aos seus consumos. Os nossos entrevistados não fugiram à "regra". Quase todos sofreram grandes perdas económicas e materiais e, praticaram actos delituosos.

"A nível económico perdi muita coisa, desde tudo o que tinha em casa como, televisão, computador, mota (...)"P:7, E:1

"(...) não tenho nada meu (...) não tenho um tecto, não tenho bens materiais, apenas duas máquinas, de lavar e secar e uns quadros valiosos (...)"P:22, E:3

"(...) consegui desviar o cartão de Multibanco e dar cabo em dois, três dias de uma quantia de quatrocentos, quinhentos contos."P:45, E:4

"Vendi tudo em casa (...) vendi o meu carro por vinte contos para ir consumir!"P:63 ; "Televisão, electrodomésticos, móveis, espingarda do meu avô (...)"P:63, E:5

"Ouro, ou seja, as coisas mais valiosas que há em casa, desde microondas (...) tudo (...)"P:76 ; "(...) destruí tudo, vendi tudo (...)"P:76 ; "(...) as coisas começam a desaparecer e o dinheiro começou a faltar."P:75 ; "(...) o carro foi a seguir, roupas, foi tudo (...) chegar ao ponto de não ter nada."P:81, E:6

"Eu gastava cinquenta contos por dia em drogas (...)"P:102, E:7

"(...) vendi objectos pessoais, tudo para consumir droga (...)"P:122 ; "A nível financeiro nunca houve estabilidade, o dinheiro nunca chegava (...) era uma pessoa completamente desgovernada, nunca consegui gerir o dinheiro (...)"P:125, E:8

"(...) e já tinha ido tudo à vida."P:131, E:9

"Já tive fases da minha vida que ganhei muito dinheiro e devido à vida que levei esse dinheiro sempre foi mal investido."P:150, E:10

Perda de Valores

As drogas são substâncias que provocam danos no corpo e na personalidade e têm um efeito destrutivo na família e na sociedade. O consumo, ao tornar-se imperativo, acaba por subverter as regras de qualquer sociedade. O meio circunjacente ao dependente, ou seja, a família, os amigos, os colegas e a sociedade são sempre afectados pelo seu comportamento. Os toxicodependentes, com o consumo continuado de drogas, acabam por perder os valores de referência. Referimo-nos, particularmente: ao respeito, à dignidade, à honestidade, à sinceridade, à confiança, à credibilidade, à liberdade, à igualdade, à responsabilidade, ao civismo.

Comecemos pelo *respeito*. Quem age sem ter em conta os que o rodeiam e, assumindo comportamentos desrespeitadores da individualidade e liberdade alheias é alguém que não pratica o respeito. Os toxicodependentes tanto agem sem respeito pelos outros, pela sociedade, como sem respeito por eles próprios, quando o nível da sua auto-estima e dignidade se encontram muito baixos e "optam" por ter comportamentos delinquentes e auto-destrutivos.

A *honestidade e a sinceridade* são a expressão externa do que interiormente se pensa, é a ausência de simulação, de hipocrisia. Para os toxicodependentes é fácil cair na mentira, na simulação, na aparência, na falsidade. A sinceridade é um valor social que torna possível o estabelecimento de laços de confiança, base da convivência harmoniosa. Quando verificamos que nos enganaram ficamos magoados e, mais, precavidos. A base de confiança desfez-se e, por receio de que se volte a repetir, dificilmente restabelecemos esses laços, na íntegra. É o que acontece na vida de um consumidor, com todos os seus jogos de manipulação, normalmente com o objectivo de ter dinheiro para

a droga, a determinada altura, perde a credibilidade de toda a gente. Perde a *confiança*, esse valor da maior importância nas relações familiares e sociais, que, o toxicodependente, na sua teia de jogos manipuladores, subjuga aos seus interesses de consumo. As pessoas ao seu redor esgotam a benevolência e estima que lhe tinham e, retiram-lhe o apoio. Fartos de enganar e promessas não cumpridas, os familiares e amigos afastam-se.

A *liberdade* é um valor a que todo o ser humano aspira, sendo fundamental para a afirmação da democracia e igualdade. Podemos até arriscar, afirmando que é o valor mais comprometido e mais frágil; o mais desejado e o mais temido; o que se presta, melhor, às chantagens e aos abusos; o que nos pode trazer maiores satisfações e os maiores desgostos.

Ser livre, é também aceitar as consequências das próprias decisões, e saber corrigi-las quando for necessário. Os toxicodependentes vêm, amiúde, a sua liberdade ameaçada devido aos actos delituosos (roubos, assaltos, falsificação de cheques, tráfico, etc.), que cometem, com o objectivo de ter dinheiro para a droga. Muitos são os que vão presos e, como é do conhecimento público, uma grande percentagem de reclusos é toxicodependente.

Mas, o valor da liberdade tem, também, um outro sentido. A toxicodependência "rouba" a liberdade às pessoas, destruindo-lhe as estruturas do cérebro que lhes permitem decidir livremente. O toxicodependente transforma-se no escravo que obedece, exclusivamente, à droga, através da compulsividade para o consumo. O seu quotidiano gira num círculo, interminável, de: consumo; obtenção de dinheiro para o consumo; consumo; novo estratagema para alcançar dinheiro... repetindo-se, dia após dia. Em suma, o toxicodependente não é livre e, quando abandona o seu estado de dependência, a primeira coisa que sente é a liberdade (Coelho, 2004).

Os valores da *igualdade* e da não discriminação, fundamentos da Revolução Francesa e subscritos pela Declaração dos Direitos do Homem, são postos em causa na relação da sociedade com o toxicodependente. O acesso ao mercado de trabalho é dificultado ou restringido, muitas vezes, por preconceito, mas também, por inabilitação para o desempenho de determinadas funções e inaptidão ou indisponibilidade para o cumprimento de regras, horários e hierarquias. A desregulação social e económica que subjaz ao consumo de drogas conduz a que, ao toxicodependente, não lhe assista, na prática, igualdade no acesso ao usufruto dos serviços públicos, a créditos bancários ou aquisição de bens.

Esta desigualdade social é, bastas vezes, um processo de auto-exclusão a que o indivíduo consumidor se remete. Acrescendo à discriminação da sociedade para com ele, o toxicodependente sente-se um *outsider* social, de que resulta revolta e a adopção de comportamentos marginais. Há, digamos, a ausência de uma consciência de igualdade perante os outros.

Dizemos ser detentor de *responsabilidade*, aquele que demonstra ser, racionalmente, capaz de responder pelos seus actos. A este valor dá-se um sentido de compromisso, de exigência. Para os toxicodependentes, é muito difícil, senão impossível, o cumprimento de qualquer responsabilidade, seja ela profissional, familiar ou social. O seu objectivo diário é o consumo, desresponsabilizando-se de qualquer outra função. Daí, ser, praticamente, impossível assumir compromissos. Como consequência disso, surgem os despedimentos no local de trabalho, a ruptura de relações familiares, a desinserção social.

O *civismo* é a manifestação externa do respeito pelos outros. É formado por um conjunto de normas, tácitas, relacionadas com a convivência que, tendem a demonstrar o grau de desenvolvimento social duma comunidade.

Os toxicodependentes vivem numa certa alienação social, desrespeitando, regras e normas de conduta, importunando a integridade física e o espaço privado de outrem, numa manifestação do carácter associal imanente ao mundo da droga. As drogas geram violência e contribuem para a criminalidade.

Nas entrevistas realizadas, pudemos constatar que, alguns entrevistados perceberam perdas de um ou mais valores morais.

