

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de
Coimbra

(SOBRE)VIVENTES DAS DEPENDÊNCIAS
A perspetiva das forças no Serviço Social

Sara Isabel Vicente Brandão

Tese no âmbito do Mestrado em Serviço Social orientada pela Professora Doutora Clara
Cruz Santos e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra.

setembro de 2019



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradecer à minha orientadora Professora Doutora Clara Cruz Santos, por nunca me ter deixado desistir desta caminhada, por todo o apoio dado ao longo de todo este trabalho e por contribuir para o meu percurso académico e profissional.

Não podia deixar de agradecer a todos os docentes do Mestrado de Serviço Social, pelos desafios e transferência de conhecimentos ao longo de todo este processo, que marcará para sempre o meu percurso.

O meu maior agradecimento e gratidão vai para as utentes da Comunidade Terapêutica onde atualmente desempenho funções de Assistente Social, que prontamente aceitaram integrar esta investigação, sem elas este trabalho não teria a mesma essência. Agradecer também à Direção da Instituição onde desempenho funções que autorizou a realização do presente trabalho.

Aos meus colegas de trabalho, aqueles que sempre me incentivaram e apoiaram. Em especial à Ana Botelho, à Beatriz Rosa, à Cristiana Morais, à Dora Afonso e à Eva Pinheiro.

Aos meus pais, Isabel e José, aqueles que sempre acreditaram em mim e me deixaram voar.

Ao meu André, aquele que sempre esteve para mim todos os dias. Aquele que teve a maior paciência do mundo. Aquele que me incentivou, compreendeu e me lembrou que eu era capaz, todos os dias em que me apeteceu desistir.

A todos um agradecimento especial.

Resumo

O Serviço Social, enquanto disciplina científica e profissão, sofreu inevitavelmente com as referidas mutações, tendo assim a necessidade de se reconfigurar a par com as políticas sociais. Perante isto, o contexto de prática, apresenta-se aos assistentes sociais com um cenário de radicais mudanças e fragmentações sociais, obrigando conseqüentemente a que estes reconsiderem a sua intervenção perante os novos desafios da nova realidade com que os profissionais se iram confrontar.

A presente investigação pretendeu dar ênfase à intervenção social feita a partir das potencialidades e dos recursos dos indivíduos, permitindo assim uma abordagem diferenciadora e potenciadora dos mesmos, através de instrumentos centrados na pessoa, tal como o biograma.

Esta é uma investigação qualitativa, de carácter exploratório, foi levada a cabo no distrito de Coimbra e foram realizadas oito entrevistas semiestruturadas a utentes de uma Comunidade Terapêutica. A população alvo do estudo, é constituída por oito participantes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 39 e os 57 anos de idade. Após a recolha dos dados, realizaram-se a transcrição das entrevistas e construção dos respetivos biogramas.

Os resultados obtidos revelam a escassa consciência dos participantes das suas potencialidades e recursos internos, que promovem necessariamente uma intervenção social focada nas forças e potencialidades dos sujeitos, de forma a desenvolver uma intervenção mais capacitadora. A informação recolhida, revela que os indivíduos assumem fatores de resiliência e de força para ultrapassar momentos significativos de adversidade, em fatores externos a si.

PALAVRAS-CHAVE:

Serviço Social; Teoria das forças; Dependências; Biograma.

Abstract

Social work, as a scientific discipline and profession, inevitably suffered from these changes, having to reconfigure it self alongside social policies. The context of practice presents the social workers with a scenario of radical changes and social fragmentation, thus obliging them to reconsider their intervention in the face of the new challenges of the new reality that professionals will face.

This research to emphasize the social intervention made from the potentialities and resources of individuals, thus allowing a differentiating and potentiating approach through the use of person centered instruments, such as the biogram.

This is a qualitative exploratory research, carried out in the district of coimbra and eigh semi-structured interviews were conducted with users of a Therapeutic Community. The study population consists of eigh female participants, aged between 39 and 57 years old. After data collection, the interviews were transcribed and the respective biograms were constructed.

The results show the poor awareness of participants about their potentialities and internal resources, wich necessarily promote a social intervention focused on the strengths and potentialities of the subjects, in order to develop more empowering intervention. The information gatherd reveals that individuals resilience and strength factos to overcome significant moments of adversity, in external fators to themselves.

KEYWORDS:

Social Work; Theory of forces; Addictions; Biogram.

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract	iii
Índice	iv
Introdução	8
Parte I- Enquadramento Teórico - Concetual	12
Capítulo I- Das Teorias às Práticas em Serviço Social	13
1.1- As diferentes visões e campos pragmáticos do Serviço Social	16
1.2- As teorias para a prática.....	18
Capítulo 2- A teorias das forças	20
2.2- A Teoria das forças: um novo campo de intervenção	25
2.3- O <i>empowerment</i> e a teoria das forças	29
2.4- Resiliência e a teoria das forças	32
Capítulo 3 – A Teoria das forças como referencial na prática do Serviço Social	33
3.1- A intervenção social baseada na perspetiva das forças.....	33
3.2 - A avaliação com base na perspetiva das forças	37
Capítulo 4- Dependências e Comunidades Terapêuticas	43
4.1 - Substâncias lícitas: o álcool.....	43
4.2 - Substâncias ilícitas	46
4.2.1- Cannabis.....	46
4.2.2- Alucinogénios	48
4.2.3- Opióides.....	49
4.2.4- Estimulantes.....	51
Parte II- Enquadramento empírico: Metodologia e Resultados	54
Capítulo 5 - Enquadramento metodológico	55
5.1 – Problema de Pesquisa e objetivos	55
5.1.3- Metodologia(s).....	60
5.1.4- - Os participantes	63
5.1.5- Descrição do processo de investigação	63

5.1.6- O biograma	63
5.1.7- História de Vida	66
5.2-Análise e discussão dos dados recolhidos	68
5.2.1- Discussão dos Resultados	79
Considerações finais	81
Apêndices	I
Apêndice 1: Consentimento informado	II
Apêndice 2: Guião das entrevistas	IV
Apêndice 3: Transcrição das entrevistas	VII
Apêndice 3.1- Entrevista nº 1	VII
Apêndice 3.2: Entrevista nº 2	XXI
Apêndice 3.3: Entrevista nº 3	XXVI
Apêndice 3.4: Entrevista nº 4	XXXIII
Apêndice 3.5: Entrevista nº 5	XXXIX
Apêndice 3.6: Entrevista nº 6	XLIV
Apêndice 3.7: Entrevista nº 7	XLIX
Apêndice 3.8: Entrevista nº 8	LVI
Apêndice 4: Biogramas	LXVII
Apêndice 4.1: Biograma E1	LXVIII
Apêndice 4.2: Biograma E2	LXIX
Apêndice 4.3: Biograma E3	LXX
Apêndice 4.4: Biograma E4	LXXI
Apêndice 4.5: Biograma E5	LXXII
Apêndice 4.6: Biograma E6	LXXIII
Apêndice 4.7: Biograma E7	LXXIV
Apêndice 4.8: Biograma E8	LXXV
Bibliografia	LXXVI
Netgrafia	LXXX

Índice de Figuras

Figura 1: Campos Paradigmáticos das teorias em Serviço Social	16
Figura 2: CPR das Forças	27
Figura 3: Componentes de <i>empowerment individual</i>	31

Índice de tabelas

Tabela 1: A- Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	68
Tabela 2: A- Identificação da dependência.....	69
Tabela 3: A- Momentos Positivos significativos de vida e significação atribuída pelo indivíduo.....	71
Tabela 4: A- Momentos Significativos Negativos e significação atribuída pelo indivíduo.....	72
Tabela 5: C- Circunstâncias de Vida Significativas.....	73
Tabela 6: C2- Relações de suporte	75
Tabela 7: D- Perspetiva dos acontecimentos e Perspetivas de futuro.....	77

Abreviaturas

CT – Comunidade Terapêutica

FPCE-UC – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

UAC – Unidade De Alcoologia de Coimbra

UD – Unidade de Desabituação

Introdução

A presente investigação “(Sobre)viventes das dependências – A intervenção social com enfoque na perspectiva das forças” pretende evidenciar a intervenção capacitadora em Serviço Social na área das dependências, com enfoque para a teoria das forças¹ como abordagem privilegiada para a prática social.

Defende a ação capacitadora da perspectiva das forças como a mais adequada para o aumento da resiliência e a mudança em contexto de risco e de adversidade. A incerteza e o risco emergiram, na sociedade moderna com *“um crescente desenvolvimento das instituições sociais e modernas, que se expandem pelo mundo e criam oportunidades maiores para os seres humanos usufruírem de uma existência segura e compensadora”* (Giddens, 1995:10); onde se observa igualmente, um desequilíbrio económico e ambiental, marcado por conflitos, tensões e divisões sociais, assim como a deteriorização das condições de vida entre pessoas, grupos e povos.

Observa-se, a nível social profundas mudanças em diversas áreas: no emprego, os novos padrões e tradições familiares, a democratização das relações pessoais, a alteração de valores, entre outros que exigem intervenções sociais ajustadas à complexidade das situações dos utentes e, assim fazer face às constantes mudanças. A sociedade confronta-se com um novo paradigma de estruturação, onde as mudanças são inúmeras e rápidas, obrigando os profissionais a uma profunda adaptação aos novos desafios que decorrem das alterações no Estado, na economia e na sociedade.

A individualização e o risco possuem impactos importantes na conceção do indivíduo. Assim (Giddens, 2009), defende individualismo como “indivíduo-ator”, isto é, a capacidade de cada um criar e recriar o seu próprio destino, dotando-o de uma liberdade individual condicionada. Liberdade que se relaciona intimamente com os constrangimentos sentidos pelos sujeitos, sem o mesmo grau de oportunidades, vivendo em contextos de vulnerabilidade. Integração e exclusão coexistem nesta nova realidade, uma vez que a contratualização inerente à individualização e à gestão de risco não considera a singularidade de cada cidadão e as suas ferramentas/ recursos para ativar em diferentes contextos.

¹ Sallebey (2009) e Rapp (2006), autores de referência neste âmbito, designam-na como teoria das forças, considerando-a uma teoria para a prática, e nesse sentido utilizam também a designação de perspectiva das forças.

O Serviço Social, enquanto disciplina científica e profissão, sofreu inevitavelmente com as referidas mutações, tendo assim a necessidade de se reconfigurar a par com as políticas sociais. Perante isto, o contexto de prática, apresenta-se aos assistentes sociais com um cenário de radicais mudanças e fragmentações sociais, obrigando consequentemente a que estes reconsiderem a sua intervenção perante os novos desafios da nova realidade com que os profissionais se iram confrontar.

A presente investigação pretende dar ênfase à intervenção social feita a partir das potencialidades e dos recursos dos indivíduos, permitindo assim uma abordagem diferenciadora e potenciadora dos mesmos. No âmbito das dependências, este tipo de intervenção focada nas potencialidades dos utentes ao invés de intervir a partir dos problemas pretende, sinalizar e identificar as potencialidades dos sujeitos. Este conhecimento, é crucial quer para sua autonomia, autoestima, inserção social e profissional quer para que o utente seja agente da sua própria mudança.

Desta forma, a teoria das forças assume particular pertinência para a intervenção social, reconhecendo o contexto de transformação social que enfatiza a vulnerabilização e coloca em questão a capacidade de ação do indivíduo.

A Teoria das Forças em Serviço Social emergiu nos anos 80 com maior expressão na América do Norte, envolvendo a colaboração de profissionais e investigadores de Serviço Social (Dennis Sallabey, Charles Rapp, Patrick Sullivan e Anne Weick, in Saleebey, 2005), no contexto da saúde mental, como uma teoria articulada para a prática e assumida como tal pelos seus defensores.

Saleebey (2009), é um dos autores fundadores da teoria das forças aplicada ao serviço social. Esta abordagem surge como resposta às intervenções psicossociais centradas nos problemas e nos seus défices pessoais e sociais, a “um discurso saturado de problemas” (White & Epston, 1990) e, defende em conformidade uma abordagem centrada na identificação de elementos positivos, apostando na sua potencialização (Seligman, 2000; Guthans, 2001; Cooperrider e Whitney, 2005; Sallabey, 2009).

A Teoria das Forças em Serviço Social é assumida como um modo de ver as pessoas e as situações com ênfase nos êxitos, ao invés dos fracassos e aos recursos pessoais sobre os défices, ou seja, relacionam as diversas dimensões de vida dos sujeitos que foram adquirindo ao longo de toda a sua trajetória e as novas experiências e informações que enfrentam.

Trata-se de uma perspetiva teórica criada na e para a prática profissional (Sallabey, 2009), mantendo-se a discussão sobre se esta poderá ser considerada uma teoria em si

mesma. Consensualmente, é designada como uma teoria para a prática², na medida em que nela se enquadram linhas orientadoras para a análise e desenvolvimento de respostas para a ação.

O objeto de investigação centra-se na análise de histórias de vida de mulheres em tratamento de dependência de substâncias ilícitas e/ou lícitas com recurso ao biograma. Assim, pretende-se perceber os momentos significativos de vida e quais as forças internas ou externas que os sujeitos ativaram, de forma a superar os momentos significativos de adversidade.

As dependências de substâncias lícitas e/ou ilícitas estão inerentes ao uso descontrolado de substâncias, isto é, remetendo para o uso inadequado de agentes psicofarmacológicos (Scasz, 2013). Assim, o abuso de substâncias por iniciativa própria, conduzem a alterações a nível cerebral e de humor, da percepção e do comportamento. Dadas as propriedades das substâncias, os sujeitos sentem a necessidade de aumentar a dose para adquirir os mesmos efeitos e, conseqüentemente, surge a dependência (Schuckit, 2006).

Considera-se este tipo de comportamento pautado pelo consumo mal-adaptativo de uma ou mais substâncias, de forma persistente e continuada e, conseqüentemente, emergem prejuízos em diversas áreas da vida dos indivíduos, causando dependência física e psíquica (Schuckit, 2006).

Perante isto, a presente investigação tem como objeto de estudo a análise do percurso de vida de mulheres internadas em Comunidade Terapêutica, com dependências associadas para compreensão da sua capacidade de resiliência face a momentos significativos de vida, pautados pela adversidade. Elegemos como objetivo geral do presente trabalho, descrever a história de vida de cada mulher em tratamento em Comunidade Terapêutica (CT), identificando os diferentes recursos pessoais e sociais que estas foram ativando em momentos de adversidade. Pretende-se ainda aprofundar a relação entre a teoria das forças e o Serviço Social, no âmbito dos comportamentos aditivos.

Desta forma, e face ao processo de evolução do Serviço Social enquanto disciplina científica, a presente investigação, pretende criar um espaço de debate, de conhecimento e de percepção real dos indivíduos face a situações de adversidade.

A escolha da área da dependência, prende-se com o facto de a investigadora exercer funções de Assistente Social em Comunidade Terapêutica. Esta unidade de saúde, recebe

² Karen Healey (2005:92) denomina teorias para a prática, as teorias que explicam e guiam a prática do Serviço Social. Este termo é utilizado também por Howe, 1987; Payne, 2002 e, Thompson, 1995.

exclusivamente mulheres para tratamento de dependências lícitas e ilícitas, podendo estas estar grávidas e/ou fazerem-se acompanhar de filhos até aos 10 anos de idade.

Com isto, pretende-se estimular e desafiar os/as colegas de profissão e de outras áreas profissionais a olhar para as problemáticas dos indivíduos, nomeadamente no campo das dependências, de uma forma não patológica e focada nos défices, enfatizando a prática social focada em aspetos positivos identificados em cada trajeto de vida dos indivíduos, percecionando como estes podem ampliar e reproduzir as suas potencialidades em situações de adversidade.

Esta dissertação encontra-se estruturada em duas grandes partes:

Parte I – Enquadramento teórico-concetual: esta primeira parte contempla o estado da arte onde se enquadra a presente investigação. Estes são cruciais para a compreensão das problemáticas bem como para a produção de conhecimento. O enquadramento teórico permite aos investigadores uma compreensão e definição adequada dos conceitos, a identificação de défices no conhecimento, funcionando assim como uma ferramenta de auxílio para a construção de hipóteses, explicando, generalizando e sintetizando os conhecimentos (Gil, 2008).

Parte II – Enquadramento empírico: centra-se no processo metodológico de investigação, com a apresentação e discussão dos principais resultados que foram, na conclusão, integrados holisticamente.

Parte I- Enquadramento Teórico - Concetual

Capítulo I- Das Teorias às Práticas em Serviço Social

A teoria em Serviço Social assume um papel de extrema relevância para a sua afirmação enquanto disciplina científica. A sua configuração histórico e social influenciou o seu desenvolvimento enquanto disciplina científica (Parton, 2000), traduzindo o debate do papel da teoria e da prática. Alguns autores defendem que há uma tensão entre a teoria e a prática: por um lado, na área profissional, a teoria tem um papel abstrato, inacessível e redutora no que toca à intervenção imediata, espontânea e subjetiva no processo de relação de ajuda com os indivíduos; por outro, com mais ênfase no meio académico, os autores defendem que as investigações não devem ser influenciadas pelas ações dos profissionais com enfoque para a objetividade e a neutralidade necessárias à produção do conhecimento científico.

A história da profissão possui no seu cerne diferentes posturas perante este debate, onde nomeadamente destacamos os argumentos sintetizados (Restrepo, 2003;26-27):

- i. “A prática enquanto fundamentação para a profissão, sendo que a experiência é fulcral para a legitimação de procedimentos e identificação de respostas e modelos de ação;
- ii. Relação de submissão da teoria e a prática – a teoria terá de ser adaptada à realidade e ser capaz de dar respostas às situações, a quando confrontada com a prática;
- iii. A teoria enquanto processo histórico – reconstrução da realidade pelo pensamento e vinculadas a visões;

A teoria resulta de uma validação e sistematização da prática profissional, na medida em que permite a construção de novos modelos de atuação mais eficazes na resolução de determinados problemas sociais. Acrescenta-se ainda que a produção teórica resulta da aplicação de métodos científicos em contexto de investigação. Trata-se de um processo de legitimação científica dos dados, contribuindo para a produção do conhecimento e para o reconhecimento da cientificidade do Serviço Social. O elogio à prática como eixo central da definição de Serviço Social afasta-o profundamente do seu reconhecimento epistémico.

Parton (2000) defende que na exploração da natureza do Serviço Social enquanto disciplina, é possível verificar que a teoria e a prática estão intimamente relacionadas, podendo ser um grande potencial para as ciências sociais.

Desta forma, defende-se que a teoria e a prática são ambas dimensões do processo de ação humana “duas faces da mesma moeda”, considerando que o “meio-campo” é a

construção da teoria formal e da prática bem como a sua validação, e estes podem ser a razão de ser do Serviço Social, como Healy,2005; Sheppard,1998).

O conhecimento e a análise das dinâmicas sociais do Serviço Social exigem um exercício crítico sobre as teorias, metodologias e instrumentos que possibilitam que a intervenção do profissional seja eficaz, eficiente e global face aos desafios sociais (Restrepo, 2003:26).

Perante isto, considera-se e sustenta-se a necessidade relacional no Serviço Social entre conhecimento e ação. O profissional necessita de uma intervenção sustentada pela reflexão histórica, política e técnica e de questionamento institucional e social. A prática reúne condições de ser fonte de teoria e espaço para produção científica, devendo ser valorizada como fonte de conhecimento científico sendo que os profissionais estão implicados com uma intervenção intelectual sistemático, crítico e rigoroso (Batista,2001).

A cientificidade está intimamente relacionada à intervenção (Batista, 2001), no entanto, a teoria em Serviço Social não se esgota apenas nesse domínio Parton, 2000; Batista, 2001; Payne, 2002; Restrepo, 2003; Amaro, 2008, podendo ainda “*transcender crítica e reflexivamente o vínculo que a profissão estabeleceu com a ação*” (Retrepo, 2003:138).

O Serviço Social assume-se neste contexto, como uma disciplina científica e académica com um olhar específico perante situações reais, natureza humana e fenómenos sociais, assumindo-se assim como uma área específica do saber no qual se situam as “teorias para o Serviço Social”.

A teoria é um conjunto sistemático de ideias que fornecem explicações e generalizações (Thompson,2010). Implica não só um produto descritivo, mas também um processo pensado para a compreensão e retrato da realidade através da observação, descrição, explicação, previsão e interpretação (Cloulshed & Orme, 2012).

A teoria em Serviço Social, confere sentido em diversos contextos complexos a que os profissionais estão sujeitos durante a sua intervenção. Estes desenvolvem ao longo da sua prática mecanismos de questionamento das suas ações e a busca incessante de procura de sentido para a ação (Howe, 2005;1997). A procura de sentido para a ação (*to make sense*) revela-se um processo de consciencialização dos profissionais perante a sua ação, com o intuito de organizar as experiências da ação e orientar para o novo processo de intervenção. É crucial que os Assistentes Sociais revelem esta capacidade reflexiva ao longo da sua ação, uma vez que as situações com que se deparam podem ser semelhantes, mas podem exigir, respostas diferenciadas de acordo com as particularidades do caso e as necessidades

do/s indivíduos. Podemos então, segundo (Howe, 2005;1997) entender a teoria como orientadora da ação:

- I.Observação: indicando o que se deve observar;
- II.Descrição: fornece um vocabulário concetual que permite a organização da descrição;
- III.Explicação: sugere de que forma a observação deve ser relacionada e interpretada;
- IV.Previsão: indica diversas hipóteses do que poderá acontecer;
- V.Intervenção: sugere o que fazer para alcançar a mudança.

O uso da teoria distingue a intervenção que é feita através do senso comum e a prática profissional, uma vez que é a teoria que fornece as ferramentas necessárias ao profissional para a prática (Parrisch, 2009). Perante isto, os profissionais de serviço social devem reconhecer as teorias e os valores da profissão para não caírem na possibilidade de intervir de acordo com o senso comum, com os seus valores pessoais e/ou institucionais.

Também Amaro (2008), defende que a Teoria em Serviço Social tem o intuito de orientar, procurar e construir conhecimento crítico e reflexivo. De uma forma geral, a teoria divide-se em duas categorias: formal e informal – a primeira, remete-nos para o conhecimento intelectual e, a segunda, por sua vez, refere-se ao entendimento da realidade, sendo implícita e baseando-se na prática.

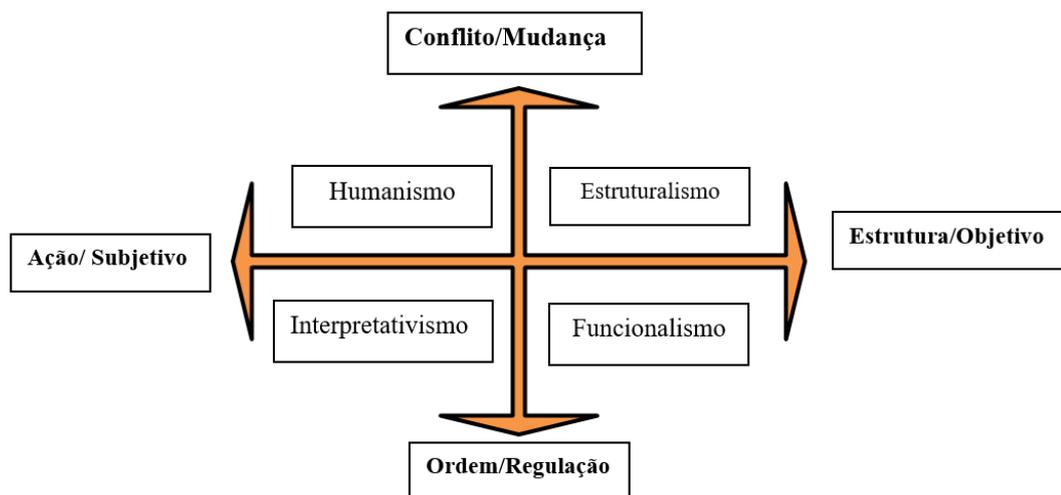
O conhecimento formal é um conceito próximo do conceito científico, sendo externo ao indivíduo, caracterizando-se essencialmente pela objetividade, rigor, passível de comprovação e entendido como proveniente da investigação, da legislação, das políticas, das teorias diversas e das perspetivas dos utentes (Wilson,2008). Por sua vez, o conhecimento informal, é subjetivo e proveniente da experiência, compreensão pessoal e profissional.

Em suma, o Serviço Social é influenciado por diferentes tipos de conhecimento e, o seu saber reside nesta pluralidade, particularidade crucial para a mudança social na configuração da ação e na emergência de novas perspetivas sobre a realidade dos indivíduos. Perante as constantes mudanças a que todas as áreas profissionais estão sujeitas, iremos fazer uma breve análise dos diferentes tipos e aceções das Teorias em Serviço Social (Payne,2005), reconhecendo as influências de diferentes correntes filosóficas e sociológicas no desenvolvimento e configuração de Serviço Social no quadro das ciências sociais.

1.1- As diferentes visões e campos pragmáticos do Serviço Social

O Serviço Social sofreu a influência de diversos debates e correntes de pensamento que despoletam nas ciências sociais como – o funcionalismo, o estruturalismo, o subjetivismo, o construtivismo ou interpretativismo que têm uma forte influência no Serviço Social, no entanto, não são consideradas “teorias de Serviço Social”.

Figura 1: Campos Paradigmáticos das teorias em Serviço Social



Fonte: elaboração própria, adaptado de Howe (1987:46)

Podemos considerar, três níveis de teoria no Serviço Social (Thomas & Pierson, 1999 ;1995): 1) as teorias das ciências sociais; 2) as teorias sobre o sistema de bem-estar; e, por fim, 3) as teorias desenvolvidas pelo Serviço Sociais e campos afins. O referido autor, defende que os dois primeiros níveis constituem o referencial teórico da profissão e o último nível refere-se à especificidade da profissão do e sobre o Serviço Social.

Na mesma linha, (Howe,1987) defende que podem existir teorias que servem a prática e teorias sobre a natureza do Serviço Social: as teorias do Serviço Social enquanto disciplina e profissão e as teorias para o Serviço Social, elaboradas e reelaboradas para prática, orientadas para a intervenção.

Segundo Amaro (2008:69), cada um dos campos identificados (fig.1) propõe formas diversas para análise e compreensão dos fenômenos sociais, bem como formas distintas de pensar e agir em Serviço Social. Assim, “o problema formulado, as explicações oferecidas, os objetivos estabelecidos e os métodos utilizados varriam substantivamente em cada um dos campos e as teorias associadas.

Porém, as posições não são consensuais entre os investigadores e Howe (1987) defende o contrario do autor referido anteriormente, defende que os diferentes campos têm características comuns entre eles, mas também diferenciadoras, situando-se nos diferentes polos.

Perante isto, a teoria social e as campos anteriormente apresentados permitem uma compreensão da sociedade, sendo que cada quadrante corresponde a um tipo de abordagem teórica que orienta as práticas profissionais³ - o funcionalismo, induz para uma prática estável; o interpretativismo para a busca dos sentidos; o humanismo para a consciencialização e o estruturalismo para a revolução. O funcionalismo e o interpretativismo enquadram-se numa lógica de pensamento mais clássica, enquanto que o humanismo e o estruturalismo se inserem numa lógica de pensamento de conflito e de mudança – as teorias críticas em Serviço Social.

Perante os campos acima descritos, surgem teorias e modelos que influenciam a intervenção do Assistente Social, conferindo-lhes um entendimento específico do problema formulado, das explicações oferecidas, dos objetivos estabelecidos e dos métodos utilizados que variam de campo para campo e respetiva teoria associada.

Payne (2001;2005;2006), por sua vez, defende um discurso tripartido ao nível do Serviço Social, estruturado em três visões representando diferentes formas para a compreensão da natureza da profissão, a sua atividade e objetivos. As três visões do referido autor, são: reflexivo- Terapêutica, Individualista- Reformista e, por fim, a Visão Socialista- Coletivista. Do ponto de vista terapêutico, o Serviço Social tem por base o bem-estar dos indivíduos, grupos e comunidades e, assim, a promoção e facilitação do crescimento e realização pessoal, isto é, um processo constante de interação entre profissionais e utentes. Assim, os utentes têm poder sobre os seus sentimentos e modos de vida, visando a capacitação destes para ultrapassar o sofrimento e a desvantagem; a visão transformacional, defende a necessidade de transformação da sociedade em favor dos mais pobres e oprimidos – em consonância com esta perspetiva, o Serviço Social deve procurar o desenvolvimento, a cooperação e o apoio mútuo na sociedade, de forma a que os mais desfavorecidos usufruam de oportunidades de poder sobre a sua vida – abordagem emancipadora onde as relações são mais igualitárias, em sociedade; a visão de ordem

³ David Howe (1987:49) identifica cada paradigma com quatro orientações: ao funcionalismo pertencem os fixadores (*The fixers*); ao interpretativismo, os que procuram significados (*the seekers after meaning*); ao humanismo, os consciencializadores (*the raisers of consciousness*) e ao estruturalismo, os revolucionários (*The revolutionaries*).

social, entende o Serviço Social como assistencialista, enfatizando a melhoria dos serviços para que estes correspondam às necessidades dos indivíduos – abordagem de ordem social, que visa a garantia e a estabilidade das pessoas em períodos de dificuldade (Dominelli, 2004).

Concluimos que cada uma destas visões insere-se numa proposta de intervenção em Serviço Social que apesar de serem diferentes entre si, é possível que se complementem. Porém, dada a complexidade das referidas perspectivas, o debate continua em aberto em relação às posições a serem assumidas. O Serviço Social, enquanto disciplina científica e profissão, sofreu inevitavelmente com as referidas mutações, tendo assim a necessidade de se reconfigurar a par com as políticas sociais. Perante isto, o contexto de prática, apresenta-se aos assistentes sociais com um cenário de radicais mudanças e fragmentações sociais, obrigando conseqüentemente a que estes reconsiderem a sua intervenção perante os novos desafios da nova realidade com que os profissionais se iram confrontar.

A presente investigação pretende dar ênfase à intervenção social feita a partir das potencialidades e dos recursos dos indivíduos, permitindo assim uma abordagem diferenciadora e potenciadora dos mesmos. todo o mundo, pautado pela complexidade e diversas mutações.

Após este breve enquadramento, iremos analisar o processo de desenvolvimento das designadas “teorias para a prática” (Healey, 2005) – teorias formais com intuito de explicitar a prática do Serviço Social e a base profissional, definindo o objeto de intervenção e as abordagens a utilizar pelos Assistentes Sociais.

1.2- As teorias para a prática

Identificámos diferentes posicionamentos em relação às teorias (Payne, 2002; Howe, 1987; Whittington e Holland, 1985), variando entre o positivismo que se opõe a teorias do senso comum considerando-as deficitárias quanto ao rigor e à explicação; os pragmáticos que enfatizam as teorias focadas na prática concreta e no modo de agir do quotidiano; e, por fim, o posicionamento eclético que defende uma interação entre diferentes teorias, tendo em consideração que cada resposta deve ser adaptada à situação em concreto.

No entanto, apesar da divergência entre os posicionamentos referidos anteriormente, a sua aplicação não poderá ser feita de forma absoluta. Com isto, argumenta-se nesta lógica, que os objetivos do Serviço Social têm de considerar uma visão holística da realidade social e humana, e conseqüentemente, da teoria.

Segundo Howe (1987), a relação entre a teoria e a prática é inevitável e as diferentes teorias são por si, promotoras de diferentes modos de intervir. No Serviço Social, em particular, a teoria não se foca meramente num método científico que descreve, explica e prevê os fenómenos, incluindo três possibilidades: a teoria, o modelo e a perspectiva:

1) a teoria: demonstra a causalidade de uma determinada ação resultar em determinadas consequências e as circunstâncias em que isso ocorre;

2) o modelo: descreve a lógica e representa graficamente o que acontece durante a prática, aplicando-se a uma diversidade de situações, de forma estruturada. Isto é, fornece aos profissionais determinados princípios e padrões de atividade;

3) a perspectiva: expressa os valores e as visões no mundo, permitindo assim uma visão global.

No entanto, apesar de se apresentarem como conceitos independentes, estão em certa medida relacionados entre si, isto é, a teoria também leva à previsão e/ou descrição de um fenómeno, preocupando-se com o quê e o porquê. Por sua vez, a perspectiva diferencia-se dos conceitos referidos anteriormente, não prevendo nem descrevendo o fenómeno em si, mas sim descrevendo o enquadramento ou modo de ver e/ou compreender as situações (Teater, 2010).

Atualmente, a teoria em Serviço Social e a sua relação com a prática, continua a ser alvo de debates, onde se enquadram diversos posicionamentos. O facto de não ser consensual, poderá ser visto como um ponto de partida onde a teoria se amplia e informa a prática para a ação (Thompson, 2010).

Healy (2005), enfatiza a contextualização histórica, geográfica e institucional na profissão do Serviço Social, considerando assim a prática como atividade contextualizada e em constante negociação, podendo dar especial relevância para o enquadramento da teoria das forças. Deste modo, conciliando a contextualização da prática e a sua diversidade, é possível diferenciar o Serviço Social de outras áreas profissionais.

O Serviço Social conta ainda com diversas características diferenciadora, tais como: uma base concetual menos consensual e estável; uma maior diversidade de contextos de ação e uma significação diferente dos conceitos utilizados pelos profissionais nos demais contextos, a inexistência de uma base para o exercício da profissão em contraste com outras atividades sociais; e, por fim, uma maior diversidade das atividades base e variabilidade.

Capítulo 2- A teorias das forças

A teoria das forças enquadra-se nas teorias para a prática em serviço social. Trata-se de uma abordagem teórica que tem vindo a ganhar relevância e enfatiza as capacidades dos indivíduos, ao invés dos seus défices.

A análise da teoria das forças, foi utilizada com enfoque no seu carácter capacitador e à forma como define os indivíduos e as suas situações.

A teoria das forças emergiu no final dos anos 80, com maior expressão na América do Norte, através da iniciativa de profissionais e investigadores de Serviço Social da Universidade do Kansas (Dennis Saleebey; Charles Rapp; Patrick Sullivan ; Anne Weick; 2005), na área da doença mental. A abordagem foi definida pelos seus pioneiros como teoria para a prática, sendo implementada em diversas áreas e sendo ainda objeto de estudo em diferentes artigos e livros.

Ao recuarmos ao Serviço Social dos anos 80, na América do Norte, verificamos um maior alinhamento entre as profissões de psiquiatria e psicologia em comparação à realidade de outros países (Saleebey, 2005). O contexto em que a referida perspectiva emerge não padece de neutralidade: 1) por um lado, resulta da influência da psiquiatria e da psicologia; 2) por outro, apresenta conceitos predominantes da biomedicina e de discursos psiquiátricos que colocam ênfase na patologia individual e na psicopatologia.

Com isto, os pioneiros e defensores da perspectiva das forças, entendiam que tal contexto moldava a prática dos Assistentes Sociais que tendiam a ver os utentes como vítimas da sua história, do seu lugar social e da sua doença (Healy, 2005).

A teoria das forças assume-se como uma reação a práticas redutoras e assentes na patologia individual, propondo uma rutura com a intervenção social convencional – emergindo assim, uma mudança de paradigma que defende o afastamento de práticas centradas nos problemas e enfatiza as potencialidades dos indivíduos.

“um modo de ver pessoas e situações, produtora de um ponto de vista particular que privilegia os êxitos, em vez dos falhanços, os recursos sobre os défices; uma relação com várias dimensões da vida em perspectiva e uma vivência em constante alteração consoante novas informações e experiências que se adquirem, contextualizadas física, histórica, geográfica e espiritualmente.” (Saleebey, 2005)

A perspectiva das forças não pretende explicar um fenómeno ou descrevê-lo analiticamente, mas tem a pretensão de tornar um modo de visualização e compreensão de determinados aspetos da experiência, ou seja, uma nova lente pela qual os profissionais

olham para os indivíduos e respectivas situações, onde se escolhe perceber e apreciar, através de palavras e princípios (Saleebey, 2009:15).⁴

A teoria das forças em Serviço Social apresenta-se como uma proposta que visa a interpretação da vida humana, tendo por base de intervenção as capacidades dos indivíduos, dando ênfase e explorando as forças dos indivíduos e os recursos nos serviços de assistência para atingirem os seus objetivos, realização de sonhos, em contrapartida às suas inibições, enganos e domínio da sociedade (Saleebey, 2009).

Perante isto, é através deste enfoque nas possibilidades e os recursos pessoais, em detrimento dos défices e patologias individuais que a teoria das forças se assume como diferenciadora para a prática. Podemos então, ressaltar que se trata de uma nova abordagem para a intervenção e que coloca os profissionais com um novo posicionamento perante os indivíduos e as situações em que se encontram, colocando o foco nas capacidades, competências, esperança e sonhos.

Ao longo dos tempos, diferentes áreas profissionais têm focado a sua intervenção nos problemas e patologias, onde o Serviço Social também se incluía, contagiado pela perspectiva da doença e a lógica envolta na teoria e prática de que os sujeitos se tornam em utentes devido a défices, problemas e patologias.

De facto, a importância da avaliação e do diagnóstico dos problemas tem acompanhado a profissão de assistente social e, apesar de não ignorar as forças individuais, os modelos de resolução de problemas desencadeiam diferentes processos de intervenção onde esta se foca nos défices. Nesta linha de ideias, Rapp e Gosha (2006), defendem que a utilização de determinadas expressões, tais como “esta pessoa tem um problema” sugerem que os problemas pertencem aos indivíduos, onde a intervenção profissional se enquadra como uma estratégia para lidar com a situação.

Assim, também a utilização de “categorias de diagnóstico”, estabelecem padrões de conduta preestabelecidos que implicam um tratamento e/ou um conjunto de procedimentos para o problema. Com isto, o foco nos problemas e a sua avaliação têm impacto na relação de ajuda, onde podem advir três dinâmicas possíveis: 1) o problema é invariavelmente visto como uma falta ou inabilidade da pessoa; 2) a natureza do problema é definida pelo profissional; 3) o tratamento é direcionado para superar o problema.

⁴ Karen Healey (2005:92) denomina *teorias para a prática*, as teorias que explicam e guiam a prática do serviço social. Este termo é também utilizado por outros autores, tais como Howe, 1987; Payne, 2002; Thompson, 1995.

Itzhaky e Bustin (2003:61-73) analisaram comparativamente a perspetiva das forças e a perspetiva patológica no Serviço Social comunitário, descrevendo assim três dimensões onde as diferenças são mais notórias: 1) no utente/ pessoa; 2) no papel dos Assistentes Sociais; 3) no processo de avaliação; realçando assim três aspetos:

1) uma orientação centrada na patologia foca-se principalmente nos problemas das pessoas e na sua resolução, enquanto que a perspetiva das forças enfatiza as forças, as competências e objetivos, desenvolvendo uma estratégia terapêutica que visa desencadear esses elementos numa relação com o ambiente;

2) na perspetiva de orientação patológico, entende-se que o Assistente Social é o principal recurso, responsável pelo processo de intervenção, enquanto que na perspetiva das forças, a responsabilidade é partilhada entre o profissional e o utente;

3) na orientação patológica, são muitas as escalas para avaliar os riscos, enquanto que na perspetiva das forças só agora se começam a desenvolver escalas de avaliação. Assim, uma intervenção que se foca nas forças dos indivíduos não pretende, por isso, desconsiderar as lutas e os problemas reais destes. (Itzhaky e Bustin, 2003:61-73)

Segundo Saleebey (2009), os problemas têm de ser tidos em consideração, no entanto, não são passíveis da situação em si. Por outras palavras, a teoria das forças não pretende ofuscar a dor e os problemas das pessoas e que apesar de os considerar para a intervenção profissional, coloca maior enfoque nos pontos fortes dos indivíduos.

Com isto, a referida perspetiva cria um cenário mais positivo na mente do sujeito e do profissional, colocando os problemas como pontos de viragem ou oportunidades de crescimento e, nesse sentido, não trata de desconsiderar os problemas reais vivenciados pelos sujeitos, mas de lhes retirar o papel central (Saleebey, 2009; Miley, 2004; Rankin, 2009).

Perante isto, a perspetiva das forças defende que uma intervenção que coloca ênfase nas forças individuais torna-se uma mais valia para o progresso terapêutico dos utentes, e ainda permite a estes visualizarem-se enquanto pessoa existente por detrás dos rótulos aplicados pelos diferentes profissionais, pelos próprios e pelos serviços (Weick et al., 1989). A linguagem profissional é um dos aspetos cruciais neste processo de intervenção focado nas forças e no modo como percecionam as pessoas e as suas situações. Neste sentido, a referida teoria assume que o campo léxico assume um papel crucial para a realização da avaliação da situação.

Desta forma, verificamos que o Serviço Social não tem sido alheio à importância do reconhecimento das forças, no processo de intervenção (Weick, Rapp et. al.,1989), tal como no percurso de outras áreas profissionais.

Nos anos 40/50, do séc.XX, identificamos uma figura de referência neste reconhecimento – Bertha Capen Reynolds , nos EUA, assistente social e educadora que enfatizou as críticas ao discurso psicanalítico que se focavam nas patologias individuais e de diagnóstico. Segundo Saleebey, 1997, a obra de Reynolds⁵, como precursora da abordagem baseada nas forças, defendia que a profissão detinha a responsabilidade no processo de intervenção dos indivíduos e que o foco deveria estar nas forças e capacidades destes.

Em 1985, a Comissão para a prática do Serviço Social, nos EUA, delineou como um dos objetivos da intervenção: procurar, identificar e fortalecer o potencial presente nos indivíduos, grupos e comunidades (Barlett, 1958). Nesta linha, é importante ressaltar que há um conjunto de abordagens que têm surgido no campo do Serviço Social, nomeadamente, o *empowerment* – processo de capacitação individual e estrutural; as abordagens centradas na solução, as perspetivas feministas, entre outras, sendo todas elas anteriores ao desenvolvimento da teoria das forças.

Neste seguimento, também encontramos orientação para as forças expressa nos valores fundamentais que orientam a profissão e no código de ética⁶ que apresentam como valores principais a defesa dos direitos humanos, a dignidade humana e a justiça social, tendo em consideração que o Serviço Social tem por base o respeito pelo valor da dignidade pelo outro e pelos direitos que daí advém.

Porém, interessa ressaltar que estas preocupações não são exclusivas da profissão dos Assistentes Sociais, encontrando-se espelhada em diferentes áreas de estudo, desde a filosofia, a religião e a psicologia. Relativamente ao Serviço Social, a teoria das forças tem alcançado um crescimento relevante nas últimas décadas, a par das outras áreas científicas, tendo inclusive sido influenciado por algumas delas (Cowger, 1994).

As principais características da teoria das forças que destacamos são: normativa; humanista; relacional; construcionista; e, por fim, socialmente justa. Com isto,

⁵ Assistente Social e Educadora, nascida a 1885 e falecida em 1975. Escreveu o seu primeiro livro em 1951 “*Social Work and Social Living: Exploration in Philosophy and Practice*” e, foi influenciada pelo marxismo e pelas correntes freudianas, tendo sido alvo de várias críticas.

⁶https://servicosocial.pt/wpcontent/uploads/2015/06/CD_AS_APSS_Final_APSS_AssembGera25-10-2018_aprovado_RevFinal.doc-1-converted-1-C%C3%B3pia.pdf

consideramos que a teoria das forças se enquadra no campo das mudanças sociais e no quadro das teorias para a prática em Serviço Social.

Entende-se que a referida teoria se insere numa lógica de intervenção mais centrada nos indivíduos e nas suas especificidades, orientando para a capacitação do indivíduo para que este tenha a oportunidade de ser agente da sua própria mudança e processo de construção, onde o Assistente Social assume o papel de orientação e de apetrechamento de ferramentas para maximizar o leque de oportunidades de construção do próprio destino do utente.

A perspetiva das forças, enquadrada no campo da teoria para a prática para o Serviço Social, parece inserir-se entre o interpretativismo e o humanismo. No primeiro, pela tentativa em compreender as experiências de vida das pessoas e à construção de novos significados; no segundo, por enfatizar as forças individuais e enfoque nas capacidades dos utentes e que estes são capazes de atingir a autodeterminação e controlo sobre as suas vidas.

Nas três visões de Payne (2006:11), situar-se-ia na visão reflexivo- terapêutica, tratando-se de um processo reflexivo sobre as competências que permitem aos indivíduos superar situações adversas. Defende ainda uma intervenção com responsabilidade dividida entre o utente e o profissional, conferindo assim poder ao individuo sobre os seus modos de vida, respetivos sentimentos e emoções e as suas aspirações para o futuro.

Perante isto, ao longo dos últimos anos, a teoria das forças tem despertado o interesse por diferentes Assistentes Sociais que trabalham com diversas populações alvo⁷ (Saleebey, 2009).

Desta forma, a abordagem a que nos temos dedicado ao longo desta dissertação, assume-se como uma forma distinta de intervenção no campo social, afastando-se assim de uma abordagem convencional centrada nos problemas, aproximando-se assim daquilo que se consideram ser as bases da profissão. Podemos então partir do princípio de que os profissionais e utentes se encontram melhor apetrechados para a intervenção, tendo as potencialidades e as forças individuais levando assim à criação de novas e diferenciadoras respostas com vista à inserção e à mudança.

Por fim, torna-se crucial a análise dos princípios e conceitos subjacentes que fundamentam esta perspetiva, de forma a uma compreensão mais holística dos elementos diferenciadores das intervenções convencionais, sendo então o ponto a tratar de seguida.

⁷ Idosos, jovens em risco, toxicodependentes, portadores de deficiência, saúde mental, comunidades, escolas, entre outros.

2.2- A Teoria das forças: um novo campo de intervenção

A teoria das forças traz consigo um conjunto de princípios e conceitos que cruzam com a abordagem do indivíduo como portador de capacidades e competências.

Nesta ótica de centralização do indivíduo, Saleebey (2009), defende dois argumentos base: “Libertação e *Empowerment*” e “Alineação e Opressão”; O primeiro fundamenta-se na lógica da possibilidade da escolha, do compromisso e de ação em todos os momentos significativos de vida, sejam eles marcados pela adversidade e/ou tranquilidade. Sustenta-se na assunção que todos os seres humanos possuem capacidades e potencialidades. Todavia, e, em determinados momentos, estas, podem estar adormecidas ou por desenvolver. Saleebey (2009) defende, ainda, que cada ser humano possui vontade de transcendência – o autor designa como “vontade de ser heróico” ou de “transcender as circunstâncias”, isto é, são as circunstâncias em conjunto com os indivíduos que as enfrentam, os profissionais, as políticas e as instituições que podem despoletar estes “poderes e potencialidades” ou por sua vez, esmaga-los.

A teoria das forças parece estar em conformidade com a pedagogia da esperança de Paulo Freire (1997), defendendo que a esperança sozinha transforma o mundo e que o facto de acreditar em algo é a melhor forma para enfrentar situações de adversidade.

Na teoria das forças, este princípio emerge como dinâmica central, onde a esperança desperta através dos sonhos dos sujeitos, das famílias e das comunidades. Não existe recusa das adversidades, mas o seu reenquadramento como fator de desafio e de mudança, onde os profissionais devem libertar e empoderar os indivíduos nas circunstâncias normais e simples do dia a dia (Saleebey, 2009:7).

“Alineação e opressão” defende que, se por um lado, as circunstâncias, relações, instituições e a história de vida do indivíduo aproximam-se da opressão e exploração; por outro lado, são também todos estes elementos que permitem a recriação e o renascimento. Isto é o reconhecimento da vulnerabilidade, da fragilidade, mas ainda da capacidade de ser resiliente e de desenvolver novas capacidades. A destruição pode levar à “capacidade de heroísmo”, onde os indivíduos têm capacidade para a regeneração, renovação e possibilidade de mudança.

Nesta perspetiva, a abordagem centrada nas forças, caracteriza-se pela sua intervenção diferenciadora, englobando assim um novo campo léxico que ambiciona o impacto na identidade da profissão e, ainda no modo como os profissionais percecionam os utentes e as suas situações.

Saleebey (2009:9-15), defende que as palavras são cruciais para a apreciação dos bens individuais, familiares e comunitários. E assim, dentro do léxico que representará a teoria das forças, destacamos os seguintes: plasticidade, *empowerment*, sentido de pertença, resiliência, cura, diálogo e suspensão da crença. Porém, apesar da extensão léxica apresentada, interessa-nos analisar em particular para este estudo a resiliência e o *empowernt*.

O fenómeno da resiliência, advém da capacidade de resistir face à adversidade. Relativamente a este fenómeno, a teoria das forças considera que a experiência traumática não conduz necessariamente ao fracasso, isto é, a resiliência é a capacidade de enfrentar e suportar a adversidade da vida, sem descartar as dificuldades também vivenciadas. Assim, a resiliência surge como um processo, um crescimento continuado, a articulação de potencialidades, conhecimento e virtudes que advém das circunstâncias vividas, pautadas pela exigência e os desafios do mundo.

O *empowerment* um processo considerado crucial para a teoria das forças, um se entende que é neste sentido que os indivíduos desenvolvem a capacidade de agir, onde os profissionais dão ferramentas aos utentes para que estes descubram e desenvolvam recursos. A abordagem centrada nas forças, pressupõe um compromisso com os indivíduos numa atitude não paternalista, isto é, os utentes são indivíduos ativos e agentes da sua própria mudança, onde o papel do Assistente Social é o de reforçar o poder inerente aos sujeitos e no auxílio à libertação de todas as inibições que estes possam ter experienciado.