*"(...) porque tem-se de começar a roubar para ter-se dinheiro para consumir."*P:5 ; *"Isto é um sofrimento, a pessoa sente-se presa e só quer acabar com aquilo."*P:6, E:1

*"Sempre me senti submisso, preso à droga (...)"*P:12, E:2

*"Ia de vez em quando em rusgas, passava lá a noite e ao fim de 24 h mandavam-me embora."*P:36 ; *"(...) ia sempre às caixas de Multibanco, era logo uma coisa onde arranjava dinheiro."*P:37 ; *"(...) na altura menti, uma coisa que agente faz com facilidade é a manipulação, mentir (...)"*P:41, E:4

*"A mim tiraram-me anos de vida (preso de 1998 a 2002)"*P:81, E:6

*"(...) comecei a roubar-lhe dinheiro (...) ouro e coisas lá de casa (...)"*P:100 ; *"(...) manipulava-os para chegar onde eu queria (...)"*P:108, E:7

*"(...) já não acatava tanto os horários, já gostava de fazer as coisas à minha maneira."*P:115 ; *"Sou desonesto, tento manipular as coisas (...)"*P:118 ; *"(...) perdi valores morais que me tinham sido incutidos, como a dignidade (...)"*P:125, E:8

"(...) nunca aparecia a horas, depois comecei a desgovernar-me, a não cumprir com as minhas responsabilidades. (...) Nem com o dever

como namorado nem com o dever de levar uma vida normal."P:130 ;
*"Já roubava em casa."*P:130, E:9

Perda de Autodomínio / Autocontrolo

Tornando-se escravo das drogas, o homem desiste do seu direito mais fundamental, o direito de controlar as suas próprias acções (Coelho, 2004).

O descontrolo originado pelo consumo de drogas impede o indivíduo de decidir pelo caminho que mais lhe interessa. Ao não conseguir interferir na definição do rumo a dar à sua vida, torna-se um sujeito passivo em relação a si próprio.

Embora as consequências da toxicodependência recaiam sobre o consumidor, em primeira linha, família e amigos, o seu trajecto de vida é definido por agentes externos, que tanto pode ser a substância em si, como as pessoas ou organizações que de algum modo beneficiam com o seu consumo.

*"(...) uma situação que me deixa nervoso foi quando assaltei e tive de agredir uma pessoa para tentar sair dali com o dinheiro, a cocaína leva-nos a esta loucura (...)"*P:5 ; *"(...) uma pessoa chega a uma altura em que se perde um bocado o rumo às coisas... queria tentar acabar com uma coisa que estava fora do meu controle."*P:6, E:1

Perda de Paz e de Tranquilidade

A paz é, a par da saúde e da alegria, um dos estados mais ansiados pelas pessoas. Porém, para um toxicodependente, a paz terminou no dia em que iniciou os seus consumos. A começar pelo consumo em si, este provoca no indivíduo

alterações físicas e psíquicas que, ainda que lhe provoquem tranquilidade momentânea, esta não se poderá confundir com paz, visto que, a *viagem* iniciada pelo consumo é irreal, não tendo um efeito realmente pacificador. Depois, a busca desenfreada da(s) "dose(s)" diária(s) e antes dela dos meios financeiros para a consumir desencadeia um processo de ansia e agitação.

Como refere Manuel Pinto Coelho (2004), as suas vidas girarão mais depressa, preocupados que estão em procurar forma de a comprar, deixando para trás a saúde, a família, o trabalho e as relações com os amigos.

O mundo marginal onde imergem os toxicodependentes leva-os a relacionarem-se com traficantes e gangs em negócios ilícitos, quantas vezes mal resolvidos e, que por tal, dificilmente o toxicodependente conseguirá abandonar por completo estes esquemas do sub-mundo.

Por outro lado, os actos delituosos, cometidos por eles no processo de aquisição da droga, coloca-os numa posição de constante confronto com as autoridades policiais e judiciais.

As mentiras, os esquemas de ocultação da realidade e de usurpação de bens, os inúmeros problemas legais são alguns dos muitos problemas com que o meio familiar de um toxicodependente se debate. Decorre daqui que as alterações entre o próprio e a família, ou amigos mais íntimos, fomentam um clima de *guerra*.

Mesmo que já *limpo* das drogas, o ex-toxicodependente mantém no seu íntimo um clima de intranquilidade face à crise latente que representa a ambivalência de sensações, entre a felicidade de estar *limpo* e o medo da recaída.

"(...) *tenho a cabeça a prémio e corro risco de vida.*"P:84, E:6

"(...) *era processos atrás de processos (...)*"P:136, E:9

Perdas Profissionais

Como é do conhecimento público, a toxicodependência prejudica o desempenho profissional, elevando os níveis de absentismo, de conflituosidade e acidentes laborais e, baixando a produtividade, como reflexo da diminuição das capacidades físicas e intelectuais do toxicodependente. Este processo cumulativo de falhas desencadeia crises no relacionamento entre empregador e empregado que, não raro, terminam na cessação dos vínculos laborais, umas vezes por iniciativa das entidades patronais, outras, por auto-despedimento dos trabalhadores toxicodependentes.

Segundo Patrício (1996), com o uso e abuso de drogas, a capacidade e destreza no trabalho vão sofrendo alterações acrescidas. O ritmo, a disponibilidade, a atenção e o interesse vão estando cada vez mais limitados. Torna-se difícil respeitar os compromissos e surgem os atrasos, as faltas injustificadas, o absentismo. A determinada altura, a pessoa torna-se desinteressante como trabalhador, porque "não produz" e, na maioria das vezes, acaba por surgir o desemprego.

Esta perda pode ser especialmente difícil, se o sentimento de identidade do indivíduo dependia desse emprego. Para muitas pessoas, a sua auto-imagem está associada àquilo que fazem, dando sentido aos seus objectivos. O trabalho define a pessoa: dá-lhe um papel na sociedade, garante-lhe um ponto de referência social e dignifica-o.

O consumo de drogas, nomeadamente o de heroína, contribuiu para uma situação de desemprego, tendo sido muito instável o percurso laboral, para quase todos os entrevistados. Percurso caracterizado por passagens rápidas pelos empregos, abandono

dos postos de trabalho, roubos e falcatruas, entre outras situações.

Algumas destas consequências, e outras, estão retratadas no capítulo *Percurso Laboral Precário*.

"(...) o consumo de heroína é incompatível com qualquer outra área, não faz sentido nenhum. (...) e o meu percurso profissional terminou quando me começou a pesar a toxicodependência."P:11, E:2

"Numa hora de almoço bebi uns copos a mais... houve ali um grande desequilíbrio... cheguei ao local de trabalho, chateei-me lá com um carpinteiro, existiu uns palavrões... depois existiu uma agressão física... fui despedido."P:40, E:4

"(...) os empregos vão todos para o ar, passado algum tempo. Não que seja despedido, mas sim, eu é que despeço."P:74, E:6

"Perdi vários trabalhos bons."P:108 ; "Quando eu previa a situação, saía, para não ter de passar por aquilo de "você tem de ir embora."P:108 ; "(...) deixava de facturar como facturava porque acabava por, depois, ou chegar mais tarde ou querer sair mais cedo, ou uma tarde sem trabalhar (...)"P:108, E:7

"Só tinha experiências profissionais de três, quatro meses, não conseguia ser responsável, era inconstante (...)"P:119, E:8

"Fui despedido. (...) até era um emprego que eu gostava e eles gostavam de mim. Depois ia para lá em estados mesmo críticos, adormecia no trabalho, chegava sempre tarde, nunca chegava de manhã a horas e o pessoal desconfiava (...)"P:130, E:9

"Ou por não comparecer, faltar muitas vezes sem dar justificação (...) chegava constantemente atrasado e inventava desculpas, ou porque as pessoas notavam o meu estado e acabava por chegar ao fim do contrato e não renovavam."P:145, E:10

Perda de Relações Afectivas e Conjugais

A maior parte das relações acabam por se deteriorar com os consumos. É difícil manter a relação, pelo menos de forma saudável.

Patrício (1996), refere que o interesse pela droga torna-se de tal forma intenso, absorve tanto a pessoa, que diminui brutalmente a capacidade de manter uma relação amorosa. A pessoa que se ama e com quem se mantém (ou não) uma relação conjugal passa, rapidamente, para segundo ou último lugar, posição insustentável numa verdadeira relação amorosa. Após, várias peripécias e promessas não cumpridas, a ruptura torna-se uma verdadeira ameaça, por vezes uma realidade. O consumidor de drogas até pode gostar de amar, mas vivendo "anestesiado" pela droga não continua a praticar a vida amorosa, e eventualmente, deixa de acreditar nela e de ter qualquer interesse e "disponibilidade" para relações afectiva-sexuais.