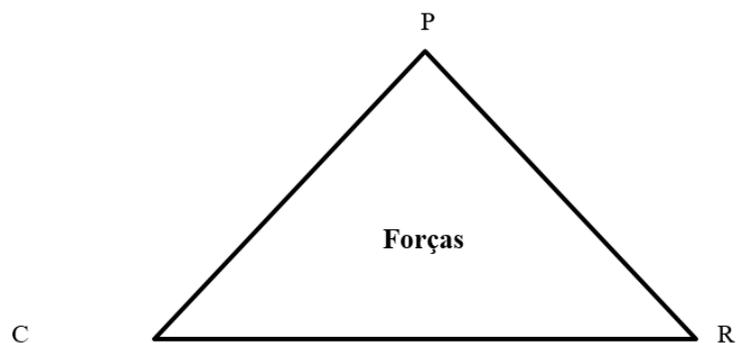
Com isto, é possível identificar este novo campo léxico para o Serviço Social com ênfase para uma nova visão sobre as pessoas e as suas situações, sustentando a necessidade de reconhecimento das capacidades e recursos e, ainda uma visão colaborativa entres utentes e profissionais.

Na mesma linha de pensamento, Healy (2005:157), apresenta cinco assunções derivadas da teoria das forças: 1) todas as pessoas têm forças, capacidades e recursos; 2) as pessoas demonstram resistência em situações adversas; 3) os utentes têm capacidade para determinar e escolher o que é melhor para si, e não necessita de que seja o profissional a determinar os seus interesses e ambições; 4) os profissionais, inclusive os Assistentes Sociais, têm tendência para se focarem nos problemas dos utentes, ignorando as suas forças e recursos e, por isso, torna-se mais difícil uma prática baseada na resiliência, possibilidade e transformação; 6) a parceria entres Assistentes Sociais e os utentes reflete e constrói as capacidades dos indivíduos.

Mais uma vez, reforça-se o facto de a teoria das forças assumir um novo olhar perante os indivíduos e as situações que enfrentam, ou seja, com esta nova abordagem identificam-se as forças, capacidades e potencialidades, sem menosprezar a adversidade. Assim, surge uma nova compreensão da realidade humana e das situações que os indivíduos enfrentam.

Podemos então questionar-nos sobre a origem destas forças a que nos temos a referenciar, de que tipo são, de onde vêm e como se enquadram nesta abordagem. Em conformidade, com os princípios abordados, quase tudo poderá ser considerado uma força. Saleebey (2009:10), defende que as forças podem ser enquadradas dentro de um triângulo composto por três pontos, como podemos ver na figura 2.

Figura 2: CPR das Forças



Fonte: Saleebey, 2009:10; elaboração própria

O triângulo “CPR de forças” serve como instrumento para os profissionais agruparem as forças identificadas nos utentes. O “C” representa competências, capacidades e coragem; o “P” simboliza a promessa, possibilidade e as potencialidades; e, por fim, o “R” significa resiliência, reservas e os recursos.

Perante esta lógica, praticamente tudo pode ser considerado como força, dada a amplitude que pode assumir nas diferentes condições e, por isso, os defensores desta perspetiva, assumem a dificuldade em desenhar uma lista de forças. No entanto, podemos apresentar a proposta de Saleebey (2009:97-100) e Rankin (2006:7), onde se considera que a força advém do processo de desenvolvimento humano, dando especial destaque para as seguintes:

- a) Aquilo que os indivíduos aprenderam sobre si mesmos, sobre os outros, sobre o mundo e a forma como enfrentaram o abuso, o trauma, doença, a confusão, a opressão e até mesmo a fatalidade. Por outras palavras, os autores referem-se às

experiências através das quais os indivíduos aprendem quais as necessidades e estratégias face ao seu esforço de sobrevivência, partindo do princípio de que todos aprendem com os sucessos, mas também com os fracassos e o comportamento é reforçado pelo êxito ou alterado consoante o insucesso;

b) Qualidades pessoais, traços e virtudes que os indivíduos possuem – as qualidades são muitas vezes esquecidas em situações de adversidade, mas também moldadas em circunstâncias traumáticas e/ou de catástrofe, tornando-se produto dessas vivências. As características podem variar desde sentido de humor, criatividade, sensibilidade, lealdade, cuidado, independência, espiritualidade, paciência, entre outros. O profissional deve identificar qualquer fonte de origem destas qualidades e trabalhá-las em conjunto com o utente, sendo que se tornam fontes de motivação e de energia.

c) O que as pessoas sabem do mundo que as rodeia – essa sabedoria é adquirida através de uma aprendizagem formal e informal, que lhe fornece uma melhor compreensão sobre o mundo. O desenvolvimento de competência e de conhecimentos pode despoletar de diversas experiências ao longo da vida dos indivíduos (o contacto com o outro, na ajuda e no cuidado ao próximo).

d) Os talentos que os indivíduos detêm – todos têm talentos, no entanto, podem estar adormecidos e/ou pouco desenvolvidos e necessitam de reforço.

e) As histórias culturais e pessoais e a sabedoria profissional – são em muitos momentos fontes de força nas pessoas, tais como a orientação, a estabilidade, o conforto ou transformação.

f) O orgulho das pessoas – a capacidade de resistir a obstáculos e dificuldades, como uma força que não pode ser negligenciada. Este orgulho encontra-se muitas vezes escondido sob um sentimento de culpa, vergonha ou até de alguma discriminação, no entanto, deve ser valorizado e tido em consideração no processo de ajuda.

g) A comunidade como espaço de forças físicas, interpessoais e institucionais – a comunidade é percebida como um lugar fértil ao aparecimento de forças de diversos tipos e capaz de fornecer talentos e conhecimentos para ajudar e fazer suporte às pessoas. O trabalho comunitário tem também como objetivo reforçar as forças e os recursos de uma comunidade, vizinhança, as associações, grupos de jovens, igrejas, escolas, instituições, sendo todos estes elementos cruciais.

h) A espiritualidade - aparece como uma força a ser valorizada nas pessoas.

Em suma, podemos considerar como força tudo o que surge como potencialidade inerente aos indivíduos e no ambiente, permitindo assim a resistência à adversidade ou mesmo à superação de circunstâncias traumáticas e stressantes.

É nesta lógica que surgem o *empowerment*⁸ e a resiliência como fundamentos da teoria das forças, a partir dos quais se constrói a intervenção, pelo que importa fazer a análise desta articulação.

2.3- O *empowerment* e a teoria das forças

O *empowerment* é considerado como um dos fundamentos cruciais para a teoria das forças, situando-se nesta abordagem não só ao nível do conceito, mas também a nível do processo. Apesar de se constituir como uma abordagem diferente, Rankin (2006:13) defende que são indissociáveis.

O *empowerment* é um conceito polissémico, onde se cruzam diferentes conceções – a literatura científica remete este termo para o caminho que os indivíduos têm de percorrer para alcançar a capacidade de agir (Ninacs, 2008:2).

Outros autores se tem dedicado ao estudo desta abordagem, existindo assim diversas expressões sinonimas, com destaque para a de Le Bossé (2003:44) : “poder de agir”. O autor defende que se trata de um processo que pressupõe, por um lado, a disponibilidade de recursos individuais (as competências, o sentimento de eficácia pessoal, a capacidade de formular e de conduzir um projeto, etc) e, por outro lado, recursos coletivos (a presença de possibilidade de recursos financeiros, informações, condições de acesso e utilização de serviços, etc), caracterizando deste modo, a articulação entre a ação e a disponibilidade de recursos.

Assim, uma abordagem orientada pelo *empowerment* baseia-se na crença de que as pessoas podem desenvolver as capacidades necessárias para serem agentes da sua própria transformação, assegurando os recursos e até controlá-los (Ninacs, 1995; Le Bossé, 2003; Dubois e Miley, 2005) – convergindo assim com a teoria das forças.

Segundo Le Bossé (2003), o *empowerment* caracteriza-se pela articulação entre o poder de agir e os recursos que possibilitam a ação. Na teoria das forças, esta relação não é expressa, sendo que apesar de considerar importante o contexto/o ambiente e aos recursos do meio, coloca o seu ênfase no agir individual.

⁸ Utiliza-se o termo em inglês, conforme a literatura internacional, assumindo-se esta designação para evitar qualquer ambiguidade que possa surgir com as possíveis traduções.

Desta forma, o exercício de poder compreende três etapas: escolher, decidir e agir – considerando-se assim que o *empowerment* é o processo que permite o desenvolvimento dessas capacidades e pressupõe que as estas já estão presentes nos indivíduos.

Para Ninacs (2008), o *empowerment* conjuga um sentimento de poder pessoal alocado à capacidade de influência sob o comportamento do outro; uma orientação da intervenção com ênfase no desenvolvimento das forças e das comunidades; uma análise ecológica e uma adesão à ideia de que o poder não é algo raro.

Com isto, uma prática desenvolvida com base na perspectiva do *empowerment* engloba cinco elementos:

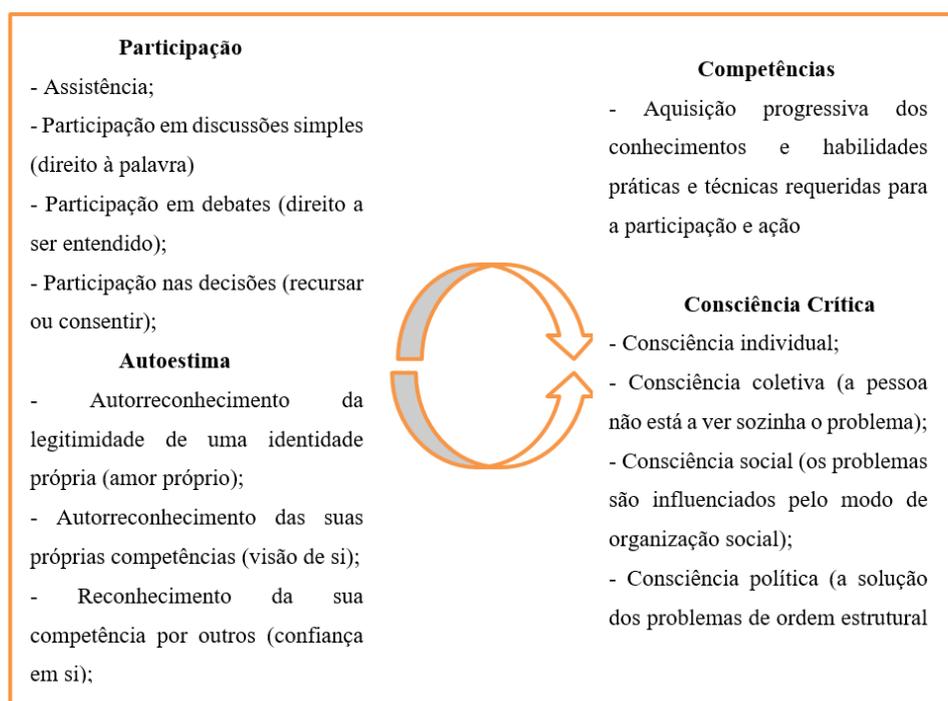
- I. Uma colaboração entre utentes e profissionais;
- II. Uma intervenção a partir das forças e dos recursos;
- III. Um trabalho centrado no indivíduo e no ambiente;
- IV. Participação ativa dos utentes;
- V. Uma orientação profissional para os indivíduos e grupos mais oprimidos.

Neste sentido, consolidam-se três tipos de *empowerment*: individual, comunitário e organizacional, onde cada tipo de *empowerment* possui características próprias, mas interligados entre si. O polo individual, parece assumir um caráter central na teoria das forças, sendo assim crucial analisarmos, de forma mais específica, as suas dimensões.

De acordo com Ninacs (2008:19-23), o *empowerment individual*, opera em quatro planos:

1. A participação tem uma componente de ordem psicológica e implica uma relação com os outros, manifestando-se através do direito à palavra e culmina com o direito à participação;
2. As competências, que englobam todas as práticas e técnicas que enfatizam a capacidade para a ação;
3. A autoestima, significa a transformação psicológica que anula as avaliações negativas incorporadas ao longo do desenvolvimento individual e estimulada a autossatisfação, uma visão positiva de si, a confiança, a percepção de que é um indivíduo com capacidades, talentos e competências;
4. A consciência crítica, inicia pela consciência de um problema individual e, posteriormente, o desenvolvimento de uma consciência coletiva e social, permitindo uma redução de culpa e, ainda uma consciência política, inclusive com responsabilidade no sentido da mudança.

Figura 3: Componentes de *empowerment individual*



Elaboração Própria.

Fonte: Branco (2008:17), adaptado de Ninacs (2008:3)

Assim, o encadeamento simultâneo das referidas etapas em cada plano, de forma interativa e conjunta, o indivíduo passa de estar em situação de sem poder a um estado no qual o indivíduo é capaz de agir em função das suas próprias escolhas.

Como podemos observar na fig.3, os componentes articulam-se e reforçam-se reciprocamente, ao mesmo tempo que cada um exerce influência sobre o outro, conferindo complementaridade e uma progressão multidimensional ao processo. Por sua vez, o *empowerment coletivo*, será influenciado por diversas variáveis do processo individual, contando também com quatro planos: a participação, as competências, a comunicação e o capital comunitário.

Relativamente ao *empowerment organizacional*, as dimensões também são quatro: a participação, as competências, o reconhecimento e a consciência crítica, entroncados nos planos do processo individual.

Segundo Dubois e Miley (2005), as estratégias de *empowerment*, elencam três categorias: ativação dos recursos, criação de alianças e expansão de oportunidades, existindo em cada uma delas, uma diversidade de técnicas a serem utilizadas.

Assim, o *empowerment*, apresenta-se como princípio e conceito fundamental para a perspectiva da teoria das forças, uma vez que têm como intuito reforçar as capacidades dos sujeitos que lhe permitem agir e controlar a sua própria vida.

2.4- Resiliência e a teoria das forças

À semelhança do conceito de *empowerment*, também o conceito de resiliência se apresenta como conceito fundamental (Benard e Truebridge, 2009:202) para a teoria das forças. Entende-se que a resiliência é a capacidade de adaptação e resistência à adversidade, sendo assim importante analisar a relação e influência desta na construção e operacionalização da teoria das forças em Serviço Social.

O conceito de resiliência teve origem nas áreas da Física e da Engenharia, através da noção de elasticidade, definindo-se pela capacidade de conseguir uma adaptação funcional, apesar de circunstâncias adversas ou ameaçadoras (Terrisse, 2000).

Em Serviço Social, as investigações que visam este fenómeno são relativamente recentes, no entanto, têm raízes profundas na profissão desde a década de 80, do séc. XX (Frazer, Richaman et al., 1999). Porém, não existe consenso quanto à operacionalização e aferição dos constructos principais deste conceito (Luthar, Cicchetti et al., 2000). Alguns autores, definem o conceito como uma capacidade individual que facilita a adaptação (Anaut, 2005), enquanto outros utilizam-no para a descrição do processo dinâmico que facilita a adaptação positiva em contexto de risco significativo (Rutter, 1999; Luthar, Cicchetti et al., 2000).

Na teoria das forças, a resiliência é a capacidade dos indivíduos para superar a adversidade, mobilizando os recursos internos e externos para lidar com situações adversas (Greene e Conrad, 2002). Trata-se, então, de uma forma de sobrevivência criativa a situações adversas para o desenvolvimento. Segundo Saleebey (2009), a teoria das forças é uma abordagem que ambiciona a resiliência, a recuperação, a possibilidade e a transformação sendo enfrentada como promotora de comportamentos resilientes.

Capítulo 3 – A Teoria das forças como referencial na prática do Serviço Social

Ao nível da intervenção, a teoria das forças, coloca o seu enfâse no apoio dado às pessoas, na recuperação e transformação das suas vidas. Através da ativação dos seus recursos, a nível pessoal e ambiental superar dificuldades.

Segundo Rapp e Goscha, (2006:54), a intervenção baseada nas forças possibilita a ajuda às pessoas a alcançar os seus objetivos que traçaram de si mesmas e, ainda, pretende assistir os utentes no reconhecimento e utilização das forças e recursos que disponham pessoalmente, ajudando-os na recuperação do poder sobre as suas vidas (Greene, Lee et al., 2005).

A intervenção em Serviço Social tendo por base esta perspetiva, supõe processos de *empowerment* nos quais os indivíduos reconhecem as suas competências, capacidades, recursos, fortalecendo-os respetivamente, para que influenciem as restantes áreas das suas vidas.

Neste capítulo, pretendemos abordar o processo de intervenção baseado na teoria das forças, colocando maior destaque para os seus princípios orientadores, as diferentes bases e metodologias. Procuramos ainda analisar o desenvolvimento de uma intervenção através das dinâmicas positivas dos indivíduos, grupos e comunidades, sendo uma abordagem diferenciadora dos problemas sociais.

3.1- A intervenção social baseada na perspetiva das forças

A perspetiva das forças mobiliza as forças dos utentes de forma a que estes concretizem os seus objetivos e conseqüentemente alcancem uma maior qualidade de vida (Saleebey, 2009). Porém, esta abordagem requer um reposicionamento dos profissionais face às problemáticas, aos utentes e aos desafios com que são confrontados. Uma abordagem centrada nas forças, requer dos profissionais uma atitude otimista dos utentes, dos seus contextos e das situações em que estes se encontram, focando a intervenção nas oportunidades e potencialidades dos indivíduos para alcançar a mudança.

Trata-se de um processo de intervenção partilhado e colaborativo, onde os assistentes sociais, neste caso em particular, devem estar conscientes das capacidades do

utente com que estão a intervir, mas também do próprio utente que se elenca como protagonista nesta relação de ajuda e especialista da sua própria vida (Saleebey, 2009).

A prática do Serviço Social à semelhança de outras áreas, tal como podemos analisar nos capítulos anteriores, tem dedicado a atenção para a intervenção focada nos défices e na patologia, sem colocar o ênfase nas forças dos indivíduos. A perspetiva positiva, apresenta-se como diferenciadora das abordagens reguladoras e normalizadoras e conhecidas, apresentando assim um novo campo de intervenção para o serviço social e demais áreas e ainda uma mudança de mentalidades (Weick et al.,1989; Saleebey, 2009; Rapp et al., 2005).

Supõe que os profissionais que adotem esta abordagem examinem as suas práticas e identifiquem três transições fundamentais, na relação com o utente: dos problemas para os desafios; da patologia para as forças; de uma preocupação do passado para o futuro. Estas transições são cruciais para a mudança de paradigma a que a perspetiva das forças incumbe (cf. Miley, O'Melia et al.,2004).

Healy (2005:157-164), defende um conjunto de princípios práticos que podem assumir relevância para os profissionais que pretendam desenvolver a sua intervenção a partir da perspetiva das forças, tais como:

1. Adotar uma atitude otimista: o profissional deve adotar uma atitude otimista para que não só ele, mas todos os atores integrantes de redes de ajuda, formais e informais, visando o questionamento da visão patológica e orientada pelos défices, colocando o ênfase nas forças, capacidades e recursos dos utentes;
2. Foco nos recursos: não se nega a existência dos problemas, no entanto, o foco da intervenção passa pelo reconhecimento dos recursos dos utentes, considerando que a solução pode ser suportada nos recursos, ao invés de focar nos défices, através da escuta ativa da narrativa do utente, da procura de manifestações de esperança, da coragem e do seu reforço.⁹
3. Colaboração com os utentes: a partilha da responsabilidade da intervenção entre o profissional e o utente faz com que os recursos disponíveis aumentem. A procura de soluções, trata-se de um processo criativo que compreende a perspetiva do utente e do profissional, promovendo-se assim um ambiente colaborativo.
4. Intervenção orientada para o *empowerment* sustentável dos utentes: a orientação com o intuito de alcançar resultados que contribuam para a melhoria da qualidade de vida

⁹ Dennis Saleebey (2009), denomina este processo de *strengths-focused listening*.

e bem-estar dos utentes, quer através de recursos existentes ou de desenvolvimento de recursos novos;

5. Desenvolvimento das comunidades como suporte social: dá-se relevância ao suporte social, possibilitado pelas redes sociais dos utentes ou face à sua inexistência, ao seu possível desenvolvimento.

Assim, a relação de ajuda na perspectiva das forças, revela-se como colaboração, mutualidade e sociedade, onde o poder é conjunto, é “com o outro” e não “sobre o outro” (Kisthard, 2009:52).

O Assistente Social, é um profissional especialista do trabalho social, que desempenha as suas funções em conjunto com o utente, colocando-o assim como protagonista principal da sua própria vida e das suas escolhas. Desta forma, a intervenção social, coloca o enfãse inicial da intervenção, no processo de ajuda sobre as suas forças, interesses, capacidades, potencialidades e conhecimento de cada individuo ao invés de focar sobre a sua situação e/ou o problema que está a enfrentar, limitações e défices.

Rapp (2006), defende que uma relação de ajuda eficaz se define por uma proposta amigável, confiante e capacitadora. Para Saleebey (2009:95), o que permite a mudança é a intervenção através da colaboração entre utente e profissional, apoiada em expectativas positivas.

Perante isto, cada individuo é responsável por si e pelo seu processo de transformação, tornando-se assim um agente mais comprometido com todo o processo (Kisthardt, 2009:53). O profissional tem como função principal identificar as forças do individuo e em colaboração com este delinear um plano de intervenção, sendo o utente que decide quando e como implementar esse mesmo plano (Rapp, Saleebey et al., 2005).

O profissional perante esta abordagem das forças releva uma nova visão sobre o utente e a sua situação, isto é, o profissional vê os utentes como seres capazes de aprender, crescer e mudar, ajudando assim a que os utentes se transformem e libertem dos rótulos e estigmas que os limitam, dando-lhes a possibilidade de transformar a sua vida para uma vida diferente (Kisthardt, 2009:54).

Saleebey (2009:103-105), apresenta quatro passos importantes do processo que podem ocorrer em simultâneo, sem uma logica sequencial, ressaltando que esta é apenas uma maneira especifica de olhar para o processo. Cada profissional e utente irão encontrar uma forma singular de olhar para o processo, sendo assim os inícios de relação de ajuda sempre diferentes e personalizados. Estas fases podem ser utilizadas na intervenção com indivíduos, famílias e/comunidades:

1. Percursos e assistentes da força:

Ao chegar aos serviços e/os instituições, os utentes estão muitas das vezes absorvidos pela situação em que se encontram e, com isto, não conseguem de imediato reconhecer as suas forças. Deve ser aberto espaço para que os utentes contem os problemas, as dificuldades com que se têm confrontado, ao contarem as suas histórias de vida pautadas por adversidade, iram deixar transparecer êxitos, competências, esperanças e aspirações a que os assistentes sociais devem estar atentos.

A função dos assistentes sociais é a escuta ativa da narrativa do utente, identificando as forças e, no momento mais adequado, auxiliar os utentes na reflexão sobre as forças que referiram e ilustrar-lhes os momentos em que mostraram capacidade, competência ou revelaram sonhos. Para o autor, os profissionais tornam-se assistentes das forças, estando sempre a ouvir as sugestões e murmúrios de resiliência e de recuperação.

2. Estimular o discurso e narrativas de resiliência e forças

Aos profissionais é lhes pedido que conduzam o atendimento com os utentes para uma visão não patológica da situação e no sentido de reconhecer as forças, contrariando o discurso centrado no problema para o focalizar nas forças e capacidades. Não se trata de um processo linear, uma vez que as forças se encontram muitas vezes adormecidas sob anos de incertezas, culpabilização, opressão pelas situações vivenciadas, preconceitos e estigmas, dos outros e/ou da sociedade.

O assistente social tem de providenciar a linguagem e ainda transferir o utente do passado para o futuro – supõe que o profissional forneça palavras e imagens de forças existentes e que seja um espelho reflexivo do seu discurso, isto é, refletir no seu discurso as capacidades e competências que observa no utente. Isto implica que o profissional faça uma avaliação das forças existentes e, posteriormente, a sua identificação e reconhecimento com o utente, avaliando como este pode utilizar essas potencialidades na situação em que enfrenta atualmente e em situações futuras.

3. Agir no contexto: o projeto

Ao reconhecerem as suas forças, os utentes devem ser ajudados pelos profissionais a orientar as suas capacidades, competências e recursos em função dos seus objetivos.

Assim, motiva-se o individuo a agir em conformidade com os recursos identificados, designando-se “projeto”, isto é, um plano de ação coerente com o que o próprio identifica e deseja. Este deve ser um processo colaborativo, onde o assistente social assume uma função mediadora e de advocacia: por um lado, estabelece pontes com os recursos; por outro, ultrapassando as barreiras que possam ser impeditivas dos indivíduos

alcançarem as suas metas. Assim, a quando das pessoas terem um plano para atingirem os seus objetivos e a exercitar as suas forças, cria-se um efeito sinérgico (Saleebey, 2009:105).

4. Uma orientação para a capitalização das forças

Após o período de tempo necessário para o reconhecimento e consolidação das forças e capacidades identificadas, os utentes devem ser capazes de as colocar em prática no seu dia-a-dia, no entanto, o profissional deve continuar a ter acompanhamento para que continue a desenvolver e fortalecer as suas forças. De seguida, há a rutura entre o profissional e o utente, considerando que os recursos pessoais e os recursos da comunidade estão estabilizados.

3.2- A avaliação com base na perspetiva das forças

A abordagem que temos vindo a analisar ao longo deste estudo, ainda necessita de aprofundamento. Relativamente à avaliação, Anderson e Cowgwe (2009:186-188) defendem que se trata não só de um processo, mas também de um produto, na medida em que partem da noção de que o conhecimento da realidade é socialmente construído.

Saleebey (2009), coloca o ênfase à multidimensionalidade da avaliação, distinguindo as forças internas e externas à pessoa. Assim, considera que avaliação pode ser considerada em duas fases: 1ª fase: o profissional e o utente definem em conjunto a situação problema, fazendo um pequeno resumo da mesma; 2ª fase: identificam-se e analisam-se os fatores que estão presentes na situação.

Neste sentido, e de acordo com autor supracitado anteriormente, considera-se necessário no processo de avaliação (Saleebey, 2009):

- Documentar a história, através de uma linguagem simples e acessível para que a compreensão dos factos pelos indivíduos e a consideração de que estes são os primeiros especialistas da sua vida esteja claro;
 - Apoiar e validar a história, demonstrando confiança nos indivíduos;
 - Honrar a autodeterminação das pessoas, numa atitude que não julgue as suas narrativas ou ações e, respeitando a sua visão sobre a situação;
- Dar primazia à história, fazendo com que esteja seja central no processo de ajuda e na avaliação;
 - Descobrir quais as necessidades, expectativas e objetivos dos indivíduos;
 - Orientar para a identificação das forças na situação e no indivíduo;
 - Descobrir a singularidade, permitindo uma avaliação individualizada;

- Chegar a um acordo mútuo sobre a avaliação realizada, que deve ser aberto e partilhado, envolvendo o utente em todo o processo;
- Evitar culpas e culpabilizações, focando a intervenção nas soluções e alternativas e evitando um pensamento de causa-efeito.
- Avaliar sem rotular, evitando diagnósticos que enquadram os utentes e as situações numa visão patológica.

Desta forma, a primeira componente do processo é designada por definição de “situação problema” e tem como intuito clarificar o porquê de o indivíduo procurar a assistência. Em particular, numa abordagem na perspectiva das forças, este primeiro contacto com o utente e a sua situação, sendo crucial que o individuo conte a sua história e o profissional escute ativamente e respeite a narrativa do utente.

De acordo com Saleebey (2009:100), o Assistente Social deve escutar ativamente as histórias dos utentes, ao invés de seguir minuciosamente um protocolo de avaliação sendo que são nas histórias de vida e nas suas narrativas, que o individuo esconde as suas forças, interesses, potencialidades e esperanças.

A linguagem escolhida pelo profissional é fundamental e intencional, como referido anteriormente, onde o assistente social deve estimular uma conversa com ênfase nas possibilidades, aspirações e esperanças. Jong e Miller (1995:735), defendem que o assistente social escuta, compartilha sentimentos e suavemente retorna-os à definição dos seus objetivos para um futuro mais desejável.

Com isto, os profissionais podem recorrer a perguntas que permitem este tipo de linguagem e orientação. Neste sentido, apresentamos um conjunto de perguntas¹⁰ proposta por Saleebey (2009:102-103), que podem ser utilizados de modo a descentrar a conversa dos problemas, mas também como facilitador na identificação e reconhecimento das forças internas e externas presentes na situação e no individuo. Assim, segue-se algumas das questões possíveis:

a. Perguntas de sobrevivência: pretendem identificar quais as competências e estratégias utilizadas numa situação de adversidade.

Por exemplo: *como conseguiu sobreviver até agora? O que aprendeu de si mesmo durante essa situação? Dessas dificuldades, o que sentiu que lhe deu mais força?*

b. Perguntas de suporte: pretendem identificar as redes, pessoas de suporte na vida do utente.

¹⁰ Inspiradas na abordagem focada na solução.

Por exemplo: *em quem conseguiu confiar nessa situação? Quem o/a ajudou? A quem recorreu? Que tipo de ajuda lhe deram?*

c. Perguntas de exceção: permite identificar os momentos em que a situação problema foi menor.

Por exemplo: *quando sentiu que a situação melhorou? O que foi diferente nos momentos em que experimentou que a situação melhorou? Que momentos é que lhe deram maior capacidade para resistir?*

d. Perguntas de possibilidade: pretendem identificar as esperanças, aspirações e sonhos.

Por exemplo: *o que deseja agora da sua vida? Onde gostaria de estar daqui a cinco anos? Quais os seus sonhos?*

e. Perguntas de estima: querem identificar as qualidades e valores.

Por exemplo: *o que os outros dizem de bom sobre si? Ao olhar para a sua vida do que se orgulha? O que lhe dá prazer na vida?*

f. Perguntas de perspetiva: permitem identificar a visão do utente.

Por exemplo: *o que pensa sobre esta situação? O que pensa destes acontecimentos?*

g. Perguntas de mudança: pretendem identificar as necessidades.

Por exemplo: *o que acha de deve mudar em relação aos sentimentos, pensamentos, relações ...? Como se deveria trabalhar para que a situação melhor?*

h. Perguntas de sentido: permitem compreender quais os valores em que acredita e lhe dão sentido.

Por exemplo: *em que é que acredita acima de tudo? O que lhe dá sentido ao que vive?*

Estas são apenas algumas das ilimitadas possibilidades de abordagem nesta perspetiva, considerando-se como um exemplo de como usar a linguagem para identificar as forças existentes nos indivíduos, famílias e comunidades. Estas questões não pretendem que o profissional as tenha como um protocolo rígido a seguir, constituindo-se assim como uma orientação para o profissional conduzir a conversa com os utentes e onde se pode concentrar a atenção do profissional.

A segunda componente do processo, é a análise e interpretação dos fatores que influenciam a situação, tendo como base que existem forças internas provenientes das competências, habilidades, motivações dos indivíduos e forças externas provenientes dos recursos existentes ou criados a partir do ambiente.

Assim, continuando na mesma linha de pensamento, Anderson, Cowger e Snively (2009:192), propõe um diagrama como ferramenta para avaliação, considerando-o como um possível recurso para os profissionais explorarem e avaliarem as forças dos indivíduos e a situação.

O diagrama propõe uma leitura mais complexa, isto é, relevando a importância da dimensão ambiental e pessoal na identificação das forças, em determinadas situações. Com isto, o modelo proposto pelos referidos autores, apresenta dois eixos cruciais: 1) fatores ambientais *versus* fatores pessoais; 2) forças *versus* défices e/ou obstáculos. Quando os eixos se encontram fechados, cada um dos quatro quadrantes representa um conteúdo importante para proceder à avaliação. Com isto, os instrumentos de avaliação têm tendido a colocar o foco no quadrante dois, uma vez que se foca mais nos problemas, porém, a abordagem das forças coloca o foco nos quadrantes três e quatro.

É expectável que, desde o primeiro contacto com o utente, o assistente social identifique as forças deste. Assim, o profissional poderá utilizar o diagrama na primeira entrevista ou apenas na sua análise e posterior revisão da situação. A sua utilização poderá assim estimular o pensamento sobre as forças e a sua importância na prática; auxiliar na identificação de forças que à primeira vista não se reconheceriam; auxiliar na identificação e seleção de matéria positiva e de apoio aos utentes; providenciar uma base para análise de competências dos indivíduos e não dos seus défices; apoiar a confiança do assistente social nos utentes.

Anderson e Cowger (2009), defendem que o diagrama ilustra as forças que os indivíduos têm, não pretendendo assim apresentar todo o conteúdo e conhecimento necessário para a prática. Com isto, os obstáculos específicos ao *empowerment* pessoal e social não são contemplados à semelhança dos recursos e forças existentes na comunidade, redes sociais, investimento económico ou melhoria da qualidade de vida.

O uso deste dependerá de situação para situação e até da análise de cada profissional sobre a sua aplicabilidade, tornando-se assim numa abordagem alternativa a uma avaliação centrada nos défices.

A teoria das forças apresenta-nos ainda uma grelha de avaliação, apresentada por Rapp (1983, 1985, 2006), centrado na gestão de caso, na área da saúde mental, tendo sido ampliada por outros profissionais de diversas áreas, em intervenções com base nas forças. Trata-se de um instrumento que permite a organização e operacionalização de múltiplas forças que os indivíduos possuem, dando assim oportunidade ao profissional de organizar a informação e sobretudo possibilitando uma reflexão sobre o modo particular na sobre a

pessoa e como a informação que nos deu na sua narrativa pode ser utilizada em seu benefício (Rapp e Gosha, 2006:98-99).

A grelha de avaliação que os autores nos apresentam, organiza-se em sete domínios da vida (vida diária; situação financeira; situação educacional; rede social de suporte; saúde; lazer/ocupações; espiritualidade/cultura), dividido em três momentos temporais (passado, presente e futuro). Desta forma, os domínios da vida apresentados, correspondem às áreas que mais preocupam os indivíduos e, por outro lado, são um espelho dos nichos que estas ocupam. O papel do assistente social nesta abordagem, destaca-se pela captação e a procura da informação que revelem os talentos, aspirações, confiança do indivíduo, as oportunidades recursos e redes sociais do ambiente ao seu redor. Assim, os comportamentos individuais são influenciados pela história pessoal, o seu contexto social, a sua visão e aspirações para o futuro.

Como podemos observar, no final da grelha existem três secções: uma primeira onde o utente e/ou o profissional registam as forças identificadas; uma segunda, que deve ser preenchida pelo utente em relação às prioridades que identifica e uma terceira na qual cada um faz um comentário gerais e/ou pessoal sobre o trabalho produzido.

Por fim, segundo Rapp e Gosha, 2006:107-112, o processo de avaliação deve prestar atenção especial a seis orientações que lhe devem conferir individualidade e dinamismo:

I. A avaliação das forças deve ser minuciosa, detalha e específica

Deve-se ter em consideração que cada ser humano é único – o profissional deve procurar ter uma visão holística da pessoa e, por isso, este deve recolher toda a informação possível, de modo a obter todos os dados que possa ser benéfico para a relação de ajuda.

II. A avaliação das forças deve fazer parte de um processo contínuo onde a informação é constantemente atualizada

A recolha de informação começa no primeiro contacto do utente com o profissional, no entanto, é um processo contínuo. Com isto, não significa que se inicie o preenchimento da grelha no primeiro contacto, no entanto, deve ser considerado como um instrumento que oriente a conversa com o utente, sem que isso cerre o diálogo ou o torne rígido.

III. A linguagem utilizada na avaliação das forças deve partir da perspectiva do utente e escrita nas palavras usadas por este

IV. A avaliação das forças deve ser conduzida através de uma conversa entre o profissional e o utente e não através de um interrogatório.

V. A avaliação das forças deve ter em consideração o ritmo do utente.

Cada utente é um ser singular e tem os seus ritmos no processo da relação de ajuda, sendo assim importante que o profissional reconheça e respeite os tempos do utente.

VI. A avaliação das forças deve acontecer na comunidade.

A avaliação deverá ocorrer no ambiente e meio do utente, sempre que necessário, uma vez que este aspeto introduz um conjunto de informação externa crucial e ainda porque facilita o conforto do utente.

Com isto, o processo de avaliação assenta sobretudo em dimensões relacionais e em procedimentos pouco codificados e flexíveis, orientando assim o processo de ajuda numa perspetiva colaborativa e com vista à identificação das forças.

Em suma, o processo de avaliação das forças é motivacional e permite um retrato mais completo do individuo, produzindo assim informação crucial para o desenvolvimento da intervenção à posteriori. Assim, as forças identificadas e a identificar assumem-se como o material de intervenção.

Capítulo 4- Dependências e Comunidades Terapêuticas

A dependência, segundo Seibel e Toscano (2001) dá-se quando existe um uso abusivo de uma substância psicoativa, o que pode levar a alterações neurológicas ou psiquiátricas (Sabino & Cazenave, 2005).

O consumo excessivo de drogas ativa o sistema de recompensa do cérebro (American Psychiatric Association, 2014), relacionando o reforço do comportamento com a produção de memórias e a sua ativação direta leva a que atividades entendidas como normais sejam negligenciadas (American Psychiatric Association, 2014).

Desta forma, uso intensivo e abusivo de substâncias pode ter como consequências a intoxicação, abstinência ou perturbações mentais estimuladas pelas substâncias, nomeadamente de ordem psicótica ou depressiva (American Psychiatric Association, 2014).

Estas substâncias, podem ser classificadas em três grupos (Sabino & Cazenave, 2005):

- I. Substâncias estimulantes, isto é, “estimulam a atividade mental”, como é o caso das anfetaminas, cocaína, crack, ecstasy ou nicotina;
- II. Substâncias depressoras, ou seja, “deprimem a atividade mental”, tornando-a mais lenta, por exemplo, o álcool, o ópio, a morfina ou a heroína;
- III. Substâncias alucinogénias que “alteram o funcionamento cerebral”, conduzindo a delírios e alucinações, designadamente o LSD e a canábis.

Por sua vez, a DSM-5(American Psychiatric Association, 2014), distingue as substâncias em 10 categorias, sendo elas o álcool, o café, a cannabis, os alucinogénios, os inalantes, os opióides, os sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, os estimulantes, o tabaco e outras substâncias.

Neste estudo, iremos apresentar, de seguidas, de forma breve as substâncias subdivididas entre as lícitas e ilícitas.

4.1 - Substâncias lícitas: o álcool

As substâncias caracterizadas como lícitas são legais e, nestas enquadram-se o álcool, o café e o tabaco. Tendo em consideração o objeto de estudo, iremos abordar apenas o alcoolismo sendo que é uma das problemáticas que a CT intervém com as mulheres em tratamento.

O consumo de álcool está fortemente enraizado na nossa cultura, sendo produzido e consumido há milhares de anos (Iglesias, 2002) e, atualmente este consumo assume diversas funções, como por exemplo alimentares, terapêuticas ou de integração social (Iglesias, 2002). O álcool pertence à família dos depressores do sistema nervoso central, no entanto, se for usado em pequenas quantidades pode ter um efeito contrário, funcionando como estimulante e desinibidor. Desta forma, é usado muitas vezes para lidar com situações de maior ansiedade (Calimari y Cox, 1996 cit por Iglesias, 2002).

Porém, quando o consumo do álcool é abusivo, pode ser lesivo gravemente a nível, físico, psicológico, laboral, familiar e social (Iglesias, 2002). Apesar da cultura ditar o contrário, o consumo diário e frequente de álcool pode provocar dependência física, e, quando o individuo deixa de consumir de forma repentina dá-se uma síndrome de abstinência alcoólica – um processo muito doloroso e que pode levar à morte (Iglesias, 2002).

O diagnóstico de perturbação por uso de álcool nem sempre é possível tendo em consideração que esta é uma problemática desvalorizada em prol do valor da cultura. No entanto, a quando verificado, os profissionais habilitados analisam se o individuo preenche pelo menos dois dos critérios diagnósticos que são referenciados na DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). Assim, quanto mais critérios de diagnóstico se integrem, mais grave é o quadro da problemática sendo a frequência de uso tal como a quantidade tem influência nas alterações e na gravidade da perturbação (American Psychiatric Association, 2014).

A perturbação por uso de álcool, define-se por um conjunto de sintomas comportamentais e físicos, que podem consistir em abstinência, tolerância e fissura. (American Psychiatric Association, 2014). O álcool pode ser usado como substituto de algumas substâncias quando as mesmas não estão disponíveis ou para atenuar o efeito indesejado que essas substâncias provocam (American Psychiatric Association, 2014). Quando consumido de forma intensiva pode levar a problemas comportamentais como a depressão, ansiedade e insónias, ainda que às vezes estes sintomas possam anteceder o consumo (American Psychiatric Association, 2014).

A nível físico, a ingestão excessiva de álcool pode afetar quase todos os sistemas de órgãos, destacando-se o gastrointestinal, o cardiovascular e os sistemas nervoso central e periférico (American Psychiatric Association, 2014). A nível gastrointestinal os efeitos podem incluir gastrite, úlceras estomacais ou duodenais, cirrose hepática e/ ou pancreatite (American Psychiatric Association, 2014). No que respeita ao sistema nervoso central os

efeitos mais persistentes incluem défices cognitivos, “grave comprometimento da memória e alterações degenerativas do cerebelo”. (American Psychiatric Association, 2014).

A referente problemática, caracteriza-se por “períodos de remissão e recaídas” (American Psychiatric Association, 2014)- os fatores de risco e prognóstico podem ser ambientais, onde se incluem as atitudes culturais relacionadas com o consumo e a intoxicação, a disponibilidade de acesso ao álcool, nomeadamente pelo preço, as experiências pessoais sob o efeito do álcool, os níveis de stress e a forma inadequada de lidar com isso, o consumo intenso pelos pares e as “expetativas positivas exageradas dos efeitos do álcool” (American Psychiatric Association, 2014). No que se refere à genética e fisiologia, a perturbação “por uso de álcool apresenta um padrão familiar”, uma vez “que 40 a 60% da variação no risco é explicada por influências genéticas”, os modificadores genéticos, geralmente com elevados níveis de impulsividade associam-se a um início precoce e grave da perturbação por uso de álcool (American Psychiatric Association, 2014). “Na maioria das culturas, o álcool é a substância intoxicante usada com mais frequência e contribui consideravelmente para a morbidade e a mortalidade” (American Psychiatric Association, 2014).

Em relação ao género, são os indivíduos do sexo masculino os que apresentam uma taxa mais elevada de consumo e de perturbações a ele associado em relação ao sexo feminino, ainda que quando estas têm um consumo excessivo possam ser mais vulneráveis a nível físico (American Psychiatric Association, 2014).

As consequências do uso intensivo de álcool podem ser ao nível funcional, sendo que as principais áreas que podem ser afetadas são a condução de veículos, o manobramento de máquinas, a escola, o trabalho, as relações, a comunicação interpessoal e a saúde (American Psychiatric Association, 2014) e ainda contribui o absentismo laboral, os acidentes de trabalho e a baixa produtividade (American Psychiatric Association, 2014).

A esta perturbação está associada ao aumento considerável de acidentes, violência e suicídio, bem como sentimentos de desinibição, tristeza e irritação (American Psychiatric Association, 2014).

A principal característica do transtorno por uso de álcool é a elevada quantidade de substância ingerida, o que leva a um sofrimento considerável e repetido ou a um funcionamento prejudicado (American Psychiatric Association, 2014). A maioria dos utilizadores desta substância apenas a consome as vezes suficientes “para se sentir intoxicado” e somente uma minoria desenvolve a perturbação (American Psychiatric Association, 2014). Associado à perturbação por uso de álcool podem estar perturbações

bipolares, esquizofrenia, perturbação da personalidade antissocial e perturbações depressivas e de ansiedade (American Psychiatric Association, 2014). Além disso a intoxicação repetida e grave pode reduzir os mecanismos imunológicos e tornar os indivíduos mais vulneráveis a infeções e aumentar o risco de cancro (American Psychiatric Association, 2014). Os sintomas associados à abstinência de álcool podem contribuir para a continuação do consumo de álcool e para a recaída, persistindo os efeitos negativos a nível do funcionamento social e laboral do indivíduo (American Psychiatric Association, 2014).

4.2 - Substâncias ilícitas

Por substâncias ilícitas, consideram-se a cannabis, os alucinogénios, os inalantes, os opióides, os sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, os estimulantes e outras substâncias.

De acordo com um estudo realizado em 2012, foram a cannabis, o ecstasy e a cocaína (SICAD, 2014) as substâncias mais consumidas pelos portugueses. Desta forma, iremos destacar as substâncias mais utilizadas, para que tenhamos um conhecimento mais profunda sobre a problemática a tratar no presente estudo:

4.2.1- Cannabis

Os critérios para o diagnóstico de perturbação por uso de cannabis estão descritos na DSM-5 e o profissional competente pode fazer esse diagnóstico com base nos critérios apresentados (American Psychiatric Association, 2014).

As perturbações por uso de cannabis e outras perturbações relacionadas com esta substância “incluem problemas associados com substâncias derivadas da planta Cannabis e compostos sintéticos de composição química semelhante” (American Psychiatric Association, 2014) - o haxixe, de uso comum, resulta do extrato concentrado da planta cannabis (American Psychiatric Association, 2014).

A cannabis é, por norma, consumida fumada, existindo atualmente mecanismos que permitem que seja usada de forma vaporizada, estas duas formas de consumo são as que produzem um efeito mais rápido e mais intenso (American Psychiatric Association, 2014).

A interrupção repentina do uso diário ou quase de cannabis leva ao início da síndrome de abstinência (American Psychiatric Association, 2014), não tendo efeitos tão nefastos como no caso do álcool ou dos opiáceos, ainda assim pode causar grande sofrimento e dessa forma contribuir para a continuação do uso ou para a recaída de quem tenta a abstinência (American Psychiatric Association, 2014).

A elevada prevalência de perturbações por uso de cannabis possivelmente deve-se mais à facilidade de acesso a esta substância em relação a outras substâncias ilícitas, do que propriamente ao seu potencial de maior adição (American Psychiatric Association, 2014).

Em relação à prevalência em questões de género, são os indivíduos do sexo masculino que apresentam maiores taxas de perturbação, o que também ocorre geralmente noutras perturbações (American Psychiatric Association, 2014).

Esta droga é considerada de “entrada” uma vez que há uma tendência dos indivíduos que a consomem para consumir substâncias consideradas mais perigosas, como opioides ou cocaína (American Psychiatric Association, 2014).

O uso da substância foi relacionado com a baixa satisfação com a vida, o aumento da necessidade de tratamento ao nível da saúde mental e a hospitalização, aumento das taxas de depressão, transtorno de ansiedade, tentativas de suicídio e desvios de comportamento (American Psychiatric Association, 2014). O uso de cannabis pode ter influência no funcionamento humano, nomeadamente ao nível do sistema cardiovascular, imunológico, neuromuscular, ocular, respiratório e reprodutivo, e ainda no apetite e cognição/perceção (American Psychiatric Association, 2014).

Ao nível da saúde o maior impacto é no sistema respiratório, havendo sintomas de bronquite, produção de escarro, falta de ar e sibilos (American Psychiatric Association, 2014). A perturbação por uso de cannabis pode causar sintomas semelhantes aos transtornos mentais primários, nomeadamente ansiedade (American Psychiatric Association, 2014). Quando o uso é crónico pode conduzir à falta de motivação semelhante ao transtorno depressivo persistente (American Psychiatric Association, 2014).

A intoxicação inicia-se por sintomas que incluem “euforia, sedação, letargia, comprometimento da memória a curto prazo, dificuldade na execução de processos mentais complexos, julgamento prejudicado, percepções sensoriais distorcidas, prejuízo no desempenho motor e sensação de lentidão do tempo” (American Psychiatric Association, 2014, pp.516-517). Em termos funcionais, a cannabis pode implicar disfunções no trabalho ou escola e incapacidade de cumprir obrigações. Além destes, também em menor escala, pode levar a casos de psicose de duração variável. (American Psychiatric Association, 2014).

4.2.2- Alucinogénios

A perturbação por uso de outros alucinogénios inclui o ecstasy (American Psychiatric Association, 2014). O profissional competente pode identificar a perturbação por uso de outros alucinogénios com base nos critérios diagnósticos referidos na DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014).

O grupo dos alucinogénios é composto por diversas substâncias que apesar de apresentarem estruturas químicas diferentes produzem alterações semelhantes ao nível da perceção, humor e cognição (American Psychiatric Association, 2014). Na categoria de outros alucinogénios incluem-se as fenilalquilaminas, por exemplo, a MDMA (metilendioximetanfetamina) conhecida por ecstasy, as indolaminas e as ergolinas, nomeadamente o LSD (dietilamida do ácido lisérgico) (American Psychiatric Association, 2014). Existem ainda outros compostos etnobotânicos que são definidos como alucinogénios, por exemplo, a sálvia (American Psychiatric Association, 2014). O consumo de alucinogénios é habitualmente feito por via oral, contudo algumas destas substâncias são fumadas e ainda, raramente, podem ser consumidas por via intranasal ou intravenosa, como é o caso do ecstasy (American Psychiatric Association, 2014). A duração do efeito do alucinogénio varia de acordo com o mesmo (American Psychiatric Association, 2014). O ecstasy, enquanto alucinogénio pode ter efeitos diferenciados devido às suas propriedades tanto alucinogénias como estimulantes (American Psychiatric Association, 2014).

Os dependentes de ecstasy, referem ter problemas físicos ou psicológicos, tolerância à substância, desvantagens pelo uso da mesma e um elevado gasto de tempo para obter a substância (American Psychiatric Association, 2014). No entanto, problemas legais por uso da substância, desejo de consumo e incapacidade de abandonar o consumo raramente são indicados (American Psychiatric Association, 2014).