Há quem considere uma perda dramática a questão do divórcio, da separação do casal, sendo emotivamente doloroso e socialmente desconfortante. É uma perda difícil de gerir porque inclui elementos de possíveis responsabilidades pessoais na dissolução de um elo, por vezes, carece de "rituais" externos que sancionem o fim da relação, acompanhado de procedimentos legais, sobretudo quando há filhos envolvidos. A separação pode causar a perda da casa, de um ideal, de um trabalho (quando o casal trabalha em conjunto), de uma dada condição económica, de um núcleo de amigos.

E, os nossos entrevistados, passaram por algumas dessas situações⁴⁹.

⁴⁹ Algumas destas consequências, e outras, estão retratadas no capítulo O Corpo e a Droga / Relações Afectiva-sexuais. Pág. 73

"(...) têm sido boas, eu é que tenho andado a estragá-las. (...) as coisas não funcionavam devido ao meu consumo".P:3, E:1

"Nós não damos atenção a quem devemos, de quem gostamos ou deveríamos de gostar, nós machucamos (...)"P:11, E:2

"(...) e também o mundo da toxicodependência não permitia e nem sequer tinha condições para assumir o que quer que fosse. Para me responsabilizar a mim não tinha condições nenhuma (...)"P:79, E:6

"Não casámos porque, entretanto, ela apercebeu-se que eu tinha deixado uma coisa mas estava com outra (...)"P:100 ; "(...) Fiquei sem a casa porque estava em nome dela (...)"P:101, E:7

"(...) a nível de relações afectivas, foi logo um sinal que a minha mãe começou a ver diferenças em mim, já não havia interesse, já não havia a mesma continuidade que existia antes."P:116 ; "(...)nunca consegui ter relações duradouras (...)"P:126, E:8

"Foi tudo por água abaixo por causa dos consumos. Nós gostávamos um do outro mas discutíamos por causa da droga."P:135 ; "(...) eu a usar não olhava para o sexo oposto, era obcecado por drogas (...)"P:140, E:9

"(...) foram relações furadas que duraram algum tempo, dois ou três anos, devido ao consumo excessivo."P:146 ; "(...) houve perdas importantíssimas de relações afectivas que foram difíceis de aceitar."P:149,E:10

Perda das "Redes" Sociais Informais

Ao entrar no mundo dos consumos, no meio marginal que lhes está adstrito e na linha de comportamentos e modos de vida desviantes, o toxicodependente afasta-se do relacionamento com terceiros, isolando-se no seu *mundo*. Primeiramente, a família: as mentiras, os jogos de manipulação, a necessidade de ocultar actos ilícitos, criam uma barreira invisível entre o toxicodependente e os seus familiares, a comunicação passa a ser inexistente ou enviesada.

O surgimento dos primeiros roubos e/ou actos violentos reforça a divisão já iniciada pelo toxicodependente e que, agora, os familiares acentuam. Os amigos, cujos laços afectivos lhes fazem relativizar os maus comportamentos, retardam, tal como a família, o ostracismo a que, inevitavelmente, o vão expor.

A sociedade, hábil a fazer julgamentos sumários, cedo coloca o toxicodependente nas franjas marginais, estigmatizando-o. As relações a que a sociedade se expõe face a um consumidor de drogas cinge-se ao inevitável, transformando-o num ser abjecto, fonte de problemas, que se tentam evitar a todo o custo.

*"Isolava-me de uma forma que parecia um bicho."*P:7, E:1

*"(...) nunca sou convidada para jantares onde vai toda a família (...)"*P:22, E:3

*"(...) praticamente não saía de casa (...)"*P:41, E:4

*"(...) no caso da solidão, que nos obriga a perder muitas coisas, a começarmos a isolar-nos, a afastarmo-nos do mundo exterior, das pessoas que são os nossos verdadeiros amigos(...)"*P:85, E:6

Como temos vindo a falar, o toxicodependente concentra e reduz os seus interesses à vida da droga. Tudo o resto, passa a ser desinteressante ou com um interesse muito relativo. Até a capacidade de se divertir vai diminuindo. Iludido pelas sensações forçadas pela substância, o toxicodependente faz do seu uso a forma de se integrar socialmente. O usufruto de uma festa ou de um concerto, parece só ser possível, sob o efeito da droga. Contudo, terminados os eventos, conscientemente ou não, o indivíduo cai numa atitude apática e depressiva, por sentir que o desfrute das coisas, outrora queridas, não passa, hoje, de falsas sensações. Gradualmente, vai-se sentindo mais inibido e rejeitando contactos sociais, deixa de frequentar locais de encontro habitual com os seus amigos; raramente aparece em locais públicos como espaços de comércio e lazer. O aspecto lúdico da vida deixa de fazer sentido para o consumidor.

*"Estava com consumos grandes, a deixar coisas para trás, coisas que eu queria fazer e gostava."*P:4 ; *"(...) nada me fazia sentir, não gostava de nada, não tinha paciência para nada, isolava-me bastante (...)"*P:7, E:1

*"(...) já era só com o intuito de acordar e dormir a consumir, não havia já nada (...)"*P:41 ; *"(...) tenho pena de não ter tido cabeça para tirar a carta de condução (...)"*P:45, E:4

*"(...) não ter paciência nem vontade para nada, só viver em função daquilo (...)"*P:116, E:8

Uma perda que quase todos mencionam é a dos amigos. Amigos de consumo e amigos que se afastaram devido ao consumo.

À semelhança do que acontece com a família e nas relações conjugais, os amigos que sabem o que se passa e não partilham do mesmo tipo de vida, vão-se afastando. Também o

toxicodependente se vai afastando deles, não se sente bem na sua companhia, até porque os interesses começam a divergir. Pode até sentir algumas rejeições porque, muitos, não aceitam as novas opções de companhias que ele vai fazendo. Quando procura refazer as relações com os velhos amigos, tem dificuldades acrescidas em os acompanhar, torna-se difícil estar com eles sem estar drogado. E, estando drogado, a sua companhia não se torna desejada, deixando de conviver com eles.

Na maioria das vezes, os verdadeiros amigos do toxicodependente contam-se pelos "dedos de uma mão" e há quem não os tenha. (Patrício, 1996)

Há também a perda dos amigos que partilhavam a vida de consumos, ou devido à sua morte (muitas vezes, provocada pelo uso de drogas) ou quando o toxicodependente decide parar de usar, o que significa "largar" um "velho" círculo de amigos, assim como actividades sociais que fazem lembrar os consumos. Terminar relações de amizade cria um vazio, no qual, a pessoa se sente só e desamparada.

*"(...) quando falo em perdas... são os meus amigos, muitos deles estão bem mas desapareceram da minha vida, afastaram-se e nunca mais tivemos aquele contacto que havia antes."*P:7, E:1

*"Eu acho que na droga quando se vai mesmo ao fundo já não se sai de lá, tenho imensas pessoas conhecidas que ficaram nesse mundo, que morreram."*P:14, E:2

*"(...) no caso da solidão, que nos obriga a perder muitas coisas, a começarmos a isolar-nos, a afastarmo-nos do mundo exterior, das pessoas que são os nossos verdadeiros amigos, não os queremos ouvir nem encarar (...)"*P:85 ; *"Os laços de amizade é evidente que os perdi (...)"*P:86, E:6

*"Depois perdi muitos amigos porque eu manipulava-os para chegar onde eu queria, usava-os."*P:108, E:7

"(...) a nível de amizades fui perdendo muitas, pessoas que eu fui afastando, outras que se afastaram (...) nunca foram constantes, profundas. Não havia essa sensibilidade nem tempo. (...) perdi alguns amigos (de consumo) que me deixaram bastante triste."P:125, E:8

Perda da Escolaridade

O interesse pelo estudo e a capacidade para estudar vão, progressivamente, diminuindo com a escalada no consumo. O dependente vai-se apercebendo destas perdas embora possa procurar escamoteá-las. Os atrasos e as faltas às aulas vão aumentando. A rentabilidade e o tempo de estudo diminuem. Com o uso de drogas as capacidades intelectuais vão-se depauperando. Todavia, há quem use drogas por ter a sensação de aumento de capacidades, mas, a médio prazo, apercebem-se que era uma sensação ilusória. Com o consumo regular, a memória, o interesse, o ritmo, a dinâmica de grupo, vai diminuindo, deixando de haver "disponibilidade" para o estudo. Aos poucos, cria-se uma situação insustentável e mais cedo ou mais tarde surge a ruptura com o estudo. (Patrício, 1996)

Frequentemente, o consumidor abandona os estudos, em detrimento de uma ocupação remunerada, que lhe permita financiar a aquisição de droga, projecto que, como referimos atrás, acaba, também e normalmente, por falir.