O uso de ecstasy pode conduzir a efeitos neurotóxicos de longo prazo, nomeadamente comprometimento da memória, da função psicológica e neuro endócrina, disfunção do sistema serotoninérgico e perturbação do sono, danos sobre a microvasculatura encefálica, maturação da matéria branca, dano nos axónios e redução da conectividade funcional entre regiões do cérebro (American Psychiatric Association, 2014). Indivíduos que consomem alucinogénios apresentam mais perturbações mentais não relacionadas a substâncias, principalmente a perturbação de ansiedade, depressão e 23 bipolaridade (American Psychiatric Association, 2014). Com o uso de ecstasy e sálvia, a perturbação da

personalidade antissocial é significativamente mais elevada em indivíduos com consumos de alucinogénios (American Psychiatric Association, 2014). No entanto, não está definido com clareza se as perturbações mentais são uma consequência ou uma causa do uso de alucinogénios (American Psychiatric Association, 2014). Os alucinogénios podem levar a perturbação persistente da perceção, especialmente depois do uso de LSD (American Psychiatric Association, 2014). A intoxicação por uso de outros alucinogénios pode levar ao aumento da possibilidade de suicídio, embora seja raro (American Psychiatric Association, 2014). A nível funcional, as consequências podem ser perturbações da perceção e o julgamento prejudicado, podendo levar a lesões ou mortes por causa de acidente automóveis, agressões físicas ou auto lesão física involuntária (American Psychiatric Association, 2014). Os efeitos neurológicos também podem decorrer do uso contínuo de alucinogénios, especialmente do ecstasy (American Psychiatric Association, 2014). Apesar da abstinência clinicamente significativa não ter sido incluída na DSM-5 no caso de transtornos por uso de outros alucinogénios e esta não ter sido documentada de forma sólida entre seres humanos, existem evidências de abstinência no caso de interrupção no uso de ecstasy, havendo relatos de problemas físicos e psicológicos (American Psychiatric Association, 2014).

4.2.3- Opióides

A perturbação por uso de opióides (ópio, morfina, heroína, metadona,) pode ser identificada pelo profissional qualificado e com base nos critérios patentes na DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). Apesar dos efeitos nefastos de todos estes compostos, apenas o ópio e a heroína são considerados ilegais sendo os restantes usados de forma controlada como fármacos (SICAD, n.d.-b).

A heroína resulta da morfina que, por sua vez consiste no principal elemento ativo do ópio (SICAD, n.d.-a, n.d.-b). Os índices mais elevados de perturbação por consumo de opióides são de indivíduos do sexo masculino por comparação com indivíduos do sexo feminino (American Psychiatric Association, 2014).

A perturbação em geral quando se desenvolve mantém-se durante vários anos, apesar de existirem frequentemente breves períodos de abstinência (American Psychiatric Association, 2014). A prevalência diminui com a idade devido à mortalidade precoce e à remissão de sintomas após os 40 anos (American Psychiatric Association, 2014). Associada à perturbação por uso de opióides, está o aumento das tentativas e da

concretização do suicídio, destacando-se as overdoses acidentais e deliberadas (American Psychiatric Association, 2014).

A intoxicação ou a abstinência de opioides repetidamente pode associar-se a depressões graves conduzindo a tentativas de suicídio e suicídio consumado (American Psychiatric Association, 2014). O consumo de opioides pode inibir as secreções das membranas mucosas, provocando secura da boca e do nariz, o uso excessivo pode implicar acuidade visual, resultado da miose (American Psychiatric Association, 2014). No caso de consumo por via intravenosa é comum existirem veias com esclerose e marcas de picadas nos antebraços (American Psychiatric Association, 2014).

Em casos mais graves a esclerose das veias pode originar edema periférico levando à mudança da zona injetada (American Psychiatric Association, 2014). Quando as veias deixam de poder ser aproveitadas passam a fazer a injeção diretamente no tecido subcutâneo, o que resulta em celulite, abscessos e cicatrizes com aparência circular, consequência de lesões cutâneas curadas (American Psychiatric Association, 2014). Mais raramente, mas também mais grave são as infecções por *Clostridium botulinum* e o tétano devido principalmente ao uso de agulhas contaminadas (American Psychiatric Association, 2014). Pode também haver endocardite bacteriana, hepatite e infecção por HIV (American Psychiatric Association, 2014).

A tuberculose é uma doença especialmente grave entre usuários de drogas por via intravenosa, principalmente de heroína (American Psychiatric Association, 2014). A inalação de heroína ou de outros opioides provoca, frequentemente, o desenvolvimento de irritação da mucosa nasal, por vezes acompanhada de perfuração do septo nasal (American Psychiatric Association, 2014). É habitual existirem dificuldades no funcionamento sexual, que no caso dos homens passa por disfunção erétil que ocorre durante a intoxicação ou devido ao uso crónico (American Psychiatric Association, 2014).

O consumo de opioides pode também resultar em morte, seja por overdose ou por violência associada à aquisição destas drogas (American Psychiatric Association, 2014).

Os indivíduos com perturbação por uso de opioides têm probabilidade de vir a desenvolver depressão leve a moderada, que se pode classificar como perturbação depressiva persistente e em alguns casos perturbação depressiva maior (American Psychiatric Association, 2014). Durante o período de abstinência é comum haver insônia (American Psychiatric Association, 2014). Os consumidores de opioides apresentam mais frequentemente perturbação da personalidade antissocial do que a população em geral e

cada vez mais se verificam casos de perturbação de stress pós-traumático (American Psychiatric Association, 2014).

4.2.4- Estimulantes

As perturbações relacionadas a estimulantes são diagnosticadas através dos critérios presentes na DSM-5, permitindo fazer a identificação da perturbação por parte do técnico competente (American Psychiatric Association, 2014).

“A anfetamina e os estimulantes tipo anfetamina incluem substâncias com uma estrutura de feniletilamina substituída, tais como anfetamina, dextroanfetamina e metanfetamina” (American Psychiatric Association, 2014) – por norma, estas substâncias são consumidas por via intravenosa ou oral, ainda que a metanfetamina também seja consumida por via nasal (American Psychiatric Association, 2014).

A cocaína produz efeitos muito semelhantes às anfetaminas pelo que se insere no grupo dos estimulantes, sendo que os critérios diagnósticos para identificar a perturbação por uso desta substância são os mesmos (American Psychiatric Association, 2014) – o consumo pode ser feito a partir de diferentes preparações, variando a potência de acordo com os níveis de pureza e da rapidez de iniciação dos seus efeitos (American Psychiatric Association, 2014).

Os indivíduos que usam substâncias estimulantes podem desenvolver perturbações por uso das mesmas a partir da primeira semana, ainda que o início nem sempre seja tão rápido (American Psychiatric Association, 2014) e o uso repetido destas substâncias leva à ocorrência de tolerância, independentemente da forma de administração (American Psychiatric Association, 2014).

Grande parte dos indivíduos com perturbação por uso de estimulantes já sentiu tolerância ou abstinência (American Psychiatric Association, 2014). A abstinência pode provocar hipersónia, aumento do apetite e disforia o que pode conduzir a uma vontade incontrolável de uso da droga (American Psychiatric Association, 2014). O estado de abstinência pode associar-se a 26 sintomas depressivos temporários, ainda que intensos (American Psychiatric Association, 2014).

Nesta situação pode existir depressão, ideias suicidas, irritabilidade, anedonia, perturbação na atenção e concentração ou instabilidade emocional (American Psychiatric Association, 2014) O consumo de estimulantes habitualmente produz uma sensação imediata de bem-estar, autoconfiança e euforia (American Psychiatric Association, 2014).

A longo prazo o consumo de substâncias estimulantes pode conduzir a um “comportamento caótico, isolamento social, comportamento agressivo e disfunção sexual” (American Psychiatric Association, 2014). A intoxicação aguda de substâncias estimulantes pode resultar na fuga de ideias, cefaleias, ideias de referência transitórias, zumbidos, alucinações auditivas e táteis e ideação paranoide (American Psychiatric Association, 2014). É habitual o consumo de substâncias estimulantes ocorrer em simultâneo com o consumo de outras substâncias (American Psychiatric Association, 2014). No caso da cocaína costuma ser o álcool e no caso das anfetaminas a cannabis (American Psychiatric Association, 2014).

A perturbação por uso de estimulantes pode associar-se à perturbação de stress pós-traumático, a perturbação de personalidade antissocial, a perturbação de déficit de atenção/hiperatividade e a perturbação do jogo (American Psychiatric Association, 2014). Indivíduos que procuram tratamento por problemas associados à cocaína costumam sentir problemas cardiopulmonares, sendo o mais usual a dor torácica (American Psychiatric Association, 2014). A magnitude e a direção das alterações comportamentais e fisiológicas dependem de muitas variáveis, nomeadamente da quantidade usada, das características do utilizador ou do contexto (American Psychiatric Association, 2014). As diversas vias de administração levam a problemas diferentes (American Psychiatric Association, 2014).

O consumo por via intranasal conduz frequentemente à sinusite, irritação e sangramento da mucosa nasal e perfuração do septo nasal; os problemas respiratórios, por exemplo tosse, bronquite e pneumonite estão associados maioritariamente ao uso fumado (American Psychiatric Association, 2014). As injeções intravenosas levam ao aumento da possibilidade de infeção por HIV (American Psychiatric Association, 2014). Para além de tudo isto, a desnutrição e a perda de peso também são usuais (American Psychiatric Association, 2014).

O elevado consumo de substância comumente está associado ao comportamento agressivo ou violento, à ansiedade 27 temporária intensa, lembrando a perturbação de pânico ou a perturbação de ansiedade generalizada (American Psychiatric Association, 2014). A ideação paranóide, os episódios psicóticos (que lembram esquizofrenia), a dor torácica, as convulsões, o infarto do miocárdio, as palpitações e arritmias, a paragem cardíaca ou respiratória que pode resultar em morte súbita e os acidentes vasculares cerebrais também ocorrem durante a intoxicação por uso de estimulantes (American Psychiatric Association, 2014).

Parte II- Enquadramento empírico: Metodologia e Resultados

Capítulo 5 - Enquadramento metodológico

Aludindo a Weber (1996), discorrendo através das palavras de Casal (1996, cit. in Amado, 2014, p.79) o objeto e objetivo das ciências sociais será, pois, identificar, compreender e “explicar” o sentido que os indivíduos atribuem às suas ações e descobrir os motivos pelos quais os indivíduos os as executam em determinado momento histórico”.

Assim, o objetivo das ciências sociais será o de determinar o que significam as experiências vividas pelos sujeitos, mas também por aqueles que os rodeiam, através da descrição que os primeiros fazem. Nesta assunção, justifica-se o cariz qualitativo desta investigação, pela aplicação a situações humanas, contextos e situações de vida real (Vieira, 2014). A investigação qualitativa como refere Amado (2014) tem atrás de si toda a visão do mundo, dos sujeitos e da ciência. Aliás, Manson (1996, cit. in Vieira, 2014) refere que este tipo de investigação assenta em pressupostos da realidade e que as estratégias de pesquisa assentes nesses pressupostos serão legítimas para “o estudo do modo como os seres humanos compreendem, experienciam, interpretam e produzem o mundo social”.

Inscribe-se esta investigação nas metodologias compreensivas e qualitativas de investigação, uma vez que procura perceber o sentido que as utentes da Comunidade Terapêutica deram às suas trajetórias de vida e às fraquezas e potencialidades que demonstraram na gestão de processos aditivos. É uma leitura subjetiva do real, não transferível para outros contextos e outros sujeitos. E esta será a sua maior riqueza, pois é coincidente com a complexidade do ser humano.

5.1– Problema de Pesquisa e objetivos

A dependência de substâncias lícitas ou ilícitas continua a ser uma realidade atual denotando-se já avanços nas últimas décadas, nomeadamente no que se refere ao pensamento e compreensão deste problema social, bem como à implementação de diferentes estratégias para a sua resolução e/ou prevenção.

O estigma, é um dos fenómenos que ainda está associado a esta problemática e que dificulta uma melhor prevenção, tratamento e a respetiva reinserção dos indivíduos. É ainda difícil para a sociedade enfrentar o uso abusivo de substâncias como uma doença – o que resulta muitas vezes em dificuldade em assumir o uso de substâncias de forma abusiva perante os outros devido às repercussões sociais, incluindo os familiares e laborais.

O tema de investigação deste trabalho inscreve-se nas diferentes exigências que o consumo de substâncias aditivas coloca não só aos indivíduos e redes de sociabilidade, mas também e sobretudo ao Serviço Social como profissão chave de intervenção na área das dependências.

5.1.2- O Campo de Investigação - As Comunidades Terapêuticas

As Comunidades Terapêuticas como as conhecemos atualmente, resultaram de iniciativas que prestaram mais enfoque aos toxicodependentes que surgiram em diferentes áreas da sociedade.

Na área da saúde mental, nasceram em Hospitais Psiquiátricos depois da 2ª Guerra Mundial (1945), em Inglaterra, onde Maxwell Jones e seus colegas foram pioneiros - as primeiras CT'S possuíam fins múltiplos dos que atualmente conhecemos e, apesar de enquadradas nas áreas da saúde mental, destinavam-se inicialmente à promoção, em ambiente protegido, da reabilitação psicossocial de soldados vítimas de transtornos psíquicos de guerra.

Após as alterações na organização nas instituições de Saúde Mental, os métodos grupais de tratamento assumiram um papel mais relevante, enquanto os técnicos, as famílias e os próprios utentes eram envolvidos no que se designava de potencialização da cura.

A organização administrativa hospitalar assente no modelo hierarquizado chefe/subordinado (médico/doente), deu lugar à gestão participada e democrática, constituindo-se uma miniorganização social dotada de propriedades terapêuticas.

Esta conceção de CT desenvolveu-se e cristalizou um conjunto significativo de características:

- Atribuição de grande valor às relações interpessoais dos utentes e entre estes e os técnicos;
- Democratização do funcionamento institucional com a participação de todos nos assuntos comunitários, substituindo as relações rígidas, formais e hierarquizadas;
- Aposta nos métodos grupais de tratamento, sendo particularmente importante a reunião comunitária diária, com a participação de toda a comunidade hospitalar;

Desta forma, as CT tornam-se respostas responsáveis pelo tratamento, na medida em que o ambiente social criado torna possível a elaboração, a tolerância e o controlo dos comportamentos disruptivos.

Charles Dederich, nos anos 50, nos EUA, cria a primeira CT com a finalidade de tratamento e recuperação de adictos de “narcóticos”. Com influência fundamentalmente dos métodos de tratamento dos Alcoólicos Anônimos, criou a primeira estrutura residencial extra-hospitalar (Synanon, 1958), para tratamento de heroíno-dependentes, com programa, conceitos e práticas básicas diferenciadas - Comunidade Alternativa de Ensino e de Vida.

Na década de 60, é criada a Daytop Village, em Nova Iorque, a qual integra os ensinamentos de Jones com alguns princípios da Comunidade Alternativa, no que se configurou o primeiro movimento de fusão entre as diferentes experiências originais, dando origem à matriz da qual se delineou a filosofia das Comunidades Terapêuticas, que perdura até à atualidade.

De facto, essa matriz resultou da fusão dos princípios comuns de ambas as comunidades – Comunidade Alternativa de Vida e a Comunidade Terapêutica psiquiátrica:

- A relevância dada ao grupo enquanto modalidade terapêutica;
- O utente enquanto agente potenciador de mudança;
- A relação intersubjetiva como fator de potencialização de transformação da vida.

Em termos gerais, podem ser enunciados alguns objetivos das Comunidades Terapêuticas:

- Criar um espaço de reflexão com vista à elaboração da história pessoal do indivíduo para que lhe possa dar um novo sentido e identificar pontos de mudança necessária;
- Mudar padrões negativos de comportamento, pensamento e sentimentos que predisõem ao consumo de drogas a fim de conseguir a abstinência e sua manutenção;
- Promover a autonomia e responsabilidade como pilares da vida adulta em sociedade.
- Desenvolver a capacidade de estabelecer e manter relações saudáveis rompendo padrões destrutivos;
- Fomentar competências sociais que permitam encontrar alternativas de trajetória para um projeto de vida realista;
- Perspetivar a inserção social através da elaboração e contratualização de um Plano Individual de Reinserção.

Estes objetivos têm como finalidade promover o autocontrolo sobre a dependência dos utentes, desenvolver as competências pessoais e sociais, tendo em vista a autonomização do indivíduo e a sua plena inserção social.

Atualmente, as CT'S não pensam os seus programas terapêuticos apenas para a toxicod dependência, adaptando-se assim às novas realidades.

A população – alvo destas unidades (pessoas com problemas de dependência de substâncias psicoativas) refletiu essa evolução, seja no que se refere a novos padrões de abuso / dependência de substâncias, seja nas problemáticas biopsicossociais associadas à toxicod dependência.

Estas alterações, que deram origem a novos subgrupos de pessoas com problemas relacionados com o abuso e/ou dependência de substâncias psicoativas, somaram-se às subpopulações já conhecidas, as quais fruto do fenómeno natural de progressão pelas etapas do ciclo de vida, começaram igualmente a evidenciar novas necessidades de intervenção.

As Comunidades Terapêuticas procuraram dar resposta às novas especificidades, adequando os programas terapêuticos a populações específicas como: Consumidores e/ou policonsumidores de substâncias psicoativas ilícitas e/ou lícitas (álcool, medicamentos e tabaco); Portadores de comorbidade(s), somáticas e/ou psíquicas; Envelhecimento da população toxicod dependente; Grávidas; Pais com crianças pequenas; Casais; Jovens adolescentes com consumos; Jovens/adultos com percursos judiciais longos e muito graves e eventualmente com medidas judiciais restritivas da própria liberdade.

Cada Comunidade Terapêutica deverá ponderar a capacidade de resposta que efetivamente detém, para responder a cada uma destas problemáticas. Desta forma, é importante ressaltar que cada CT tem a sua individualização e especificidade de acordo com a sua missão e objetivo a que se compromete.

O campo de investigação situa-se numa Comunidade Terapêutica (CT), do distrito de Coimbra que acolhe apenas mulheres, sendo que estas podem estar grávidas e/ou fazer-se acompanhar dos seus filhos até aos 10 anos de idade.

5.1.2- Os objetivos de Investigação

Após revisão da literatura, constata-se que há um défice de investigação em Serviço Social na problemática das dependências, bem como na abordagem teórica e prática da Teoria das Foças, especialmente, no que se a indivíduos em tratamento de dependências em CT. Perante isto, a presente investigação tem como objeto de estudo a análise do percurso de vida de mulheres internadas em Comunidade Terapêutica, com dependências associadas para compreensão da sua capacidade de resiliência face a momentos significativos de vida, pautados pela adversidade.

Foi, igualmente, importante aprofundar o conhecimento da técnica do biograma enquanto instrumento de recolha de dados capaz de percecionar os momentos significativos da vida de cada uma e os mecanismos ativados para superar a adversidade.

Neste sentido, em função do objeto de estudo, os objetivos gerais e específicos delimitados foram:

Objetivos gerais

- Traçar e analisar a história de vida de cada mulher;
- Identificar quais os diferentes recursos pessoais e sociais das mulheres em CT, na adversidade;
- Reconhecer a relação entre a teoria das forças e o Serviço Social;

Objetivos Específicos

- Elencar os momentos significativos da história de vida com referência ao biograma;
- Compreender o conceito de recursos na perspectiva da teoria das forças;
- Pontuar os momentos significativos de vida identificados pelos sujeitos;
- Percecionar quais os fatores de proteção e fatores de risco entendidos pelas mulheres face a momentos significativos de vida.

5.1.3- Metodologia(s)

Esta investigação possui um carácter qualitativo na medida em que permite descrever e compreender o comportamento humano na sua complexidade, explicando o processo mediante o qual os atores sociais constroem os significados atribuídos ao social e, a partir daí, elaborar conceitos heurísticos que traduzam essa realidade [Bogdan & Biklen 1994: 69-70]. Com isto, procura-se a compreensão interpretativa da realidade, cujo interesse reside na interpretação dos processos sociais com recurso à análise reflexiva e crítica das narrativas dos sujeitos.

Estas metodologias rompem com o positivismo [Santos 1995: 57; Lessard-Hébert et al. 1990: 36-39; Cohen & Manion 1990: 33-40; Giddens 1996: 151-154; Habermas 1997: 131-132 e 137; Silverman 1994: 20-21; Justo Arnal & Latorre 1992: 39-40] nas Ciências Sociais, enfatizando:

“a. A compreensão interpretativa da acção social a partir do relato pormenorizado da vida quotidiana (Coulon 1995a: 28) e na base de uma interacção prolongada com os sujeitos no seu meio natural. Os “factos sociais”, enquanto eventos contextualizados, são descritos e interpretados a partir dos significados construídos pelos actores sociais;

b. A valorização da componente subjectiva (Bogdan & Biklen 1994: 54; Goetz & LeCompte 1988: 114; Coulon 1995b: 53-54; Lindlof 1995: 33) do comportamento social [intersubjectividade] revelada pela experiência pessoal dos actores em contexto. Estes agem em função do modo como apreendem e explicam a realidade, ou seja, da sua “visão do mundo”;

c. A procura do significado da acção construído pelos actores para compreender o modo como o sistema social funciona, pois, o social é uma dimensão pejada de significados. Assim, o objecto das Ciências Sociais é a “acção-significado” (Lessard-Hébert et al. 1990: 41; Bisquerra 1989: 269; Santos 1995: 63-65) cujo estudo se faz segundo um enfoque etogenético (Cohen & Manion 1990: 300; Bisquerra 1989: 267-268), isto é, baseado na captação do significado;

d. A explicação da interacção social e dos factos sociais sob consideração dos contextos culturais da sua produção uma vez que o processo de conhecimento é um processo de interpretação do real dentro de um sistema culturalmente determinado de atribuição de significados aos factos da vida social (Lessard-Hébert et al. 1990: 40; Brown & Dowling 1998).

A presente investigação pretende compreender os fenómenos sociais decorrentes da problemática, recorrendo aos relatos na primeira pessoa dos sujeitos. Para isto, recorreu-se às entrevistas semiestruturadas e ao biograma. Procurou-se também a valorização da

componente subjetiva, uma vez que a investigação resulta dos relatos dos sujeitos e das suas vivências, ou seja, procurou-se a percepção da problemática na visão dos sujeitos. Pretendeu-se ainda a captação de significados dos momentos significativos de vida, bem como da sua trajetória de vida na perspetiva dos indivíduos e através disso tentar explicar, compreender e produzir novos conhecimentos através da perspetiva dos sujeitos, ou seja, uma perspetiva mais próxima da realidade.

Perante isto, de forma a responder aos objetivos desta investigação utilizaram-se as técnicas de investigação elencadas de seguida:

Pesquisa bibliográfica

Um das técnicas utilizadas nesta investigação e num primeiro momento, passaram pela pesquisa bibliográfica, que é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente por artigos científicos e livros. A pesquisa bibliográfica permite uma seleção, avaliação e comparação entre diversos estudos, para desta forma se conseguir desenvolver um estado da arte, onde são sintetizadas informações relevantes e elaboradas conclusões que necessitam de reflexividade.

A pesquisa bibliográfica foi essencial para a elaboração do estado da arte e concetualização dos conceitos chave. O acervo bibliográfico disponível na biblioteca da FPCEUC, tendo-se utilizada a pesquisa por palavra-chave relativamente aos conceitos centrais desta investigação.

Observação participante

A observação participante é considerada uma técnica interativa, que permite conhecer os dados na ótica dos participantes, várias vezes no ambiente natural dos sujeitos, onde o investigador interage com o contexto e assim consegue uma apreensão próxima do que é estudado, conseguindo desta forma reconhecer os significados que cada indivíduo atribui e que são expressos através das palavras e do próprio discurso dos indivíduos (ADLER, 1994 *cit. In* Vieira & Cabral, 2014).

Carmo e Ferreira (2008, p. 121 *cit. In* Vieira & Cabral, 2014, p.107) referem a “observação participativa despercebida pelos observados e a participativa propriamente dita”. Na primeira o observador está no contexto observado, no entanto os participantes não se apercebem disso uma vez que o investigador se coloca num ambiente aberto desenvolvendo assim a sua investigação. Na observação participativa propriamente dita, o

investigador apresenta-se como tal e estabelece relação com o meio e as pessoas observadas, pelo que elas sabem da intencionalidade sua presença.

A observação participante justifica-se neste trabalho pelo facto de a investigadora ser assistente social na CT e no decorrer da recolha de dados ter assumido uma posição mais crítica e vigilante ao quotidiano das utentes. Esta posição teve impacto na discussão dos resultados apresentada.

Entrevista

Utilizámos o estilo de conversa intencional na aplicação da entrevista. Este, orienta-se por objetivos específicos adequados à:

“análise do sentido que os atores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais se veem confrontados: os seus sistemas de valores, as suas referências normativas, as suas interpretações de situações conflituosas ou não, as leituras que fazem das próprias experiências” (Quivy & Campenhoudt, 1998 *cit. in* Amado, 2014, p. 207).

A entrevista foi estruturada em blocos temáticos de objetivos presentes no guião de entrevista. Utilizou-se a Entrevista semiestruturada, não havendo uma imposição rígida de questões, tendo sido dada liberdade de resposta aos entrevistados.

Foram realizadas 8 entrevistas semiestruturadas que tiveram a duração aproximada de 2 horas. O guião de entrevista foi organizado do seguinte modo:

A – Legitimação da entrevista com os objetivos de recordar objetivos da entrevista – onde se motivou o entrevistado por aceitar colaborar na investigação, foi dada garantia de que os seus dados são confidenciais e ainda se lembrou o entrevistado das particularidades da entrevista. Trata-se de uma fase de socialização, que pretende romper algum constrangimento inicial e fomentar a relação empática entre entrevistado e entrevistador. Engloba o seguinte objetivo (A1 - Identidade pessoal e familiar) que visou recolher dados da caracterização sociofamiliar e A2 – Infância e percurso escolar que além de ter o objetivo de perceber quais as rotinas e as relações de suporte na infância dos sujeitos, teve também o intuito de elencar os momentos significativos de vida dos mesmos.

B- Início dos consumos de substâncias lícitas e/ou ilícitas – pretendeu-se perceber quais as circunstâncias de vida dos sujeitos, a quando do início dos consumos de substâncias bem como a sua perspetiva em relação aos acontecimentos de vida significativos e a caracterização das relações de suportes dos entrevistados.

C - Pontuação dos momentos significativos de vida dos sujeitos e resiliência – intuito deste bloco do guião da entrevista foi o de lembrar aos sujeitos os seus momentos

significativos de vida e estes pontuá-los, ou seja, atribuírem-lhes significação bem como identificar fatores de resiliência face a momentos de adversidade, na perspetiva do indivíduo.

D- Perspetivas de futuro – neste bloco, o objetivo do guião da entrevista passou pela toma de consciência do sujeito dos acontecimentos passados bem como perceber quais os seus sonhos e aspirações para o futuro.

C-Agradecimentos – por fim, agradeceu-se a colaboração do entrevistado e colocou-se este á vontade para acrescentar alguma informação e/ou esclarecer alguma dúvida sobre a investigação.

5.1.4- - Os participantes

A Comunidade terapêutica possui em média cerca de oito residentes, preservando modelo familiar de intervenção. Todos os residentes foram integrados neste estudo.

5.1.5- Descrição do processo de investigação

A participação dos participantes foi conseguida, num primeiro momento, através de um pedido de colaboração formal, dirigido à Direção da instituição. A recolha de dados, através da entrevista semiestruturada, foi aplicada e recolhidos os dados, presencialmente pela investigadora. A aplicação da entrevista semiestruturada, teve em conta as características peculiares da amostra em estudo.

A relação de empatia com as mulheres em tratamento já existia devido ao facto de a investigadora desempenhar funções de Assistente Social na Comunidade Terapêutica. No entanto, foi necessário expor o propósito deste estudo, explicitando que em caso de alguma dúvida, esta, seria esclarecida realçando o processo de co-construção do biograma.

Após a recolha dos dados, procedeu-se à transcrição da entrevista e à construção do biograma, identificando os momentos significativos de vida e por fim a sua análise.

5.1.6- O biograma

A partir dos finais do séc. XIX e ao longo do séc. XX, a construção da biografia dos sujeitos, revelou-se como um instrumento que contribui para uma melhor compreensão de determinados comportamentos (Agra & Matos, 1997).

Foi no âmbito da investigação criminológica, que a construção da biografia dos sujeitos assumiu especial relevo. Porém, a partir das décadas de 30 e 40 do séc. XX,

também a Sociologia da Escola de Chicago adotou os métodos biográficos para recolha de dados em estudos sobre comportamentos desviantes (Denzin, 2009).

As abordagens biográficas caracterizam-se, essencialmente, na procura de uma melhor compreensão de determinados comportamentos, através de significados atribuídos pelos sujeitos em relação a diferentes momentos significativos da sua história de vida.

Assim, o biograma é uma grelha interpretativa que coloca as significações do sujeito em relação à sua história de vida (Agra & Matos, 1997). Trata-se de um instrumento eficiente na intervenção com populações desviantes, uma vez que não permite apenas avaliar, mas também permite a intervenção, e, conseqüentemente, mudanças no sujeito. Trata-se de um instrumento construído com o utente, através da recolha de pequenas narrativas sobre determinadas fases da vida do sujeito, entendidas para si como acontecimentos de significativa importância. (Manita, 2002)

Com isto, a narração da trajetória de vida pelos sujeitos engloba temas fulcrais de análise, tais como a história dos consumos, as suas relações, os problemas antecedentes, precedentes e associados, as práticas que, segundo o sujeito, decorreram da dependência e os aspetos que, do ponto de vista do indivíduo, contribuíram para a situação atual em que encontram (Tino & Pinto, 2001).

A construção do biograma, implica uma abordagem interventiva que implica que haja a reconstrução da biografia do indivíduo, através das suas narrativas, escritas ou verbalizadas, dando especial atenção às dinâmicas de intersubjetividade, isto é, a recuperação de memórias e reflexões a respeito das mesmas. Desta forma, enfatiza-se, ao longo do processo, as dinâmicas psicológicas e contextuais dos comportamentos desenvolvidos e das atitudes adotadas, em torno dos tópicos relacionados com a problemática do sujeito (Sanz, 2005).

O biograma temático, engloba em simultâneo a narrativa e o comportamento do indivíduo, o que lhe concerne a distinção da biografia, constituindo-se assim como um instrumento com elevado potencial para a reconstrução do percurso do sujeito, narrado na 1ª pessoa (Manita, 2002).

Perante isto, o biograma pode incluir o percurso escolar, a evolução do estilo relacional através da análise das relações mais significativas, a história do desvio e outros elementos que se vão enquadrando e organizando, ao longo da construção do eixo cronológico. (Tinoco & Pinto, 2001).

Após estruturar-se o percurso de vida do sujeito, são identificados regularidades e pontos de inflexão, que conseqüentemente levou à viragem da biografia do sujeito (Tinoco

& Pinto, 2003). Ao longo do processo construtivo, o sujeito coloca-se numa posição que permite que este repense, reorganize e reestruture a sua vida, e, conseqüentemente, reflita e reanalise quais os momentos significativos da sua vida e aspetos cruciais associados.

Considera-se então, crucial dar especial atenção a alguns passos básicos ao longo da construção do biograma, de forma a organizar a informação, conferir-lhe coerência e ainda abertura de um espaço de análise crítica à vida narrada (Sá & Almeida, 2004).

A construção do referido instrumento implica diferentes etapas – o biograma de primeira, segunda e terceira ordens. Relativamente, ao biograma de primeira ordem, supõe-se a recolha de dados biográficos, narrados pelo próprio e colocados ao longo do eixo cronológico com base na idade do sujeito. Com isto, é nesta etapa que se inicia a construção esquemática que dará corpo ao biograma (Figura 4).

Após o preenchimento das várias barras correspondentes aos diversos temas a abordar, o investigador realiza os registos efetuados. Segundo, Tinoco & Pinto (2001), deve-se proceder à avaliação do material recolhido sob as perspetivas cognitivo e emocional que estarão subjacentes aos comportamentos relatados, surgindo assim o biograma de segunda ordem, permitindo assim um grau de compreensão mais profundo e reflexivo.

Por fim, o biograma de terceira ordem, segundo os autores supracitados, tem como intuito que o sujeito atribua significações a cada tópico e em cada etapa da vida, visando assim a reedificação de novas significações para uma nova lógica de vida. Assim, procura-se que o sujeito repense a sua vida e ainda a possa recriar. (Tinoco & Pinto, 2001)

Em suma, o biograma não deve ser construído apenas tendo em consideração aquilo que o indivíduo diz ao contar a sua história de vida, e sim ser construído em conjunto – a visualização do seu percurso biográfico nos eixos do biograma será um processo facilitador para o sujeito também lhe dar uma significação e pontuação.

Os indivíduos que enfrentam a problemática da dependência enfrentam ao longo de toda a sua vida momentos de grande adversidade e ao falar deles e colocar isso no papel, isto é, materializa-los pode causar eventuais constrangimentos. Para tal, o investigador tem de estar atendo aos sinais verbais e não verbais do indivíduo e dar-lhe espaço e liberdade de suspender o processo de recolha de dados sempre que seja necessário. É ainda importante que o investigador esteja sensível para adaptar os campos temáticos perante a história de vida de cada indivíduo (Tinoco & Pinto, 2003).

Este trabalho de construção e reconstrução com a utilização do biograma de primeira e segunda ordem respeitou as suas orientações metodológicas. Existiram fatores

de ordem relacional e de subjetividade que se traduzem na especificidade do estudo desenvolvido e na dificuldade em transferi-lo para outros contextos e outros participantes onde a relação inquirido e inquiridor será sempre fator de subjetividade.

Figura4: Exemplo ilustrativo da edificação de um biograma

Eixo cronológico da idade do sujeito							
0-	5-	10-	15-	20-	25-	30-	...
5 A	10 A	15 A	20 A	25A	30 A	35A	
A- Descrição de acontecimentos significativos de vida							
				B- História de consumos: iniciou aos x anos, com a substância y, e mantém até atualidade.			

Fonte: (adaptado de Agra & Matos, 1997, in *Práticas de Intervenção na Violência e no crime*, pág.123)

5.1.7- História de Vida

A história de vida ou biografia é uma forma de pesquisa que envolve mais que o indivíduo e o entrevistador, a envolvência social de ambos e ainda o meio sociocultural onde estão inseridos. Desta forma, as narrativas sociais focam-se em características pessoais e psicológicas no que toca à problemática das dependências, sem ter em conta experiências de vida, condições sociais, políticas e económicas que rodeiam a vida da pessoa. Isto é, os estudos que utilizam a história de vida na área da dependência. No entanto, a grande lacuna das investigações nesta área, é o facto de não considerarem aquilo que a pessoa tem para dizer, pelas suas palavras. (Poirier et al., 1995)

Porém, o uso da história de vida como recolha de dados ainda é pouco usual na área da dependência, apesar de, revelarem dados ricos e reais, mais amplos, descritivos e subjetivos, relativos à sua história de vida.

Esta metodologia permite-nos compreender os significados subjetivos e o sentido do “self” e da identidade, sendo que as histórias de vida reconstroem as experiências dos momentos significativos do trajeto de vida dos indivíduos a um determinado investigador e a um determinado objetivo (Etherington, 2006).

Tinoco & Pinto (2001), defendem que a abordagem biográfica faz uma leitura dos fenómenos psicológicos, sociais e/ou antropológicos à luz do indivíduo. Esta metodologia

teve origem nos primórdios da antropologia e sociologia e apenas mais tarde pela psicologia. A obra de Óscar Lewis “Os filhos de Sanchez”, em 1963, tornou possível que as biografias retomassem a um posto de relevância nas ciências sociais e humanas e, desta forma, permitiu a consolidação epistemológica desta corrente.

Atualmente, as histórias de vida permitem uma leitura psicossocial dos trajetos de vida dos indivíduos, possibilitando assim o acesso aos constrangimentos e oportunidades sociais e individuais alocado à compreensão sobre o modo como determinado sujeito ativa mecanismos exteriores a si, em momentos de adversidade.

Nesta área específica da metodologia, não existem regras bem definidas, podendo os investigadores recriar de certa forma recriar o método sem colocar em causa a cientificidade da investigação – as regras do procedimento são explícitas e têm origem nas necessidades específicas da pesquisa.

As histórias de vida podem ser divididas tendo em consideração o critério da sua natureza: biografia direta e indireta. Na primeira, a recolha é feita junto dos entrevistados; na segunda, a recolha é feita essencialmente através de pesquisa documental.

Tendo em consideração a extensão de recolha de dados, podemos ter em consideração dois tipos de biografias – temáticas e exaustivas; nas biografias temáticas, o investigador tem em consideração para a sua pesquisa apenas um aspeto da vida do entrevistado, por exemplo, o seu percurso de vida enquanto consumidor de substâncias. Porém, nas biografias exaustivas compreendem todo o percurso de vida do indivíduo.

As biografias podem também constituir-se como histórias de vida de caso único ou de vida cruzadas – as primeiras, retratam um caso singular de um indivíduo que ilustrará uma determinada problemática, enquanto que no caso das histórias de vida cruzadas, há uma recolha de dados com mais que um indivíduo que ilustram a mesma problemática e serão alvo de posterior análise, cruzando assim os dados (Poirier et al., 1995).

Existem diversas características epistemológicas e metodológicas que enfatizaram o uso da biografia em investigações no âmbito das dependências - sendo este um método sensível ao imprevisto, podendo ser combinado com a observação direta e estudos etnográficos; é ainda uma forma de procurar a comportamentos quotidianos e as ideologias produzidas por classes ou subculturas na sociedade. Salientam ainda que o uso da biografia na área das dependências tem como vantagem o facto de ser passível de reprodução em diversos *settings*, isto é, pode ser aplicada em contexto institucional, em trabalho de campo, em consultas de psicologia e/ou outras áreas sociais.

5.2-Análise e discussão dos dados recolhidos

Após recolha de dados, através de entrevistas semiestruturadas, foi possível a construção dos biogramas e assim elencar os momentos significativos de vida de cada entrevistado, identificando o seu percurso de vida, a significações atribuídas pelos sujeitos a cada momento significativo de vida bem como os fatores de resiliência.

Ressalva-se que a população foi constituída por 8 indivíduos, do sexo feminino, que se encontravam a realizar tratamento de dependências lícitas e/ou ilícitas, em CT. O período de recolha de dados junto das mesmas decorreu no período de três meses (maio a julho de 2019).

A apresentação dos resultados foi realizada em torno de nove categorias: Caracterização sociodemográfica da amostra, identificação da dependência, momentos significativos de vida e significação atribuída pelo indivíduo, momentos significativos negativos e significação atribuída pelo indivíduo, circunstâncias de vida significativas, relações de suporte, perspetivas dos indivíduos em relação aos acontecimentos de vida, fatores de resiliência identificados pelos indivíduos face aos momentos de adversidade e perspetivas para o futuro.

Procedeu-se, posteriormente, à análise das dimensões de vida presentes no guião de entrevista e no biograma.

Tabela 1: A-Characterização sociodemográfica dos participantes

ID	IDADE	GÉNERO	NACIONALIDADE	ZONA DE RESIDÊNCIA	ESCOLARIDADE
E1	39	F	Portuguesa	CENTRO	9ºano
E2	42	F	Portuguesa	CENTRO	9ºano
E3	56	F	Portuguesa	CENTRO	6ºano
E4	57	F	Angolana	CENTRO	9ºano
E5	45	F	Portuguesa	CENTRO	6ºano
E6	53	F	Portuguesa	NORTE	4ºano
E7	46	F	Portuguesa	CENTRO	12ºano
E8	55	F	Portuguesa	CENTRO	6ºano

Elaboração Própria.

Conclui-se que a população era constituída por 8 mulheres, com uma faixa etária compreendida entre os 39 e os 57 anos de idade, sendo a maioria de nacionalidade portuguesa, à exceção da entrevistada número 4. No que concerne à proveniência, constata-se que as generalidades das utentes eram provenientes da zona centro. No que diz respeito

ao nível de habilitações, é possível concluir que apenas uma entrevistada apresentava o nível de escolaridade atualmente obrigatório, enquanto que as restantes entrevistadas apresentam níveis de escolaridade inferiores (4ºano – 9ºano), devido dificuldades económicas, sendo que o nível de escolaridade mais baixo apresentado foi o 4ºano de escolaridade.

“Na casa dos meus pais não havia dinheiro para os estudos e então tive que ir trabalhar aos treze anos” (E5) e *“Foi a questão de sermos muitos irmãos. Éramos onze e a minha mãe tirou-me da escola para ir trabalhar. Foi por uma questão económica”* (E6).

Tabela 2: A- Identificação da dependência

ID	COMPORTAMENTO ADITIVO ASSOCIADO
E1	Substância lícita – álcool
E2	Substância lícita – álcool
E3	Substância lícita – álcool
E4	Substância lícita – álcool
E5	Substância lícita – álcool
E6	Substância lícita – álcool
E7	Substâncias ilícitas – haxixe, heroína, crack
E8	Substância lícita – álcool

Elaboração Própria.

Após a análise da tabela anterior, é possível concluir que a maior parte das entrevistadas (7 em 8) estão integradas em Comunidade Terapêutica devido a dependência de substâncias lícitas –Programa de Álcool e apenas uma das entrevistadas se encontra a realizar programa geral, ou seja, programa para dependência de substâncias ilícitas.

“Eu fui uma pessoa que sempre bebeu à refeição e, sem me aperceber, já não passava sem ter que consumir álcool todos os dias, e cada vez com mais frequência” (E1).

“É uma doença progressiva. Começou pelos comprimidos, depois tive uma fase com álcool, o álcool e os comprimidos, depois foi com haxixe, depois tive uma fase na altura em que me casei, o meu ex-marido era viciado em heroína [...] O que é certo é que me envolvi tanto naquela situação que acabei por consumir. [...]. Consegui desintoxicar, me libertar, mas o que é certo é que o problema continuou. [...] A separar-me, criar o meu filho sozinha, o meu problema já e enveredei pelo pior caminho, ao qual sempre fui frágil.

Foi nessa altura que encontrei a droga com que me identifiquei mais infelizmente, a ilusão de que me fazia sentir bem, foi o crack [...]” (E7).

De acordo com os relatos enunciados, o consumo de álcool iniciou-se precocemente, considerada uma prática cultural, socialmente apoiada, sendo em determinados contextos até incentivada. O consumo é sinalizado pelas utentes a partir do momento em que sentem que já não conseguem passar um dia sem ingerir álcool, ou quando a sua ingestão passa a ser de forma solitária até ao momento de rutura. Pelo outro lado, o consumo de substâncias ilícitas não possui uma visibilidade inicial. Ela é escondida da rede familiar de origem e tem, tal como o álcool, uma escalada simétrica em termos da regularidade e da intensidade dos consumos.

Tabela 3: A- Momentos Positivos significativos de vida e significação atribuída pelo indivíduo

ID	MOMENTOS SIGNIFICATIVOS POSITIVOS	IDADE	SIGNIFICAÇÃO
E1	• 7º aniversário	7 A	Excelente (5)
	• Realização de sonho	9 A	Excelente (5)
	• Laços de amizade	20 A	Excelente (5)
	• Relacionamento atual	37 A	Excelente (5)
E2	• Nascimento do irmão	5 A	Ótimo (3)
	• Carta de condução	18 A	Excelente (5)
	• Nascimento da 1ª filha	19 A	Excelente (5)
E3	• Realização da 4ª classe	10 A	Excelente (5)
	• Realização da 1ª comunhão	12 A	Muito bom (2)
	• Realização da profissão de fé	14 A	Excelente (5)
E4	• Recordações de Infância	0-14	Excelente (5)
	• Pais maravilhosos		
	• Nascimento dos 3 filhos	0-18 A	Excelente (5)
E5		25 A ; 29 A; 31 A	Excelente (5)
	• Nascimento do irmão	3 A	Bom (1)
	• Casamento	18 A	Excelente (5)
	• Nascimento dos filhos	23 A;32 A	Excelente (5)
E6			Excelente (5)
	• Nascimento dos filhos	22 A; 41 A	Excelente (5)
	• Casamento	22 A	
E7	• União familiar	18 A	Memorável (4) Bom (1)
	• Descoberta do amor	13 A	Bom (1)
	• Nascimento do filho	22 A	Excelente (5)
E8	• Reconhecimento da doença	44 A	Excelente (5)
	• Oportunidade de 2º tratamento	46 A	Excelente (5)
E8	• Nascimento dos filhos	22 A; 29 A	Memorável (4); Ótimo (3)
	• Nascimento das netas	50 A;53 A	Excelente (5)
	• Batizado das netas	54 A	Excelente (5)

Elaboração Própria.

Tabela 4: A- Momentos Significativos Negativos e significação atribuída pelo indivíduo

ID	MOMENTOS SIGNIFICATIVOS NEGATIVO	IDADE	SIGNIFICAÇÃO
E1	• Entrada na adolescência	10 A	Destruturante (-5)
	• Esgotamento	12 A	Terrível (-4)
	• Pré- Adultez	18 A	Destruturante (-5)
E2	• Nascimento do irmão	5 A	Mau (-1)
	• Conflitos com o ex-marido	22 A	Terrível (-4)
	• Tentativa de violação	12 A	Destruturante (-5)
E3	• Violência doméstica do pai para com a mãe	0A – 22 A	Destruturante (-5)
	• Violência doméstica do pai para consigo	17 A	Mau (-1)
	• Recusa de ir trabalhar	0-11 A	Mau (-1)
E4	• A Guerra	12 A	Destruturante (-5)
	• A chegada a Portugal	12 A	Terrível (-4)
	• A discriminação	12 A	Destruturante (-5)
E5	• Consumo pela 1ª vez	29 A	Destruturante (-5)
	• Dia festivo do filho com consumos	29 A	Destruturante (-5)
	• Falta a cerimónia da filha devido a consumos	42 A	Destruturante (-5)
E6	• Perda do pai	49 A	Destruturante (-5)
	• Perda do avô paterno	30 A	Destruturante (-5)
	• Traição	49 A	Destruturante (-5)
E7	• Relação com a mãe	9 A	Péssimo (3)
	• Perda de dois elementos significativos	34 A	Destruturante (-5)
	• Divórcio	34 A	Destruturante (-5)
E8	• Violência doméstica da parte do marido	46 A	Mau (-1)
	• Violência doméstica mútua entre casal	44 A	Terrível (-4)
	• Desconfiança	54 A	Terrível (-4)
	• Exploração laboral	40 A	Mau (-1)

Elaboração Própria.

As tabelas anteriores sintetizam os momentos positivos significativos de vida e significação atribuída pelo indivíduo e momentos significativos negativos e significação atribuída pelo indivíduo, permitem uma leitura sequencial, embora não aprofundada dos significados que cada sujeito atribuiu ao seu percurso de vida.

Constata-se que apesar da individualidade de cada participante, é possível identificar alguns aspetos positivos comuns, nomeadamente a referência à família, como por exemplo: nascimento de irmãos, filhos, netos, entre outros. A pontuação atribuída por cada uma das entrevistadas para cada um desses acontecimentos semelhantes é, naturalmente, diferente, pois contextualizam-se na singularidade das suas experiências pessoais e nos seus recursos.

No seguimento da ideia anterior, podemos identificar aspetos semelhantes negativos, entre os quais: dificuldades económicas e consequente entrada prematura no mundo laboral, os ambientes de violência doméstica na infância e adultez, as perdas sucessivas de pessoas e/ou de coisas significativas para o indivíduo e o divórcio.

Para uma leitura mais detalhada, pode-se consultar os biogramas no apêndice 4.

Tabela 5: C- Circunstâncias de Vida Significativas

ID	CIRCUNSTÂNCIA SIGNIFICATIVA DE VIDA QUE LEVOU AOS CONSUMOS
E1	Descoberta de doença – esclerose múltipla Perda
E2	Situações de violência do pai para com a mãe vs sentimentos de impotência/ frustração
E3	Cultura
E4	Situação de sem-abrigo
E5	Início de relação extra-conjugal vs rejeição
E6	Divórcio – Relação onde o marido também tinha dependência alcoólica
E7	Estados depressivos; Perdas Significativas
E8	Miséria

Elaboração Própria.

Após o tratamento dos dados, considera-se que as circunstâncias de vida significativas se constituem como fatores de risco para os indivíduos, que direta e/ou indiretamente levaram aos consumos de substâncias. Na tabela anterior, destacam-se as circunstâncias de vida que os indivíduos consideram como potenciadores do início dos comportamentos aditivos.

Contudo, ressaltamos que apesar da individualidade e da significação de cada um em relação à circunstância de vida que despoletou o consumo de substâncias, é necessário um olhar holístico para a trajetória de vida de cada indivíduo.

Constatamos que algumas das circunstâncias de vida significativas que despoletaram os consumos, tais como o divórcio, as perdas significativas e a miséria foram alvo de pontuações negativas. Apesar do tema desta investigação não ser diretamente relacionada à pobreza, constatamos que esta é um contexto recorrente na trajetória de vida dos indivíduos.

De seguida, apresenta-se algumas narrativas dos sujeitos da amostra, que corroboram as ilações apresentadas anteriormente:

“Perdi carro, perdi salão, perdi dinheiro, perdi tudo. Depois o facto de alguma parte da minha família também não me ajudou, ainda me escravizou e, sem me aperceber, eu fui uma pessoa que sempre bebeu à refeição e, sem me aperceber, já não passava sem ter que consumir álcool todos os dias, e cada vez com mais frequência [...]” (E1).