Alguns dos nossos entrevistados, têm consciência que a escola ficou para "segundo plano" devido à sua entrada no consumo de drogas⁵⁰.

"(...) o rendimento escolar começou um bocado a ir abaixo (...)"P:28, E:4

"(...) podia ter continuado os meus estudos (...)"P:64, E:5

"(...) comecei a consumir e como queria deixar de estudar, pretendia trabalhar para ter o meu dinheiro (...)"P:67, E:6

⁵⁰ Algumas destas consequências estão retratadas no capítulo *Percurso Escolar Interrompido*. Pág.64

"(...) a escola ficou para segundo plano."P:142 ; "Perdas, talvez os estudos, acho que podia alcançar muito mais (...)"P:149, E:10

Perda da Função Maternal / Paternal

De uma forma ou de outra, a vida de consumos "rouba" tempo à relação com os filhos e contribui para que sejam pais ausentes.

De acordo com uma das especialistas⁵¹ entrevistadas, na maioria das situações, estes indivíduos não acompanharam o crescimento dos filhos, e tal como não acompanharam, também, não vão saber acompanhar, após o tratamento. São indivíduos que passaram ao lado da sua adolescência, que começaram com treze, catorze anos na vida de consumos. Há indivíduos com quarenta anos que estão a viver, agora, a adolescência, com todas as revoltas inerentes a este estágio de desenvolvimento. «Como vai ser esse pai ou essa mãe de um filho adolescente?! Passa a ser um adolescente ao lado de outro adolescente, o que de maneira nenhuma é o que precisa um filho adolescente».

*"Esta é uma das perdas, o contacto diário com os meus filhos, que não tenho."*P:13, E:2

*"(...) já só entrava quando os meus filhos (...) sabia que estavam bem entregues, já lavados e deitados e também não me via com forças para tratar deles (...)"*P:20, E:3

*"(...) fui um pai ausente... desnaturado, irresponsável, fui um pai que pensou apenas nele... reconheço que não posso fazer aquilo que gostava de fazer quando ela era pequena (...)"*P:42, E:4

*"Perda do crescimento da filha"*P:87, E:6

⁵¹ Dra. Paula Vicente, Entrevista a técnicos número I.

Perda de Projectos de Vida Construídos

Todos construímos projectos de vida. Estudar, ter uma profissão, namorar, constituir família, ter um lar. Os toxicodependentes não são excepção, antes de ingressarem no mundo das drogas, também eles construíram esses projectos que, contudo, se esboroaram. Se o início dos consumos foi demasiado precoce, então é muito possível que esses projectos nem sequer tenham existido, já que a droga lhes retira a capacidade de sonhar, a liberdade de construir um rumo próprio.

Após um percurso de consumos, um indivíduo, mesmo que já limpo de drogas, viu os anos passarem por ele sem que quaisquer projectos se tenham, efectivamente, realizado. Os anos passaram, não se concretizaram projectos anteriormente idealizados, não houve espaço nem disponibilidade para criar projectos para um futuro livre de drogas e, agora, livre delas, encontra-se num marasmo existencial.

A droga é, pois, um factor incapacitador de sonhar uma vida e de concretizar objectivos.

*"(...) foi ter a vida montada e de repente vir tudo por água abaixo."*P:4, E:1

*"A questão de onde estou, de onde venho e para onde quero ir, com o tempo se está a distanciar cada vez mais, determinar estes pontos e objectivá-los."*P:14, E:2

*"(...) o facto de ter construído ou reconstruído a minha vida umas poucas de vezes... o mudar de local para viver, isso tem deixado ferida (...)"*P:42, E:4

*"(...) vou ter de começar mais uma vez tudo do zero, é bastante complicado (...)"*P:86, E:6

"Não tinha objectivos, os meus objectivos giravam só em torno disso."P:115, E:8

"(...) já podia estar estável, ter o meu carro, a minha carta de condução, a minha casa, o meu trabalho e a minha família, mas tenho de começar tudo do zero."P:140, E:9

Perda da Identidade Pessoal e da Auto-Estima

Uma perda menos visível mas muito sentida, interiormente, é a percepção da perda da própria identidade. A pessoa perde a confiança em si mesma, não sabe o que sente ou o que quer, tem dificuldade em aceitar-se seja ao nível físico, seja ao nível dos pensamentos ou sentimentos. Os acontecimentos externos ou os comportamentos interiores podem contribuir para o enfraquecimento da identidade pessoal. Um fracasso profissional ou uma série de rejeições a nível interpessoal, alimentam a desconfiança e a baixa auto-estima. Também, as atitudes de pessimismo, depressão ou obsessão afectam o equilíbrio e a dignidade pessoal.

A perda de papéis sociais, com as prerrogativas ou reconhecimentos com eles relacionados, pode causar uma reviravolta na própria identidade pessoal (Pangrazzi, 1999).

Esta perda de papéis sociais resulta numa «perda de referências», ilustrada como uma perda de identidade sentida, a qual leva, entre outras, a uma auto-imagem alterada e que é sentida como desestruturante (Sommer, 2004).

*"A grande perda que eu tive foi concerteza eu."*P:13, E:2

*"Uma coisa muito grave sou eu (...)"*P:41, E:4

*"(...) a minha própria destruição (...)"*P:78 ; *"A nível pessoal acho que principalmente deixamos de ser nós próprios (...) a pessoa que eu era hoje não sou. Presentemente, ainda não sou, porque era uma pessoa alegre e divertida, bastante extrovertida e fui perdendo tudo isso ao longo dos anos."*P:85 ; *"As consequências foi tudo aquilo que eu perdi, acima de tudo a minha pessoa, ou seja, a nível da minha personalidade (...)"*P:87 ; *"(...) quando chegamos a este ponto, a nossa personalidade já foi (...)"*P:83, E:6

*"(...) perdi um pouco daquilo que era o Filipe... agora estou a reencontrá-lo mas já diferente."*P:110, E:7

A perda da identidade exige durante o processo de tratamento e reabilitação, a reconstrução dessa mesma identidade estilhaçada pelos consumos continuados, geradores da dependência.

Perda do Sentimento das Emoções

Quando o indivíduo se encontra sob efeito de substâncias psicotrópicas ou numa fase de abstinência inferior a 72 horas, tem dificuldades em identificar, nas expressões faciais das outras pessoas, as emoções básicas como a alegria, a tristeza, o medo, a cólera, a aversão. Apresenta confusão mental. Esta situação tem implicações, por exemplo, ao nível dos profissionais que trabalham na área da toxicodependência, pois «muitas vezes utilizam determinadas expressões para os motivar, quando, na realidade, os toxicodependentes não estão a perceber nada.» (Freitas-Magalhães, 2006)

Por outro lado, há uma incapacidade em sentir as próprias emoções. Alguns indivíduos afirmam que, quando estão drogados, não têm sentimentos nenhuns, a única preocupação é o consumir e arranjar dinheiro para consumir. Perdem as emoções. Como refere Manuel Pinto Coelho (2004), as drogas actuam como amortecedores.

*"Comecei a perder os sentimentos, não chorava, não ria, não dormia, estava a ficar maluco, em desespero (...) nada me fazia sentir, não gostava de nada, não tinha paciência para nada (...) já nem era capaz de dormir, de descansar (...)"*P:7, E:1

Um dos vectores da perda da identidade é a perda da auto-estima. Uma baixa auto-estima pode resultar numa perda de identidade e levar o indivíduo à auto-rejeição, provoca insegurança e pouca autoconfiança. A pessoa que tem uma boa auto-estima, que confia em si própria, torna-se uma pessoa mais tranquila, relacionando-se melhor com os outros e aumentando a sua capacidade de reacção perante a frustração.

O toxicodependente sente-se desvalorizado pelo facto de ser um dependente de drogas e pelas reacções de pena, de rejeição da parte das outras pessoas. A situação agrava-se quando se sentiu no seu passado uma pessoa capacitada para gerir a sua vida, credível, de confiança, capaz de se afirmar como pessoa possuidora de capacidades reconhecidas (Patrício, 1996).

Alguns dos nossos entrevistados reconheceram terem uma fraca auto-estima.

"(...) noto que sozinha não consigo, tenho de ter sempre alguém que me apoie e que me dê forças. Eu sozinha desmotivado, luto, mas depois (...) "P:22 ; "Acho que me tornei um farrapo, olhando-me no espelho acho que estou um bocadinho estragada (...) "P:22, E:3

"(...) desvalorizo-me bastante (...) "P:39, E:4

"(...) começo-me a desleixar, começo a perder a auto-estima."P:76, E:6

"Senti imensa vergonha, senti que a minha auto-estima, a minha dignidade estavam completamente a níveis muito baixos."P:122 ; "(...) chegamos a níveis degradáveis em que já não há respeito e consideração por nada nem por nós próprios."P:125, E:8

Perda do Tempo

Todas as pessoas têm uma noção de tempo que está relacionada com as vivências que têm no presente, com as experiências passadas. A vivência do tempo pode ser alterada consoante as acções nos agradem mais ou menos, sejam mais ou menos afectivas. O toxicodependente tem uma relação com o tempo, uma vivência do tempo e uma gestão do tempo, frequentemente, alterada. A velocidade do tempo presente é ditada pelo ter ou não droga, ou, pelo facto de estar ou não sob o seu efeito. O tempo para o toxicodependente conjuga-se no presente, no imediato.

Perde-se a capacidade de gestão da paciência, a espera torna-se agonizante e o objecto desejado anseia-se num imediatismo infantil e perturbado.

Pelo contrário, a resposta a apelos ou solicitações passa a ser mais lenta, notando-se dificuldades, acrescidas, em cumprir horários.

A memória do próprio passado torna-se demasiado ténue, quase inexistente. De igual modo, o tempo futuro é difícil de imaginar. Muitas vezes, quando se encontra em tratamento, quando desperta de um estado em que tem andado entorpecido, sente-se como que envelhecido, fora do tempo. Os anos passaram por ele sem que os tenha realmente vivido, ficou por fazer o que deveria ter sido feito, por exemplo, ter estudado, ter tirado a carta de condução, ter constituído família, ter uma casa, etc. E, então, nesse momento, sente o vazio. (Patrício, 1996)

Também, o facto de ser preso, devido aos actos delituosos que pratica para a obtenção de dinheiro para a droga, é uma perda de tempo na sua vida. Vários foram os que nos expressaram esta perda.

"(...) dias maus tive sim quando andava a consumir, porque são dias perdidos."P:42; "(...) não me estou a ver com quarenta e cinco anos e o meu filho ter dois ou três."P:45, E:4

"(...) a mim tiraram-me anos de vida (...)"P:81, E:6

"(...) perdi muitas oportunidades de conhecer outras coisas, outras pessoas, viajar (...)"P:110, E:7

Perda do Interesse em Viver / Respeito pela Vida

Os efeitos colaterais, provocados pelo consumo de drogas, incluem aquela que pode ser considerada a mais grave perda humana, a da própria vida. Na verdade, o abismo a que se é remetido pelas drogas é tão mais escuro e profundo quanto nos leva a não respeitar a nossa própria existência. Frequentemente, assistimos, por parte dos toxicodependentes, a atentados contra a vida, quer sejam eles na primeira pessoa através do suicídio (tentado ou conseguido) ou por agressões à integridade física de outrem.

As drogas transformam-se num beco sem saída em que o indivíduo não vislumbra formas racionais de resolver os problemas, submetendo-se à ditadura das emoções e do imediato. A incapacidade de projectar a vida no longo prazo, limita as soluções. Interromper a própria vida surge, pois, como um recurso de todo o toxicodependente, ainda que este não passe de mera conjectura. Atentar contra a segurança e a vida dos outros é algo, também, comum, visto que, no desespero da ressaca, grande parte destes indivíduos não hesitará em fazer o que seja necessário para garantir o consumo. O valor supremo da vida, ela própria, acaba por ser posto em causa no mundo da toxicodependência. A luta pelo regresso a uma vida dita normal, quantas vezes inglória, provoca um sentimento de desacreditação nas próprias capacidades e, viver pode tornar-se completamente desinteressante. Fugir, desistir, surge, amiúde, como a opção num problema de difícil resolução.

"(...) estou farto disto, vou consumir até a morte me levar (...)"P:6, E:1

"(...) por vezes leva-me a desacreditar (...)"P:42 ; "Já tive tentativas de suicídios devido aos consumos (...)"P:45, E:4

Perda da Adolescência / Juventude

A tarefa de cada indivíduo, consiste em evoluir e crescer para actuar segundo o seu potencial. A evolução opera-se através de diversas fases de crescimento: a infância, a adolescência, a juventude, a idade adulta, a morte. Cada uma destas fases é caracterizada por tarefas específicas de desenvolvimento, por oportunidades e responsabilidades diversas. Devido ao processo de desenvolvimento inerente à transição para a idade adulta, os adolescentes têm uma maior vulnerabilidade ao consumo de drogas. O envolvimento neste tipo de comportamentos, não saudáveis, interfere com o processo normal de desenvolvimento adolescente. Desenha-se como uma paragem da esperada maturação emocional. Os leigos acusam os toxicodependentes de serem impulsivos, imaturos, irresponsáveis, e, na verdade, é assim que eles, usualmente, reagem. O tóxico reduz a participação nos papéis sociais próprios, deste estágio do ciclo da vida e acaba por interferir com finalidades ocupacionais.

Tal como nos refere uma das especialistas⁵², uma das perdas ao nível individual é também a perda desta fase de desenvolvimento. São indivíduos que não viveram a adolescência, que começaram a drogar-se com treze, catorze anos, logo, não sabem o que é ser adolescente. Há indivíduos com quarenta anos que estão no momento a viver este estágio, com todas as suas revoltas.

*"Fez-me abdicar, se calhar, um bocado da minha juventude. Se calhar, sem droga podia ter curtido mais e não curti."*P:64, E:5

"(...) muito imaturo em muitas coisas porque estou a vivê-las recentemente, embora eu já as conheça, mas nunca as vivi com

⁵² Dra. Paula Vicente, Entrevista a técnicos número I.

*ansiedade nem nunca passei por elas da forma como estou a passar.
Para mim são coisas novas."P:110, E:7*

Perda da Substância

Todas as perdas, anteriormente listadas, foram percebidas e descritas pelos nossos entrevistados, umas mais que outras, contudo, há uma perda que nenhum referiu, mas que consideramos importante abordar: a perda da substância em si, embora, a nível qualitativo, se considere ser a única de pendor benéfico.

A maioria dos toxicodependentes consome droga para evitar lidar com as dificuldades que surgem na família, em casa, no emprego (...); para melhorar a sua auto-estima, oferecendo-lhe uma reconfortante sensação de identidade, etc.

Passar sem a substância da sua eleição pode ser devastador, é como perder a sua *muleta* e ter de aguentar sozinho sem qualquer ajuda.

Quando corta com a droga, ele deixa de contar com o que, magicamente, o subtrai da dificuldade psicológica, da angústia e do conflito, deixa de contar com aquilo que materializou a sua tranquilidade de espírito, a sua única fonte de segurança. (Coelho, 2004)

O toxicodependente para se tratar deve encarar o rompimento daquilo que para ele é a relação primária: a droga. A sua recuperação exige dele um "adeus ao seu velho eu", aos antigos hábitos que, mesmo sendo causa de problemas pessoais e familiares, tinham dado um tom de "aventura" à sua vida...

INTER-RELAÇÕES ENTRE AS DIVERSAS DIMENSÕES DE ANÁLISE

Dissecadas, uma a uma, as várias dimensões de análise, referentes aos percursos de vida dos entrevistados, propomos agora estabelecer pontos de contacto e relações de interdependência entre elas, e comprovar a transversalidade de vivências e impactos sociais entre as dez histórias de vida.

A família, alicerce fundamental do processo de crescimento e socialização, funcionou, sistematicamente, como factor de perturbação. Identificaram-se famílias disfuncionais, cujas causas emanam do consumo de drogas, especialmente álcool, da fraca ou problemática comunicação entre os seus membros, da ausência de rituais de família, do não estabelecimento de regras e limites e do desmoronamento do quadro conjugal, por morte de um dos cônjuges, ou por separação.