“Não estava numa relação muito boa. Havia consumo de álcool do lado dele, meus não. Isto já não estava muito bem. [...] Foi depois do divórcio, tinha 49 anos. [...] Depois do divórcio, não foi o divórcio em si, foi a traição” (E6).

“Também saí de uma casa do meu pai que era uma casa que tinha tudo, tinha tudo. E fui para uma casa que não tinha nada, sem luz, toda rota as tábuas e eu comecei ... comecei a não bater bem da cabeça logo. Tinha meses que não tinha dinheiro para pão e depois logo nasceu a minha filha e passei bocados... algumas dificuldades, naquela altura. [...] mas logo começou desde o princípio aí. [...]. Mas também o meu marido quando chegava do trabalho, metia-se nas tabernas e nunca ia comer a horas e eu estava lá com a menina. Alumiávamo-nos com a candeia a petróleo e estive assim sete anos sem luz... e eu depois começava-me a zangar e bebia mais também. [...]” (E8).

Tabela 6: C2- Relações de suporte

ID	RELAÇÃO DE SUPORTE	FATORES DE RESILIÊNCIA
E1	Um amigo com dependência alcoólica	Apoio familiar (Filha e pai)
E2	Avó, tia e filhas	Alteração do cotidiano
E3	Ninguém	Bom ambiente familiar sem consumo
E4	Ninguém	Adversidades da vida
E5	Pais	Confrontação com a adição sem desejo de consumo
E6	Ninguém	Trabalho Apoio familiar (filhos)
E7	Família , o filho e amor próprio	Apoio familiar (filho e pais)
E8	Filhos; Técnicas locais	Apoio familiar (filhos, maioritariamente a filha)

Elaboração Própria.

Após análise da tabela 6, considera-se que a maioria das inquiridas, na sua perspectiva, apresentam nenhuma e/ou reduzida rede de suporte. Porém, reconhecem a família como uma rede de suporte e fator de resiliência sendo que uma das entrevistadas refere o sentimento e utilidade que decorria da atividade laboral como um fator de resiliência.

Ao olharmos atentamente para os fatores de resiliência elencados pelos sujeitos, constatamos que nenhuma das inquiridas enunciou fatores internos como forças e fatores de resiliência. Constata-se que há uma tendência para encontrar força em fatores/ pessoas externas a si, desde a família, ao trabalho, as alterações do quotidiano, entre outros.

Perante tais relatos, entende-se que o consumo se traduzia num recurso para todo o tipo de situação, encarando-o ainda como uma forma de encontrar alento. Algumas das entrevistadas referem ter procurado durante a sua trajetória de vida, pessoas de referência com consumos, de forma a obter compreensão e suporte. Por outro lado, as participantes reconhecem que preferiram não abordar o assunto com ninguém, de forma a evitar o peso do estigma, do rótulo e da incompreensão daqueles que lhe eram mais próximos.

No entanto, reconhecem também que é difícil esconder os consumos da família, sendo muitas vezes eles a aperceberem-se das circunstâncias e a abordarem o assunto junto delas. É crucial os laços afetivos e vinculação entre os familiares, uma vez que são elementos próximos e atentos aos sujeitos. Apesar da maioria das participantes enunciar

uma rede de suporte reduzida, todas aludem para a rede familiar como um fator importante de resiliência.

A situação laboral, é também apontado como um fator de resiliência, uma vez que este se assume como um importante fator de inserção. Este confere aos sujeitos, sentimentos de utilidade, identidade e permite a criação de relações de amizade, para além da família, traduzindo-se conseqüentemente em maior conforto financeiro, sentimentos de maior pertença, segurança e realização pessoal.

De seguida, apresenta-se algumas narrativas dos sujeitos da amostra, que corroboram as ilações apresentadas anteriormente:

“[...] A minha pessoa de suporte foi um amigo que tive desde infância, com problemas com álcool [...] foi sempre o braço direito que eu tive. Foi nesta pessoa que confiei quando comecei nos consumos. Foi a ele que eu recorri. Não me pedia justificação nem me rebaixava” vs “Quando a minha filha me dizia que não me queria ver mais assim, para fazer isto por ela, porque queria a sua mamã de volta e não a queria chegar a casa e ver-me mais a assim. Era a força que ela me dava e a compreensão que o meu pai sempre me deu” (E1).

“Não era em ninguém, eu não tinha ninguém. Era o álcool é que era o meu escape e era a minha companhia” [...] A ninguém. A minha ajuda era porrada do meu marido. Foi muita, tenho várias marcas até no corpo. Ele não entendia que a bebida era uma doença. Agora é que está mais ou menos mentalizado, mas para ele era um vício e não suportava.” vs “Era quando estava sóbria. Aí é que me sentia com forças para ser o que sou, porque com o álcool sentia-me em baixo, sem força [...] Se é uma vida tão boa, se há tanta paz em casa sem o álcool, isso levou-me a pensar assim” (E3).

“Em ninguém, não falei com ninguém, a minha família é que se foi começando a aperceber” vs “Os meus filhos” [...] Acho que era o meu trabalho. Sentia-me útil, dava-me muita força” (E6).

Tabela 7: D- Perspetiva dos acontecimentos e Perspetivas de futuro

ID	PERSPETIVA DOS ACONTECIMENTOS	PERSPETIVAS DE FUTURO
E1	Fase Terrível Perda	Sobriedade; Ajudar o próximo; Serenidade; Apoio familiar
E2	Destruição Perda	Serenidade; Trabalho; Apoio familiar
E3	Sufrimento Exaustão	Sobriedade; Apoio familiar
E4	Sentimentos de não pertença	Serenidade; Retaguarda familiar
E5	Baixa autoestima Perda	Recuperar a guarda da filha; Ambiente familiar saudável
E6	Perda	Ser feliz com os filhos Trabalho
E7	Consciencialização da doença Esperança Perda	Recuperação; Trabalho; Ajudar pessoas com dependências
E8	Arrependimento Perda Sufrimento	Independência Recuperação de maiores vínculos familiares

Elaboração Própria.

Na narrativa dos participantes, os acontecimentos que despoletaram o abuso de substâncias lícitas e/ ou ilícitas, prendem-se com as sucessivas perdas a que estiveram sujeitas ao longo do seu percurso de vida.

Nesta linha de pensamento, apesar de todos os sujeitos assumirem que o uso de substâncias se iniciou precocemente, os sujeitos entendem que estes momentos significativos de vida foram marcantes, conduzindo-as a um consumo mais frequente e abusivo da substância numa idade posterior.

Numa primeira análise dos dados, conclui-se que os sujeitos apresentam sentimentos de não pertença, baixa autoestima, exaustão, destruição, isto é, sentimentos comuns de grande sofrimento.

Ao analisarmos as trajetórias de vida de todas as entrevistas, constata-se que ao longo do seu percurso de vida, experienciaram sentimentos e circunstâncias de vida muito dolorosas, o que levou a sucessivas perdas, nomeadamente perdas afetivas, por exemplo, com a família. As participantes reconhecem as circunstâncias de vida que experienciaram bem como todas as ruturas associadas e talvez, por isso, todas idealizem o seu futuro junto da família, com a aspiração de recuperar os vínculos. De facto, a família é a rede de vinculação primária, onde os sujeitos encontram os primeiros afetos, aquela que nos confere sentimentos de pertença e de identidade.

No campo da saúde, nomeadamente, a sobriedade, assume-se como um pilar a par da família. As participantes reconhecem que é junto da família e sem consumos associados que vão conseguir alcançar os seus sonhos e perspetivas de vida futuras. Porém, a reinserção na sociedade, ainda se revela atualmente de forma difícil, uma vez que a sociedade ainda se apresenta como discriminatória e rotuladora para com os indivíduos que passaram por uma situação de dependência de substâncias, o que pode traduzir-se nos indivíduos como um fator de risco para a sua abstinência e ainda a probabilidade dos indivíduos ativarem novamente sentimentos negativos.

De seguida, apresenta-se algumas narrativas dos sujeitos da amostra, que corroboram as ilações apresentadas anteriormente:

“Foi muito duro, muitos momentos de irresponsabilidade, inconsciência, mau caráter, de perda, muita perda. Perdi a confiança na pessoa que eu era. Só vivia em função do meu consumo” [...] Todos estes anos de consumo e de escuridão na minha vida vieram trazer-me algo de bom agora. Quando estou sóbria, estou bem, estou feliz. Considero que foi uma fase muito má que passei, mas agora retiro coisas de grande valor e uma aprendizagem muito grande” (E1).

“A mim levou-me à destruição, perdi tudo. Perdi anos de vida” (E2).

“São situações muito graves, muito exaustas, sofrimento. Sobretudo para os meus filhos, coitadinhos, sofreram muito” (E3).

“Foi o divórcio, o ter emigrado. Não se é karma, mas continuo sempre com as malas feitas. Desde que vim de Angola que andei mais de um ano sem desfazer a mala, porque sempre pensei que ia voltar. Parecia que não pertencia aqui” (E4)

“Os meus sentimentos levaram-me a consumir. Sentia-me traída pelo meu chefe, com quem tive o caso. Sentia-me feia, sentia-me mal. Quando bebia esquecia. Sentia-me mais bonita, mas depois comecei a ficar muito agressiva com o álcool” (E5).

“[...] Acho que perdi tudo o que tinha, principalmente os meus filhos, a confiança deles que não tenho. A minha família também já não consegue acreditar em mim, de confiar em mim” (E6).

“Sei que não posso tocar em drogas, em álcool porque vai ser sempre tudo na mesma e tenho que fazer diferente e estou a tempo de fazer uma vida boa se eu quiser, ser mãe, filha e amiga” (E7)

“Agora penso que estou a recuperar. Estou muito arrependida do que fiz, porque fiz sofrer muita gente” (E8).

Ainda na continuação da análise da tabela 7, conclui-se que existe um desejo comum de futuro positivo, de re(construção) dos vínculos afetivos e familiares. A família

surge como sua maior rede de suporte. Entende-se também que na maioria, os sujeitos têm um desejo comum intrínseco de construir uma identidade assente na tranquilidade e sobriedade.

Este desejo é notório nos seguintes trechos das entrevistas:

“Desejo estar sóbria a cima de tudo. Tirar o máximo partido de cada dia, viver cada minuto como se fosse o último, tendo consciência dos meus atos e das minhas palavras. [...] Em casa, no meu cantinho, com o meu marido, com a minha filha quase formada. [...] Poder ajudar sempre o próximo, estender a minha mão a quem precise [...] (E1).

“Luz e paz [...] ver a minha filha mais velha fazer o que ela gosta, que é o curso concluído e a trabalhar na profissão que escolheu, e a minha outra filha na faculdade. E eu, claro, manter-me sóbria” [...] Na minha casa, com o meu trabalho, com a minha filha na faculdade e feliz” (E2).

“Mas eu queria ver os meus filhos arrumados e já com um filho. Gostava de estar com a mesma mente que tenho hoje” (E3).

“As oportunidades que eu perdi por causa do álcool nunca mais vou permitir. Nunca digas nunca, mas não vou permitir que isso aconteça mais na minha vida [...] No tal cantinho que eu idealizo, com o essencial, com os filhos, netos e a continuar a ser uma pessoa ativa” (E4).

“Ser feliz [...] Na minha casa, com os meus filhos, a passar férias no Algarve” (E5).

“Quero ser feliz [...] Fazer felizes os meus filhos e que a minha mãe sobreviva mais uns anos” (E6).

“Desejo muito a minha recuperação, desejo muito prestar apoio aos que amo, tal com eles me dão a toda a hora e um trabalho que me faça sentir feliz [...] A ajudar outras pessoas com o meu problema” (E7).

“Ao pé das minhas netas. Ao pé dos filhos” (E8).

5.2.1- Discussão dos Resultados

Os momentos significativos de vida dos sujeitos têm implicações diretas com o despoletar das dependências de substâncias licitas e/ou ilícitas.

A análise sociodemográfica das participantes (tabela 1), apresentava baixos níveis de escolaridade, para os quais concorreram, de forma significativa, as dificuldades económicas como fator de abandono escolar precoce e conseqüente ingresso no mercado de trabalho, ou como fator de condições de vida precárias. Ambas as situações se apresentam como fatores de risco ou de maior vulnerabilidade para o consumo de substâncias que permitiram às utentes alguma alienação do seu quotidiano.

Tendo em consideração as narrativas, atesta-se que apesar da individualidade de cada participante na presente investigação, é possível identificar alguns aspetos positivos comuns, nomeadamente a referência à família, como por exemplo: nascimento de irmãos, filhos, netos e a referência às suas trajetórias de vida com sucesso (entrada na faculdade dos filhos, casamento entre outros).

Outro aspeto que nos parece importante realçar é a necessidade que estas mulheres sentem em voltar a ocupar o seu lugar na hierarquia familiar. Estas referências são importantes e devem ser tomadas em conta no planeamento da integração socio familiar das utentes durante o período de tratamento na Comunidade Terapêutica e aquando o seu término.

A identificação de momentos significativos não corresponde a pontuações de significado semelhantes (tabela 3 e 4). De facto, a enumeração destes, tais como: (i) dificuldades económicas; (ii) entrada prematura no mundo laboral, (iii) ambientes de violência doméstica na infância e adultez, (iv) as perdas sucessivas de pessoas e/ou de coisas significativas para o indivíduo e (v) o divórcio, são pontuadas de forma muito diferente entre as participantes.

Este aspeto traduz-se importante ao nível do seu planeamento da intervenção psicossocial. Neste sentido defende-se o uso do biograma como instrumento de diagnóstico (numa primeira fase) pois permitirá aos técnicos uma intervenção mais focalizada na individualidade e nos recursos contextuais.

No que diz respeito às perspetivas de vida futuras dos sujeitos (tabela 5), conclui-se que o desejo com maior predominância é o de reconstrução dos vínculos afetivos familiares e ainda o desejo de construir uma vida assente na tranquilidade e sobriedade.

Perante tais conclusões, assume-se a importância de uma intervenção social com enfoque na perspetiva das forças, uma vez que os resultados apresentados são fruto da narrativa na primeira pessoa. Decorrente disto, é importante uma prática reflexiva por parte dos profissionais de serviço social, uma vez que tal como se comprovou ao longo desta dissertação, as situações e circunstâncias de vida são semelhantes, no entanto, temos de considerar a individualidade de cada indivíduo para que a resposta da intervenção seja adequada às pessoas, situações e às significações por estes atribuídas.

Considerações finais

A presente dissertação teve como principal objetivo descrever a história de vida de cada mulher em tratamento em CT, identificando os diferentes recursos pessoais e sociais ativados em momentos de adversidade. Pretendeu-se ainda aprofundar a relação entre a teoria das forças e o Serviço Social, no âmbito dos comportamentos aditivos.

Wilson (2008), defende que o Serviço Social é influenciado por diferentes tipos de conhecimento e, o seu saber está na pluralidade dos conhecimentos sendo esta particularidade crucial para a mudança social na configuração da ação e emergência de novas perspectivas sobre a realidade dos indivíduos.

Ainda relacionado com a narrativas na primeira pessoa, alude-se à teoria das forças, onde Saleebey (2009), defende que há possibilidade de escolha e de ação em todos os momentos significativos de vida, sejam eles positivos e/ou negativos. Nesta conceção, entende-se que todos os seres humanos estão dotados de capacidades e potencialidades, podendo estar estas por desenvolver. Assim, destaca-se a importância do reforço positivo, para que desta forma as intervenções capacitem os sujeitos de forma pessoal, profissional, social, familiar e laboral.

Atendendo ao nosso objetivo geral, concluímos que os participantes não reconhecem os seus recursos pessoais, habilidades e potencialidades como fatores de resiliência e/ou de força, elencando recursos externos a si, ao longo de toda a entrevista como acontecimentos positivos, de força e de resiliência.

Com isto, entendemos que a nossa investigação teve como mais valia, o facto de pretender investigar o campo nas dependências, na área do serviço social, com enfoque centrado na pessoa e nas forças desta.

Relativamente opções metodológicas do presente estudo, para o objetivo principal desta investigação – que descrever a história de vida de cada mulher em tratamento em CT, identificando os diferentes recursos pessoais e sociais ativados em momentos de adversidade – consideramos que foram adequadas tendo em conta o espaço temporal disponível para a presente investigação.

Reconhecemos como mais valia o uso do instrumento do biograma, centrado na percepção do sujeito para construir a sua trajetória de vida e consequentemente dar significado aos acontecimentos significativos de vida. Porém, reconhecemos como limitações o facto de o espaço temporal ser limitado e não permitir o uso do biograma de

forma mais aprofundada, utilizando a primeira, segunda e terceira ordem, tal como a bibliografia recomenda. Após a revisão bibliográfica, deparamo-nos com orientações pouco claras para a implementação do instrumento do biograma, considerando assim como uma limitação ao estudo.

Não obstante, por este ser um estudo de caráter exploratório, entendemos que foi lançamos uma base desafiante para futuras investigações, com recurso ao instrumento do biograma, que permitam uma intervenção social focada nas forças dos indivíduos e assim numa primeira fase conhecer quais as suas vivências e as significações atribuídas, quais as suas aspirações de futuro e numa segunda fase perceber se os sujeitos entendem as suas potencialidades como fontes de força e de resiliência e consequentemente se ativam essas mesmas potencialidades internas, em situações de adversidade.

Ressalva-se que a problemática das dependências, na área do serviço social, é um campo fértil, com muito ainda por investigar e explorar. Considera-se importante a exploração, com maior rigor, do instrumento utilizado nesta investigação, o biograma, na área do serviço social. Este é um instrumento crucial para ser aplicado nas intervenções levadas a cabo pelos Assistentes Sociais, de forma a obter uma visão da problemática mais próxima da realidade, uma vez que se analisa e questiona a perspetiva e a visão dos sujeitos em relação à sua trajetória de vida e à problemática associada.

A aplicação do biograma, nas intervenções sociais, poderia assumir-se como um instrumento de recolha de dados benéfico, no sentido, em que os Assistentes Sociais poderiam em conjunto com os indivíduos aferir as suas vivências, através da construção da sua trajetória de vida, as significâncias que este atribui a cada momento significativo de vida e, consequentemente, aferir em conjunto com o indivíduo as suas reais necessidades e perspetivas de futuro. Com isto, seria interessante ver o impacto da aplicação deste instrumento, contribuindo assim para uma intervenção personalizada ao indivíduo e particularidades das suas vivências bem como a perceção individual do sujeito face às suas potencialidades, em momentos de adversidade.

Apêndices

Apêndice 1: Consentimento informado



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

Título do estudo: (Sobre)Viventes das dependências – A intervenção social com enfoque na perspetiva das forças

Enquadramento: Os dados recolhidos serão no âmbito da unidade curricular de Dissertação inserida no plano de estudos do mestrado em Serviço Social da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra para obtenção de grau de mestre.

Explicação do estudo: A recolha da informação irá ser realizada com recurso a entrevista semiestruturada com gravação de áudio, visando a construção do biograma do indivíduo. Embora a informação seja recolhida através do áudio não será identificada a inquirida, na medida em que, esta tem como única finalidade auxiliar o investigador na análise e transcrição da entrevista.

A recolha da informação visa analisar o percurso de vida de mulheres integradas em Comunidade Terapêutica, com dependências associadas (lícitas ou ilícitas), e ainda a sua capacidade de resiliência face a momentos significativos de vida, pautados pela adversidade.

Condições e financiamento: Para a realização do presente trabalho de investigação não estão contabilizados quaisquer pagamentos, sendo a pesquisa realizada em caráter voluntário por parte do utente e o investigador.

Confidencialidade e anonimato: O trabalho tem apenas como finalidade a aprendizagem e o contributo profissional para a área do Serviço Social, na área das dependências. A participação dos participantes é anónima e os fins dos dados será apenas facultada à equipa técnica da comunidade terapêutica e para a pesquisa.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento. Assinatura de quem pede consentimento:

.....
.....

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelas pessoas que acima assinam. Foi-me garantida a

possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelas investigadoras.

Nome:

.....
.....

Assinatura:

.....
.....

Data: ____ / ____ / ____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA /S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Apêndice 2: Guião das entrevistas

Áreas	Objetivos específicos	Questões orientadoras
<p><u>I PARTE</u> <u>Biograma</u> <u>de 1ª ordem</u></p> <p>A – Legitimação da entrevista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recordar objetivos da entrevista; • Motivar o entrevistado na situação de colaborador; • Garantir a confidencialidade dos dados; • Pedir autorização para gravar; • Informar da duração da entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sublinhar a importância do contributo do entrevistado • Esta entrevista é anónima e será usada apenas para fins académicos • Podemos fazer a gravação áudio da entrevista? • Esta entrevista terá a duração previsível de uma hora, com possibilidade para pausas ou interromper sempre que o entrevistado achar necessário.
<p><u>I PARTE</u> <u>– biograma de 1ª ordem</u></p> <p>A1 – Identidade pessoal e familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recolher dados da caracterização pessoal e familiar e cultural; • Recolher dados acerca do início de consumos de substâncias; 	<ul style="list-style-type: none"> • Que idade tem? Em que ano nasceu? • Qual a sua data de nascimento? • Onde nasceu? Que ligações com o local onde nasceu? • Onde reside atualmente? • Se não é de origem portuguesa quando chegou a Portugal? • Em que altura da sua vida iniciou os consumos de substâncias? Que idade tinha?

Áreas	Objetivos específicos	Questões orientadoras
<p style="text-align: center;">I PARTE – Biograma de 2ª ordem</p> <p>A2- Infância / Percurso Escolar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar o percurso escolar do indivíduo; • Analisar quais as rotinas familiares durante a infância do entrevistado • Percecionar quais os momentos significativos de vida 	<p>Qual a sua escolaridade? No caso, de não ter concluído a escolaridade obrigatória, quais os momentos significativos que o levaram a não concluir? Em situação de abandono escolar, o que levaram a abandonar a escola?</p> <p>Quem é que lhe preparava o pequeno almoço? Como é que ia para a escola? Era longe de casa? Como voltava para casa? Alguém lhe preparava o lanche? O que fazia no fim da escola? Da sua trajetória de vida, consegue identificar 3 momentos significativos positivos e três momentos significativos negativos? Consegue identificar o pior momento da sua infância? E o melhor? Perante tais situações que relatou, o que entende que a ajudou a superar esses momentos da sua vida mais difíceis?</p>
<p>I Parte – biograma de 2ª ordem</p> <p>B– Início dos consumos de substâncias lícitas e/ou ilícitas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber quais as circunstâncias de vida do sujeito a quando iniciou os consumos. • Caracterizar as relações de suporte do indivíduo <p>Percecionar qual a perspetiva do indivíduo em relação aos acontecimentos</p>	<p>Como descreve a sua vida nesse momento? Como se sentia? Trabalhava? Tinha alguma ocupação? Em quem conseguia confiar nessa situação? Quem o/a ajudou? A quem recorreu? Que tipo de ajuda lhe foi dada? O que pensa sobre esta situação? O que pensa destes acontecimentos?</p>

Áreas	Objetivos específicos	Questões orientadoras
<p>II Parte - biograma de 3ª ordem</p> <p>C- Significação dos momentos significativos de vida dos sujeitos e resiliência</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os momentos significativos de vida dos sujeitos e pontuá-los; • Identificar fatores de resiliência face a momentos de adversidade 	<p>Como pontua o momento significativo que relatou? (1- bom; 2 – muito bom; 3- ótimo; 4- Memorável; 5 - excelente) ou (-1: mau; -2: muito mau; -3: péssimo; -4: Terrível; -5 destruturante);</p> <p>Como conseguiu sobreviver até agora? O que aprendeu de si mesma? Dessas dificuldades, o que lhe deu mais força?</p> <p>Quando é que sentiu que a situação melhorou?</p>
<p>II Parte – biograma de 3ª ordem</p> <p>6 Perspetivas de futuro</p>	<p>Identificar quais as perspetivas de vida para o futuro</p>	<p>O que aconteceu de diferente quando sentiu que a situação melhorou? Quais os momentos que lhe deram uma maior capacidade de resistência?</p> <p>O que deseja para a sua vida? Onde gostaria de estar daqui a 5 anos? Quais os seus sonhos?</p>
<p>D – Finalização da entrevista.</p> <p>Agradecimentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Saber se o entrevistado tem alguma questão • Saber se o entrevistado quer acrescentar alguma informação • Agradecer a disponibilidade <p>Captar o sentido que o entrevistado dá à sua própria situação na entrevista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quer colocar alguma questão? • Quer acrescentar alguma informação? <p>Obrigada pela sua colaboração!</p>

Apêndice 3: Transcrição das entrevistas

Apêndice 3.1- Entrevista nº 1

I Parte

1- Que idade tem?

Entrevistado: Trinta e nove anos.

2- Qual a sua data de nascimento?

Entrevistado: [REDACTED]/1980.

3- Onde nasceu?

Entrevistado: Nasci num hospital em [REDACTED]

3.1 - Que ligações tem com o local onde nasceu?