A indisponibilidade da família, ou simples alheamento, para colaborar nas questões de âmbito escolar, foi referida como factor de desinteresse, insucesso, e posterior abandono dos estudos. O percurso escolar interrompido deu origem à entrada precoce no mundo laboral, funcionando, este, como concorrente directo da escola, visto que, almejando independência financeira, o, então, adolescente procura uma actividade remunerada, em detrimento da escola. A actividade profissional e os consumos (prematuramente iniciados e à medida que se tornam compulsivos) vão-se tornando incompatíveis. Esta impossível conciliação do indivíduo ao duplo papel de trabalhador/consumidor condu-lo à desresponsabilização na função laboral, resultando em situações de rotatividade e precariedade laboral ou de desemprego.

A precocidade, no toxicodependente, é, de resto, uma realidade que se verifica nos mais variados contextos da vida. Para além do abandono da escola e do ingresso no mercado de trabalho, cedo começam, também, a estabelecer relações afectivo-sexuais de que, muitas vezes, resultam gravidezes não planeadas e relações maritais, formais ou não. O meio adstrito ao *mundo* da droga que, inicialmente, facilita as relações vai, com a escalada dos consumos, motivar a instabilidade e a ruptura. A transição para a idade adulta, por precoce e forçada, é feita com níveis de maturidade próprios de um adolescente. O papel paternal é menosprezado, inconscientemente, dada a incapacidade resultante da escalada dos consumos.

Nos nossos entrevistados o início dos consumos variou entre os onze e os catorze anos, idade de frequência dos segundo e terceiro ciclos de ensino. Oitenta por cento dos entrevistados abandonou o percurso escolar, nesta fase, vindo a enveredar por um efémero percurso laboral.

Percepcionámos como motivações para a entrada nos consumos a ocorrência de eventos significativos, como lutos, conflitos familiares verbais e físicos, e divórcios. Sendo a morte uma inevitabilidade, há-de aceitar-se que o doloroso processo de luto consequente deixa marcas que, não existindo uma retaguarda forte e organizada, como parece não ter havido, fragiliza o indivíduo, colocando-o numa situação de risco. Olhando os pais como modelos de identificação, o adolescente, perante um quadro de violência ou separação, sente-se inseguro e desprotegido, abrindo-se um espaço para a adopção de comportamentos de risco.

A curiosidade aliada ao natural gosto dos jovens pelas situações-limite motivou, também, a experimentação de drogas, bem como, a evasão a sentimentos negativos.

A integração no grupo de pares teve uma relação de causa/efeito. O início dos consumos aconteceu, para que a integração se efectivasse ou por esta ter acontecido, em grupos onde a droga já circulava. Registe-se que, o espaço escolar contribuiu para o início e/ou continuidade dos consumos, tanto por já existirem situações de consumo e tráfico no seu interior, como por haver uma inadequação do adolescente à dinâmica escolar.

A média de consumos rondou os dezanove anos, tendo todos os entrevistados sido policonsumidores. A degradação provocada pela escalada dos consumos foi uma das motivações para o tratamento. A grande desestabilização familiar que decorre da existência de um toxicodependente no seu seio tem como efeitos negativos, a ocorrência de situações de ruptura, mais ou menos prolongadas. É a partir destas situações que se reforçam as pressões familiares para o tratamento e o próprio consumidor, apercebendo-se das perdas que lhe advieram e do sofrimento que causou aos familiares, pode automotivar-se para o tratamento.

A percepção das perdas provocadas pelo percurso na toxicodependência foi, afinal, a principal motivação para o tratamento. Apesar de não conseguirem identificar, claramente, as perdas específicas, todos reconheceram que a sua vida estava num estado insustentável - o desespero por se verem envolvidos em situações de extrema complexidade a nível da perda, por exemplo, da paz e da liberdade, quer tenha sido por processos judiciais ou por envolvimento com grupos marginais; ou, a outro nível, o reconhecimento de que se encontravam embrenhados num percurso destrutivo, ao qual sabiam querer fugir, mas, cuja forma de o conseguir se lhes revelava intransponível.

As dificuldades, que se apresentam ao toxicodependente para abandonar a trajectória das drogas, estão bem patentes

no ciclo vicioso de entradas em tratamento e recaídas, comuns aos percursos de vida da maioria dos entrevistados. Constatase que o processo de reinserção social não atingiu os objectivos - à fragilidade psicológica do indivíduo junta-se a incapacidade da sociedade e das instituições para o reintegrar, nas diferentes vertentes, laboral, cultural e social. O toxicodependente, na fase de tratamento, passa por um doloroso processo de desabituação e o seu poder de decisão encontra-se muito debilitado. Se não houver um acompanhamento efectivo a nível bio-psico-social, revelar-se-ão as fraquezas do consumidor, para enfrentar os desafios colocados pela sociedade. No processo de reinserção social, os problemas não parecem surgir da falta de estruturas, mas sim, da fraca interdisciplinaridade da ajuda e da não humanização do processo, pelo que, se deveriam centrar os esforços na pessoa em si, em detrimento do problema geral. Pela percepção dos entrevistados, o papel, por exemplo, do Assistente Social, foi, algo, marginal, limitando-se a actos administrativos e apresentações pontuais, em vez de acompanhar, a par e passo, o processo desde o seu início e numa perspectiva multifacetada.

CONCLUSÃO

Tendo em consideração os objectivos a que nos propusemos, a metodologia utilizada, as diferentes abordagens consideradas e os resultados da análise do trabalho de campo, foi possível chegar às seguintes conclusões:

O trabalho teve como um dos objectivos apresentar os resultados de dez percursos biográficos de consumidores de drogas, caracterizando o contexto multifactorial em que se desenrolou a sua história de vida, o contexto de socialização desde a infância até à fase adulta, as motivações do início do consumo de drogas, a evolução do consumo até à dependência, as tentativas de tratamento e as suas motivações e a percepção das consequências do consumo de drogas.

Tendo esta investigação adoptado uma estratégia de tipo abductivo, facilitou-nos a recolha de dados nas entrevistas semi-estruturadas que realizámos, bem como a relação estabelecida e a empatia criada entre ambas as partes, o que nos permitiu, também, procedermos a uma análise mais detalhada das histórias de vida dos entrevistados.

Assim, de um modo geral, os entrevistados descreveram as suas famílias como tendo algumas disfuncionalidades como: dificuldades a nível comunicacional; dificuldades no estabelecimento de regras e limites; dificuldades na expressão dos afectos e conflitos entre os pais.

Nas dez narrativas esteve sempre presente a tentativa de conciliar os consumos com o trabalho, mas a partir do momento que o consumo esporádico deu lugar ao consumo regular, a relação com o trabalho foi praticamente impossível de se manter. O mesmo aconteceu com a continuidade do percurso escolar.

Todos os entrevistados foram policonsumidores de drogas. A idade de início de consumo variou entre os onze e os dezasseis anos, consoante o tipo de droga. O número de anos de consumo variou entre os dois e os trinta anos. Neste grupo todos foram consumidores de *cannabis*, verificando-se que esta droga serviu como porta de entrada para o consumo de outras drogas, como a heroína e a cocaína.

Foram várias as motivações e os contextos apontados para o início do consumo e sua evolução para um estado de dependência, desde factores relacionados com a família, factores pessoais, relacionados com o grupo de pares, com eventos significativos na vida.

A maioria procurou o primeiro tratamento após terem tomado consciência da sua dependência, em particular da heroína, e quase todos por pressão familiar. Não obtendo, desta forma, sucesso no tratamento, passando por um ciclo vicioso de tratamento/recaída.

Pensamos ter conseguido descrever, com minúcia, o rol de perdas provindas, directa e indirectamente, do consumo de drogas, bem como o impacto que estas tiveram na vida dos consumidores. Os resultados obtidos permitem afirmar que os entrevistados conseguem identificar, embora com alguma dificuldade, algumas das perdas sofridas. Na generalidade, têm percepção das perdas de saúde, das rupturas familiares e/ou conjugais, das perdas materiais, da perda de determinados valores como a honestidade e a liberdade, das perdas profissionais. No entanto, outras igualmente importantes foram praticamente ignoradas, por sua própria incapacidade de percepcioná-las, como a perda da paz e da tranquilidade, do autodomínio ou autocontrolo, dos sentimentos e das emoções, da adolescência e/ou juventude, a perda do tempo e do próprio interesse em viver, bem como o respeito pela vida.

Concluimos, também, que o toxicodependente só encontra motivação para o tratamento quando a consciência da(s) perda(s) sofridas é de tal maneira dolorosa que não lhe deixa alternativas.

Se por um lado, o impacto da toxicoddependência inflige perdas que se podem reverter, outras há que são irreversíveis, falamos: do tempo perdido no mundo dos consumos, afectando as diferentes vertentes da vida, invalidando a concretização dos projectos e objectivos de vida; a contracção de doenças ou sequelas de carácter insanável (hepatites, HIV, danificação das estruturas cerebrais, etc.); e as perdas económicas e materiais que não têm retorno possível.

Apenas quando as perdas são "maiores" que os ganhos, é que o consumidor pede ajuda para tratamento. As perdas podem ser de vária ordem, mas têm de ter significado íntimo para o indivíduo. Para uns pode ser a ruptura familiar ou conjugal que os auto-motive para o tratamento, para outros poderá ser a perda de saúde, por exemplo.

Questão a que, inicialmente, nos propusemos responder e, para a qual, esta investigação se revelou inconclusiva, prende-se com o nível de sensibilização dos Assistentes Sociais face ao problema das perdas resultantes do consumo de drogas. Apesar de ser nossa convicção que, efectivamente, existe reduzida informação e formação neste domínio, não nos foi possível investigar, conclusivamente, sobre este assunto por se afastar do objecto em estudo. O que parece decorrer da análise das entrevistas é que há um défice na relação deste técnico com o toxicodependente. Esta deficiente interacção consubstancia-se, quer pela sua ausência nas equipas técnicas, ao longo de todo o processo de tratamento, em particular na fase da reinserção, quer na ausência de

estratégias direccionadas para a saída da droga baseadas na percepção das perdas.

De facto, os dados recolhidos não permitem tirar conclusões definitivas, apenas que, no ciclo vicioso do tratamento/recaída o processo de reinserção social se apresenta descontínuo e fragmentado.

BIBLIOGRAFIA

AGRA, Cândido (1998) *Entre Droga e Crime: Actores, Espaços, Trajectórias*, Lisboa, Notícias.

ANDER-EGG, Ezequiel (2001) *Métodos y Técnicas de Investigación Social III: Como Organizar el Trabajo de Investigación*, Buenos Aires, Lúmen Humanitas.

APÓSTOLO, João (2002) *Vinculação - Intimidade e Bem-Estar Psicológico em Consumidores de Heroína: Estudo Comparativo entre Consumidores e Não Consumidores*, Coimbra, Interações n.2, ISMT, pp.106-122.

ARICÓ, Carlos; BETARELLO, Sérgio (1998) *Drogas, Perigos e Preconceitos*, Ícone Editora Ltda, São Paulo.

BAGAGEM, M.P.M.S. (1999) *Droga: A Desintegração Familiar e Social dos Jovens*, Lisboa, ISER-UNL.

BAPTISTA, M.N. (1995) "A Prevenção das Toxicodependências", Lisboa, Texto Editora.

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

BARREIRA, C. (1994) *Os estilos de Vida e o Convívio Quotidiano*, in Barreira, C.; REIS, A. - *Portugal: 20 Anos de Democracia*, Lisboa, Círculo de Leitores.

BLAIKIE, Norman (2000) *Designing Social Research*, Cambridge, Polity Press.

BLÉANDONU, Gérard (2003) *Apoio Terapêutico aos Pais*, Lisboa, Climepsi Editores.

BERGER, L. (1995) *Aspectos Psicológicos e Cognitivos do Envelhecimento*, in Louise Berger. *Pessoas Idosas. Uma Abordagem Global*, Lisboa: Lusodidacta.

BOYLE, K.; POLINSKY, M.; HSER, Y.-I (2000) *Resistance To Drug Abuse Treatment: a Comparison of Drug Users Who Accept or Decline Treatment Referral Assessment*, *Journal of Drug Issues*, vol.30, n°3, pp.555-574.

BOWLBY, John (1987) *Apego e Perda*, São Paulo: Martins Fontes.

CARROL, M. (1991) *Enfermagem para Idosos*, São Paulo: Organização Andrei.

CHAVES, M. (1998) *Consumos de Novas Drogas, Toxicodependências*, Lisboa, Ano 4, n°2.

COELHO, Manuel Pinto (2001) *Ser Herói para a Heroína*, Editorial Notícias, Lisboa.

COELHO, Manuel Pinto (1986) *Toxicomania: A Liberdade Começa no Corpo*, Lisboa, Correio da Manhã.

COELHO, M.P. (1998) *Toxicodependência*, 3ª ed., Lisboa, Fim de século.

COELHO, M.P. (2004) *Um Portugal Livre de Drogas: Contributo para Uma Nova Política da Toxicodependência*, Lisboa, Gradiva.

COLLE, F.-X. (2001) *Toxicomanias, Sistemas e Famílias*, Col. Alcoolismo e Toxicomanias Modernas - 6, Lisboa, Climepsi Editores.

COSTA, N.F. (1997) *Subsídios para a Discussão da Política das Toxicodependências*, Toxicodependências, 1.

COSTA, N.F. (1995) *A Perturbação da Vivência do Tempo na Toxicodependência e na Depressão*, in Toxicodependências, Ano 1, nº2.

D'ARCOS, C.P. (1996) *A Droga é uma Merda*, II Vol., Dossier Denúncia.

DECRETO-LEI Nº 43/94, de 17/02 - Aprova a Lei Orgânica do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT). *DR*, I Série-A. Nº40 (17-02-1994), pp. 724-731.

DECRETO-LEI Nº 67/95, de 08/04 - Introduce Alterações ao Decreto-lei nº 43/94, de 17/02. *DR*, I Série-A. Nº 84 (08-04-1995), pp. 2084-2088.

DECRETO-LEI Nº 83/90 de 14/03 - Cria, na dependência do Ministério da Saúde, o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT) integrando os serviços já existentes no mesmo e o Centro de Estudos da Profilaxia da Droga, que transitou do Ministério da justiça para o da Saúde. *DR*, I Série. Nº 61 (14-03-1990), pp. 1222-1225.

DEITS, Bob; ALVES, Maria João (2001) *A Vida depois da Perda*, Livros de Vida, Mem Martins.

DIAS, C.A. (1991) *Ali Babá Droga: Uma Neurose diabólica do século 20*", Escher, Lisboa.

DIAS, C.A. (1979) *O Que Se Mexe a Parar*, Porto, Afrontamento.

DIAS, C.A. (1980) *A Influência Relativa dos Factores Psicológicos em Psicologia no Evolutivo Toxicómano*, Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

DIAS, C.M.H. (2000) *Atitudes de Técnicos Superiores de Reeducação e Técnicos de Reinserção Social dos Serviços Prisionais Perante a Pessoa Toxicodependente: Um Estudo Exploratório em Portugal*, Coimbra, Tese de Mestrado apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga.

DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA (2004), Porto Editora.

DÓRIA, M.A. (1995) *Narcisismo e Toxicodependência*, Badajoz, Universidade de Extremadura.

DSM-IV (1995) *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*", 4ª Ed., Porto Alegre, Artes Médicas.

DUCHAUSOIS, Charles (2004) *Viagem ao Mundo da Droga*, Lisboa, Livros do Brasil.

ECO, Umberto (2005) *Como Se Faz Uma Tese Em Ciências Humanas*, 12ª Ed., Queluz de Baixo, Editorial Presença.

ESTEVES, Manuel; BRITO, Manuela (2001) *Consumos que nos consomem: Toxicodependência e Toxicodependentes*, Âmbar.

FARATE, C.M.C. (1996) *Risco Relacional e Consumo de Drogas: A Complementaridade das Abordagens Clínica e Epidemiológica do Risco Aditivo*, Tese de Doutoramento, Porto: Instituto de Ciências Médicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

FÉLIX, A.; RICARDO, C.; SANTOS, R. (1998) *Luto, Perdas e Processos de Mudanças*, Seminário: Consulta Psicológica de Jovens e Adultos.

FERNANDES, Luís (1998) *O Sítio das Drogas, Comportamentos*, Lisboa, Editorial Notícias.

FERREIRA, João (2001) *Agonia: Uma Lição de Vida*, Lisboa, Oficina do Livro.

FERREIRA, J.D. (1999) *Informação Geral para Prevenção das Toxicodependências*, Algarve, Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência.

FERROS, L. (2003) *Jovens, Drogas e Famílias - Uma Breve Revisão da Literatura*, Toxicodependências, Vol.9,nº 2, pp.71-83.

FLEMING, M. (1995) *Família e Toxicodependência*, Porto, Edições Afrontamento.

FRAZÃO, C. e col. (2005) *O Carrossel da Vida: Histórias do Agarrar*, Lisboa, Climepsi Editores.

GEADA, M. (1997) *Experiências de Vinculação Afectiva aos Pais e Companheiros e Aptidões de Coping em Heroínodedependentes e*

num Grupo de Controlo, *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, Junho, pp. 41-58.

GEADA, M. (1992) *Vulnerabilidade Psicológica ao Consumo Ilícito de Tóxicos na Adolescência*, Lisboa, Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

GUEISMAR, S. (1999) *Nem Todos os Toxicómanos São incuráveis*, Lisboa, Terramar.

HARTMAN, J. (1980) *Psychotherapy and TC Treatment With Drug Addicts*, Colectânea de Textos, Restelo: CT, CEPD-sul.

LALANDA, Piedade (1998) *Sobre a Metodologia qualitativa na Pesquisa Sociológica*, Lisboa, in *Análise Social*, vol. XXXIII, pp. 871-883.

LEI N° 7/97, de 08/03 - Alarga a Rede de Serviços Públicos para o Tratamento e Reinserção dos Toxicodependentes. *DR*, I Série-A. N° 57 (08-03-1997), pp. 1038-1039.

LOPES, A.; FRANQUEIRA, H. (1999) *Influência da Comunidade Terapêutica na Adopção de Estilos de Vida Saudáveis*, Toxicodependências, n° 2.

LORGA, Paulo (2001) *Toxicodependência e Sexualidade*, Publicações Instituto da Droga e da Toxicodependência, Vol. 7, N° 3.

LUFT, Lya (2004) *Perdas e Ganhos*, Barcarena, Presença.

MAGUIRE, L. (1983) *Understanding Social Networks*, USA, Sage Publications.

MARLATT, G.; GORDON, J. (1993) *Prevenção da Recaída: Estratégias de Manutenção no Tratamento de Comportamentos Aditivos*, Porto Alegre, Artes Médicas.

MARQUES, Ramiro (2000) *O Livro das Virtudes de Sempre*, Lisboa, Edições ASA.

MATOS, A. Coimbra (2001) *A Depressão*, Lisboa, Climepsi Editores.

MAYER, Robert et al (2000) *Méthodes de Recherche en Intervention Sociale*, Montreal, Gaëtan Morin, pp.287-325.

MCDONALD, Peter (1997) *O Luto, um Processo de Cura*, Associação para o Tratamento das Toxicodependências, Colares Editora.

MORÉ, D. Serrat (2003) *Problemas Médico-Legales del Consumo de Drogas*, Publicações Instituto da Droga e da Toxicodependência, Vol. 15, nº 1.

MOREL, Alain; HERVÉ, François; FONTAINE, Bernard (1998) *Cuidados ao Toxicodependente*, Climepsi: Editores, Lisboa.

MORÓN, Maria; FUENTES, M.; VALLS-LLOBET, Carme (1997) *Vencer os Vícios*, Círculo de Leitores, Lisboa.

NAIK, Anita *Drogas, do Tabaco e do Álcool à Heroína, tudo o que tu, os teus professores e toda a gente devem saber*, Lisboa, Editora Gradiva.

NARCOTICOS ANONIMOS (1991) *Narcóticos Anónimos*, World Service Office - Conferência de NA.

NASCIMENTO, R.M.N. (2000) *Vida, Morte e Imortalidade em Toxicodependência*, Coimbra, Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Miguel Torga.

NETO, Domingos (1990) *Deixar a Droga, Tratamento para os Anos 90*, Edições 70, Lisboa.

NOVO, Alzira (2001) *A Toxicodependência na Escola*, Lisboa, Edições Paulinas.

NOWLIS, Helen (1989) *A Verdade sobre as Drogas*, Lisboa, Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga.

QINCEY, Thomas de (1989) *Confissões de um Opiómano Inglês*, Contexto.

PAÇÃO, I.M.R. (1995) *Toxicodependência: Barreiras à Inserção no Mercado de Trabalho Versus Criminalidade*, Lisboa, Tese de Mestrado apresentada ao ISCTE.

PARDAL, Luís António e Correia, Eugénia (1995) *Métodos e Técnicas de Investigação Social*, Porto, Areal.

POIARES, C.A. (1999) *Contribuição para uma Análise Histórica da Droga*, Toxicodependências, Lisboa, Ano 5, nº 1, pp. 3-11.

PAIS, J.M. (2001) *Ganchos, Tachos e Biscates: Jovens, Trabalho e Futuro*, Porto, Âmbar.

PANGRAZZI, Arnaldo; TESCARDO, F.; RÊGO, E. (1999) *Conviver com a Perda de uma Pessoa Querida*, Paulinas, Lisboa.

PARKES, C.M. (1998) *Luto: Estudos sobre a Perda na Vida Adulta*, São Paulo, Summus Editorial.

PATRÍCIO, Luís (1996) *Droga de Vida, Vidas de Drogas*, Bertrand Editora.

POIRIER, Jean (et al) (1995) "*Histórias de Vida: Teoria e Prática*", Oeiras, Editora Celta.

PONS, E.; GONZÁLEZ, I. (2003) *Valores para a Convivência*, Setúbal, Marina Editores.

REY, Pierre (1985) "*Como Deixar a Droga*", Lisboa, Publicações Dom Quixote.

ROGERS, C. (1985) *Tornar-se Pessoa*, 7ª Ed., Lisboa, Moraes Editores.

SANTOS, A.C. (2004) *O Toxicodependente, a Comunidade Terapêutica e a Mudança de Estilos de Vida*, Badajoz, Tese de Doutoramento, Universidade de Extremadura: Departamento de Psicología Y Sociología de la Educación.

SANTOS, Sara (2002) *Os Herdeiros da Droga: A Problemática dos Filhos dos Toxicodependentes*, Coimbra, Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Miguel Torga.

SEIÇA, H.G. (2000) *(Re) Inserção... Uma Procura Sem Fim!!!*, Coimbra, Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Miguel Torga.

SOMMER, Manuel (2004) *Carreiras de Saída da Toxicodependência* Climepsi Editores, Lisboa.

TAVARES, Maria Amélia (2002) *Drogas de Abuso*, Publicações Instituto da Droga e da Toxicodependência, Vol. 8, nº 2.

TORRES, Nuno (2001) *A Pedra e o Charco: Sobre o Conhecimento e Invenção nas Drogas*, Almada, Íman.

VICENTE, A.P.L.M. (1994) *Redes Sociais em Ex-Consumidores de Heroína Integrados ou Não num Grupo de Auto-Ajuda*, Lisboa, Monografia, Instituto Superior Psicologia Aplicada.

VIEIRA, A.R.C. (2003) *Sonhos Traídos: Análise do Percurso de Vida de Toxicodependentes em Acompanhamento pela Equipa de Apoio Social Directo*, Coimbra, Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Superior Miguel Torga.

VIEIRA, C. (2001) *Repetição, Compulsão à Repetição e Recaídas*, Toxicodependências, Vol. 7, nº 2.

VIORST, Judith (2003) *Perdas Necessárias*, Editora Melhoramentos, S. Paulo.

XIBERRAS, Martine (1997) *Sociedade Intoxicada*, Lisboa, Instituto Piaget.

WORDEN, J. W. (1993) *Terapia do Luto*, Porto Alegre. Artes Médicas.

NETGRAFIA:

www.idt.pt

[www.adroga.casadia.org/tratamento/DROGADICAO UM JEITO TRISTE
DE VIVER.br](http://www.adroga.casadia.org/tratamento/DROGADICAO_UM_JEITO_TRISTE_DE_VIVER.br)

www.oedt.pt

www.viver.org/sobreoviver/diagnostico/3.html