Entrevistado: Tenho muitas sim. Foi lá onde fui estudar, onde fiz a escola primária. Foi lá que conclui o ensino secundário, foi lá que consegui o meu primeiro emprego, foi lá que conheci o meu ex-marido, foi lá onde vivi a minha adolescência, onde passei para a idade adulta, onde tirei a minha carta de condução, onde tive momentos muito felizes na adolescência, onde já passei muitos bons momentos, que houve alturas que recordava com saudades, mas sei que, sei não, apaguei-os do pensamento, porque tinha que os apagar. Era uma bem feitoria para a minha renovação de vida e tinha que ser porque não agia corretamente. Apesar de ter sido bom não é nada agradável. Foi uma experiência má, onde a minha vida se complicou.

4- É onde reside atualmente?

Entrevistado: Não. Resido numa freguesia que se chama [REDACTED]
[REDACTED]

5- Em que altura da sua vida iniciou os consumos de substâncias?

Entrevistado: Em 2014.

5.1- Consegue dizer-me o que se estava a passar na sua vida que a levou ao consumo de substâncias?

Entrevistado: eu infelizmente, ou felizmente, sempre fui um pouco...tive sempre uma saúde um pouco melindrada e quando eu pensava que tinha tudo resolvido, toda a minha vida estava a correr sobre rodas, tinha vinte e oito anos e ia começar por abrir outro salão no concelho, porque tinha o meu salão em casa. Tinha carro novo, tinha a minha filha a estudar, tinha um marido já um pouco incompreensível, mas eu reunia forças e coragem para ir em frente e abrir o novo espaço de trabalho.

Consegui com muito esforço abrir o espaço e passados três meses foi-me diagnosticado uma doença, a qual para o momento não há cura e quando eu tinha dado os passos para começar uma vida, para dar tudo de bom à minha filha, para dar tudo do bom e do melhor, tinha alinhavado a construção de uma casa -o sonho de qualquer pessoa- tive esta triste notícia, que me deixou muito impossibilitada e muito triste.

Já me tinha deparado com uma situação do género, mas a qual eu venci e enfrentei e está resolvida por completo. Num curto espaço de tempo foram duas situações muito graves. Quando veio a segunda foi mesmo de tirar a terra debaixo dos pés, porque foi-me dito que não poderia mais trabalhar, que os sinais da minha doença não escolhem idade, o meu fim será numa cadeira de rodas e com a idade que eu tinha, com todos os sonhos planeados, foi tudo por água abaixo.

Perdi carro, perdi salão, perdi dinheiro, perdi tudo. Depois o facto de alguma parte da minha família também não me ajudou, ainda me escravizou e, sem me aperceber, eu fui uma pessoa que sempre bebeu à refeição e, sem me aperceber, já não passava sem ter que consumir álcool todos os dias, e cada vez com mais frequência, até que fui, contra a minha vontade, fazer um tratamento noutra entidade, mas não funcionou, porque quando alguém vai fazer alguma coisa contra a vontade, não adianta.

Ao fim desse tratamento voltei para casa, consegui manter-me sóbria cerca de dois a três meses. Depois voltei a ir-me muito a baixo e voltei a recorrer à minha adição. Aí voltei a contactar a entidade e foi-me novamente dada a oportunidade, o qual correu bem, mas voltou a acontecer a mesma coisa. Perdi uma grande amizade que tinha desde os meus catorzes/quinze anos, escorregou-me das mãos como nunca pensei que escorrega-se, porque sempre foi um apoio que eu tive e deixei-me ir a baixo, e voltei a refugiar-me no álcool.

Estive assim uns três/quatro anos, e decidi eu própria ir fazer novo tratamento à entidade de saúde. Fiz novamente todo o percurso e, passado mais ou menos um ano, consciencializei em mim que precisava de algo mais profundo, onde adquirisse outras aprendizagens, outras formas de ser. Precisava de trabalhar o meu interior, o meu estado psicológico, ouvir outras versões sem ser falar e recriminar: não deixas de beber porque tu não queres, porque isso não é uma doença, só bebes porque queres, és fraca. Ou seja, eu tinha tudo de mal e não era boa para ninguém. Com essas ditas palavras eu cada vez ia mais a baixo, mas cheguei ao ponto em que decidi que estava na hora da mudança, os anos estavam a passar, e não queria continuar de modo algum a ser aquela pessoa que se

refugiava num copo atrás de outro, e mais outro e mais outro. Perdi qualidade de vida, perdi a minha filha.

Graças a Deus, tive sempre um companheiro que me compreendeu, o que eu acho que não é para qualquer pessoa chegar a casa do trabalho e encontrar a mulher deitada no sofá, onde está tudo sem limpar, tudo sem fazer, sem comida, porque está alcoolizada. Não quis mais isso para a minha vida e eu própria falei com o meu companheiro, dirigi-me à entidade onde já tinha estado em tratamento. Expliquei a minha situação e tive logo uma resposta concreta, que foi a indicação desta comunidade, e foi realmente tudo o que de melhor me podia ter acontecido. Fiquei bastante aflita porque tive um prazo de quinze dias entre pedir ajuda e entrar nesta comunidade. Foi muito difícil ao princípio, também vinha com a autoestima muito em baixo, com muitos pensamentos negativos. Sempre fui uma pessoa calada, quieta e que gosta de estar no seu canto, o que era uma das coisas que me levava a estar sempre deprimida e a consumir. Foram tempos difíceis, os quais, com o passar do tempo, com a ajuda da equipa técnica, que sempre que recorri fui bem recebida e esclarecida, tive palavras de muito carinho e compreensão. Fui renovando e renascendo a pessoa que eu era há mais de dezoito anos. Por isso, agradeço muito por estas portas terem estado abertas para mim. Foi na hora certa, no momento exato. Se eu não admitisse que tinha uma doença e que precisava de ajuda, possivelmente hoje não estaria aqui, e espero que estas portas se mantenham sempre abertas para pessoas como eu, melhores ou piores. A paz, a serenidade, o conforto de uma família, porque ao passar ao longo das semanas e dos meses acabamos por sentir que é a nossa família. Eu pessoalmente preocupo-me com as situações das outras colegas, preocupo-me imenso se estão doentes, tento fazer o meu melhor, tento apaziguar quando há situações de atrito e confusão. Embora eu não seja ninguém, mas tento fazer com que tudo fique calmo, umas vezes corre bem outras mal, mas isso não depende só de mim. Tento fazer a minha parte, quando não consigo recolho-me ao descanso do guerreiro e deixo que as pessoas se entendam, ou que intervenha um membro da equipa técnica para apaziguar as coisas.

6- Qual a sua escolaridade?

Entrevistado: Tenho o décimo primeiro ano incompleto. Portanto tenho o nono ano.

7- Quais é que foram os momentos significativos que a levaram a não concluir o percurso escolar?

Entrevistado: desde sempre o meu sonho era ter a minha profissão, que é cabeleireira e era o que mantinha em pensamento. Na altura o psicólogo falou comigo, diz que era uma pena eu não tentar fazer a escolaridade máxima, porque eu era boa aluna. Ainda tentei o décimo e décimo primeiro, mas saí a meio do décimo primeiro porque eu só andava a gastar dinheiro aos meus pais nos livros, nos transportes, na comida e não estava a ter proveito. Abandonei a meio do ano, porque o meu sonho era ser cabeleireira e um belo dia, ainda não tinha carta nem carro, saí da escola, apanhei o autocarro para [REDACTED] e fui ao centro de emprego saber se estavam abertas as inscrições para o curso de cabeleireiro e, para minha felicidade, estavam. Fiz testes psicotécnicos e passado uma semana ligaram-me para fazer uma entrevista, isto nos finais de dezembro, princípios de janeiro, e a seis de fevereiro iniciei o curso de cabeleireiro, onde consegui tirar as três carteiras e, hoje, apesar das minhas limitações, considero-me uma cabeleireira profissional e digo isto com muito orgulho.

8- Quem é que lhe preparava o pequeno-almoço?

Entrevistado: enquanto andei na escola primária era a minha mãe.

9- Como é que ia para a escola?

Entrevistado: A pé. Era perto.

10- Ia sozinha para a escola?

Entrevistado: Não. Tinha três colegas que me apanhavam e íamos as quatro.

11- Como é que voltava para casa?

Entrevistado: A pé, também com os colegas.

12- Alguém lhe preparava o lanche?

Entrevistado: Não, era eu. Aí desde os finais da escola primária.

13- O que é que fazia no final da escola?

Entrevistado: chegava a casa, lanchava, ia fazer os trabalhos de casa e era-me dado o tempo que precisasse para fazer os trabalhos e estudar, depois ia ajudar a minha mãe no campo.

14- Quer mencionar alguma rotina que possa ter marcado a sua vida, a sua personalidade?

Entrevistado: No percurso da minha escola primária não. Depois quando iniciei o segundo ciclo é que se iniciaram alguns problemas. A nível familiar, tinha dez anos, passei para os onze, sempre tive a minha família mais a minha mãe muito, digamos com exagero de proteção. Eu não podia ir brincar a casa das colegas ao domingo à tarde porque era feio, era vergonhoso andar em casa das colegas. Eu estava bem era em casa, que era o sítio dela. Então comecei por me manter em casa, umas alturas brincando com o meu irmão, outras brincando com brincadeiras às quais eu tinha acesso. Nesta altura já me sentia uma pré-adolescente a ser privada de coisas simples como brincar no pátio da colega.

14.1- Sentia-se isolada?

Entrevistado: Sim, muito isolada e depois fui excluída do grupo de amigos da minha idade, foi quando me comecei a sentir pior.

14.2- Esses sentimentos também a acompanharam durante a sua adolescência?

Entrevistado: Sim, foram-se agravando com o avanço da idade. Agravando para muito pior.

15- Da sua trajetória de vida, consegue identificar três momentos significativos positivos e três momentos significativos negativos?

Entrevistado: Sim. Podemos começar pelos positivos.

Eu tenho um único irmão que tem mais oito anos que eu e fomos sempre uns irmãos muito, muito amigos. Um diz faz e outro diz já devia estar feito. Fiz os meus sete anos e os meus pais ofereceram-me uns brincos em ouro, fiquei muito feliz. Não havia festas, não havia nada, mas comíamos um prato melhorzinho: um assadito no forno. Quando havia açúcar em casa e farinha havia um pão-de-ló. Os meus pais, principalmente a minha mãe, nunca foram dados a festas nem à alegria de cantar os parabéns com a família reunida para festejar os meus anos. O meu irmão era um menino muito obediente, muito responsável e queria os seus troquitos, e desde os seus nove anos começou a trabalhar para a junta de freguesia a limpar valetas. Nesse ano em que eu fiz sete anos ele ofereceu-me um Pateta, que ainda o tenho até hoje. Já roído pela minha filha, mas tenho. Foi como se me tivesse oferecido um pote de ouro. Foi com o trabalho dele, com o esforço dele. Ele precisava de guardar o dinheiro, porque logo estaria perto da altura de tirar a carta, mas fez-me sentir

uma criança imensamente feliz. Eu torcia, eu esticava, eu dobrava, eu dava-lhe banho para não andar sujo, passou a fazer parte de mim. Onde eu ia levava sempre o Pateta comigo, e foi uma coisa muito marcante na minha vida e enquanto viver será uma memória que estará presente no meu coração.

Ia eu completar dez anos em fevereiro e no verão anterior eu já tinha o sonho de ser cabeleireira. Tenho uma prima que é cabeleireira e eu com nove anos fui pedir a ela, que era prima do meu pai, se havia problemas em ela levar uma criancita ainda pequena, a precisar de colo, se havia incomodo levar-me para assistir aos trabalhos. Ela disse logo que sim, que me tratava como se fosse filha, disse que comida não me faltava e foi uma coisa muito importante e de muito valor, pois eu ia para lá vestir uma bata branca, uau que sonho. Estar ali a ver como as coisas se faziam e aprender simplesmente a hora em que devia varrer os cabelos, para que o salão se mantivesse sempre limpo e com boa aparência à chegada de uma nova cliente. O meu percurso de concretização do meu sonho começou por uma vassoura e uma pá.

O terceiro já eu tinha vinte anos e foi o momento em que eu já estava casada, mas pouco tempo depois de me casar vi que as coisas não estavam a correr como um casal normal, e conheci uma pessoa do sexo masculino um pouco mais velho que eu. Essa pessoa era um trabalhador de estrada que andava a arranjar a rua em frente à casa dos meus pais e via-me por lá sentada, a fazer renda, a fazer as limpezas da casa, e um dia veio pedir água. Daqui iniciou-se uma conversa onde eu encontrei um grande amigo. Nunca prejudicou de forma alguma o meu casamento, nem teve segundas intenções, foi mesmo um ombro amigo que eu ali tinha e que eu não encontrava em pessoa nenhuma do sexo feminino.

Mantive a amizade com ele, depois ele acabou por me contar que tinha muitos problemas com a mulher. Ou seja, tínhamos situações parecidas e, durante algum tempo, apoiamo-nos um ao outro. Depois da parte dele, derivado à falta de trabalho, viu-se obrigado a emigrar para Luxemburgo. Logo no momento em que decidi disse-me e eu dei toda a força. Sabe Deus como eu estava, mas não era por ele ir para outro país que ia estragar a nossa amizade e priva-lo de ele ir fazer a sua vida e manter a sua família. Sofri bastante. Andei mesmo um mês ou dois em choque, porque sentia a falta de conversa. Quando ele vinha cá a Portugal de férias tomávamos sempre um café e falávamos. Nunca a mulher dele soube que ele tinha uma pessoa com quem falava, tal como o meu ex-marido também não, porque se fosse do conhecimento dos dois ia trazer mais problemas, tanto para ele, como para mim. Foi bom ter aquele apoio. Mesmo longe e a tantos quilómetros de distância ele quando podia ligava, quando estava no trabalho ligava para saber como eu

estava. Hoje sei que ele regressou a Portugal, tem uma boa casa, tem mais um filho, tem uma vida estável e é feliz.

Ora, portanto, um dos momentos, dos primeiros momentos que eu tive negativos, foi o facto de eu entrar na adolescência e ser proibida de fazer tudo o que um adolescente gosta de fazer. O poder descobrir, sentir, de encontrar, de reconhecer, porque sempre que havia uma festa na aldeia, que havia um aniversário de uma colega minha, as minhas colegas saíam de bicicleta e eu não podia ir porque a minha mãe não deixava, aí começou-se a contruir uma fase muito negativa para a minha vida, que me levou muito cedo, aos dozes anos, também aí sobre um assunto que irei falar mais à frente, um grande desgosto familiar que eu tive, tudo se acumulou e eu, na pureza dos meus doze anos, apanhei um esgotamento, que eu encaro como um dos pontos negativos. Como onde eu ia tinha que estar no meio do pai e da mãe, as minhas colegas na festa da aldeia davam as mãos umas às outras, faziam o comboio, corriam pela festa toda, saltavam, brincavam e eu estava ali que nem um guarda do estabelecimento prisional. Tudo isso já começou a mexer comigo. Depois que fui operada à garganta também tive tendência a engordar, e isso também foi um fator negativo. As minhas colegas criticaram a forma como era o meu corpo, mas o que causou eu cair mesmo, mesmo no fundo do poço foi o meu irmão que, entretanto, conheceu uma pessoa, casou-se e no ano em que se casou deu-me a conhecer a sua ex-mulher. O irmão da ex-mulher do meu irmão disse que era o padrinho do primeiro filho, e eu respondi que como era o primeiro sobrinho, eu era a madrinha. Entretanto a minha ex-cunhada engravidou e daí nasceu o meu sobrinho, e à data do nascimento dele começaram os problemas. O irmão da minha ex-cunhada casou com uma senhora com dinheiro e a minha ex-cunhada sempre valorizou bastante o dinheiro. Quando chegou à hora de falar no batizado do meu sobrinho eu não podia ser madrinha porque ainda não tinha o crisma. Perguntei ao padre e ele disse que eu podia batizar, porque andava a ir às missas todas. A minha ex-cunhada foi lá perguntar, mas não falou diretamente com o padre e a pessoa com quem falou disse que eu não podia ser a madrinha. Daí gerou-se uma confusão que me afetou. Deixei de comer, não saía do quarto, não saía de casa. Os padrinhos do meu sobrinho foram, então, o irmão da minha ex-cunhada e a esposa. Eu cuidei alguns meses do meu sobrinho com a ajuda da minha mãe, mas foram poucos os meses que aquele menino teve carinho e a felicidade de estar dentro do aconchego da família, porque a minha ex-cunhada achava que eu e a minha mãe não estávamos a tratar de forma correta e retirou o menino para uma ama. Foi como quem tira a chupeta a um bebé. O menino deixou de comer, o menino só chorava, ficou magrinho, enfim o menino desfaleceu vivo. E voltando

atrás eu chorei praticamente a cerimónia toda, custou-me muito. A minha mãe ainda me criticou disse: “sua estúpida, quem te manda ir? Agora estás para aí a chorar. Não tens mesmo juízo”. Mas eu sentia que tinha que ir. Depois fomos ao restaurante e os meus pais praticamente não comeram, tivemos ali por estar. Foi daí que me surgiu a maldita doença que me pôs internada no Sobral Cid dois meses. O esgotamento dos doze anos. Por fim, como todo o adolescente gosta de sair e por volta dos meus dezassete anos o estigma da discriminação já não era tanto. Eu achava que não merecia a prisão que a minha mãe me dava, porque nunca dei desgostos aos meus pais e eu tinha que estar ali sempre. Isso foi um dos piores fatores da minha infância e que se manteve até ao dia em que conheci o meu ex-marido. Foi muito prejudicial. Houve uma altura em que a minha mãe me levou a um psiquiatra a Aveiro, recomendado por uma amiga e o médico perguntou quem é a doente e a minha disse que era a minha filha, mas que ela tuinha que estar na consulta porque eu era muito reservada. O senhor doutor disse que a doente era eu e pediu para a minha mãe aguardar lá fora. Naquele dia disse tudo o que me apoquentava. No final da consulta o médico chamou a minha mãe e ele disse que eu tinha problemas do sistema nervoso e disse para a minha mãe me dar liberdade e espaço, que era o que me fazia falta. Ela saiu para fora a bufar, toda nervosa e nunca mais lá pus os pés. Não mudaram de atitude e aos dezoito fui tirar a carta, já andava no meu curso e o meu ex-marido já tinha sido meu namorado na época da escola e ele um dia ligou para minha casa. Lembramos os tempos da escola e ele pediu para nos vermos. Pedi à minha mãe e ela disse que só fora do portão e nada de entrar em carros. Estava eu no portão e a minha mãe na janela da cozinha. E pronto, casei-me porque amava o meu ex-marido. Graças a ele sou mãe de uma menina que vai fazer dezoito anos, que é a luz da minha vida, foi o que ele me trouxe de bom. Casei-me para fugir à prisão que eu tinha, pensava que ia ser livre, mas talvez a minha desgraça foi ter ficado em casa da minha mãe porque ela controlava tudo, tudo, tudo. Se tivesse ficado sozinha com o meu ex-marido talvez ainda fosse meu marido.

16- Consegue-me identificar o pior e o melhor momento da sua infância?

Entrevistado: O melhor momento que tive na minha infância foi enquanto vivi na ingenuidade de uma criança, enquanto não via maldade em nada, tudo era lindo, tudo era bonito, não havia problemas, tudo era brincadeira, tudo era motivo para rir. Houve um episódio em que eu tinha uma meia calça verde, uns chinelos brancos, uns calções azuis e uma t-shirt branca e depois o meu irmão já tinha uma máquina fotográfica, e eu ia a descer um acimentado que dava para a parte de baixo da casa e tinha, foi o primeiro cão que

tínhamos lá em casa, de raça pequena, estava sempre em constante alerta se aparecia alguém ou algum bicho. Eu estava com o cachorrinho ao colo, ia a descer e o meu irmão tirou fotografias e depois mandou revelar. Depois o meu irmão chegou a casa e disse que eu tinha batatas novas nos dedos dos pés e eu perguntei onde é que tinha as batatas novas, se ao lado tinha alhos como é que tinha batatas novas? O meu pai começou-se a rir e disse: oh sua burra. Não vês que tens as meias todas rotas e os dedos saem para fora e isso é que são as batatas.

O pior momento foi num certo e determinado dia, tinha eu oito ou nove anos, por causa de alguma revolta que eu já sentia e não sabia que era revolta, a minha mãe estava a ordenhar as Vacas e pediu-me para ir encher um balde água para a Vaca. Entretanto vinham lá pessoas a quem a minha mãe vendia leite para consumo próprio. Vinham lá duas raparigas que traziam uma cadelinha, que veio a ser a mãe do cão a que eu me estava a referir, eu agarrei na cachorrinha ao colo a brincar. A minha mãe disse para eu levar o balde de água para a Vaca e eu respondi já vou. Daqui a um bocado disse-me ela outra vez: olha a água para a Vaca e eu respondi: já vou, deixa-me. Disse-me uma terceira vez e eu respondi: fogo, já vou, e enquanto dizia isto dei um pontapé ao balde. Já não enchi balde nenhum. Levei porrada desde a torneia até às escadas que davam para o quintal. O meu pai ainda não satisfeito, quando eu me sentei nas escadas, levantou-se e ainda me deu mais. Fiquei com o meu rabo todo negro, todo pisadinho, por uma coisa que eu nem sabia que estava a fazer mal.

17- Perante tais situações que relatou, o que é que entende que a ajudou a superar esses momentos da sua vida mais difíceis?

Entrevistado: eu querer seguir sempre mais além, apesar das limitações, querer ser melhor e fazer melhor. E desde muito cedo, ainda nem menstruada eu era, já dizia que se um dia tivesse um filho, nunca na vida eu ia permitir de lhe fazerem o que a minha mãe me fazia. A vontade própria sempre me ajudou. Eu comecei a crescer, comecei a ler, as minhas colegas compravam-me revistas porque eu pedia e sempre me interessei muito por ler. Eu ia para a biblioteca da escola ler e comecei a abrir um bocadinho o olho, que havia coisas que eu passava que não eram normais para a minha idade. Tive sempre uma coragem e uma força interior que tinha que controlar quando me eram dados os castigos, mas dentro de mim ficar com a minha e vencer a minha.

18- Como é que descreve a sua vida no momento e que inicia os consumos? Como se sentia? Trabalhava? Tinha alguma ocupação?

Entrevistado:Trabalhava, ainda trabalhava, mas comecei por baldar-me ao trabalho, por não me importar se ia trabalhar se não ia.

19- Já era trabalho próprio?

Entrevistado:Já. Começou a provocar-me raiva, irritação, ódio. Começou o telefone a tocar a perguntar quando é que eu podia fazer isto e aquilo. Já tinha uma revolta muito grande dentro de mim. Depois também devido às situações de violência doméstica que eu também tive durante o decorrer do meu casamento, já vinha muito em baixo, amargurada, com a autoestima baixa, a ver tudo negativo. Não conseguia ver algo com olhos de ver bom. Depois que me divorciei ainda estive dois anos sozinha, e depois conheci o meu atual marido num dia de consoada, por mero acaso. Estou com ele vai fazer dez anos. Estive três anos muito bem, mas depois começou a descambar total. A minha mãe punha-se debaixo da nossa varanda a ouvir as conversas. A minha mãe ligava-me a dizer olha ouvi isto e aquilo. Depois ela também nunca viu com bons olhos a relação com o meu marido, porque ele nunca se casou, nunca teve namorada. A aldeia é muito bonita, mas é muito fria, muito julgadora. O próprio pai dele ajudava. Ele não trabalhava, ele não arranjava mulher porque era um bêbado, porque não valia porcaria nenhuma, só frequenta casas de meninas, estoura os carros todos porque vai para as discotecas e vem alcoolizado. Ou seja, ele era o piorio. Ele era meu vizinho, entrava e saía para o trabalho. Ao fim-de-semana não se mantinha lá porque as amizades dele eram de mais longe. Ele gostou do meu trabalho e foi o meu último cliente. Tivemos a conversar e disse se podia vir mais vezes, pediu-me o número de telefone e eu dei.

20- Em quem conseguia confiar nesta situação? Quem o ajudou? A quem recorreu?

Entrevistado: Por essa não esperava. A minha pessoa de suporte foi um amigo que tive desde infância, com problemas com álcool, a família dele era toda assim. Já nos conhecíamos desde a escola primária, foi um desgosto que ele teve, e quando eu comecei a trabalhar, ele começou a ser meu cliente. Sofreu muito por causa de mulheres, principalmente com a última. Ele tinha uma mulher francesa que a trouxe para cá. Ela esteve dois/três dias cá e depois fugiu. Quando me divorciei não tinha dinheiro para tudo, cheguei a ter alturas em que não tinha dinheiro para comprar a minha medicação e ele ia

trabalhar um sábado inteiro e domingo de manhã e, na segunda- feira, vinha-me dar dinheiro para eu comparar a medicação. Foi sempre o braço direito que eu tive. Foi nesta pessoa que confiei quando comecei nos consumos. Foi a ele que eu recorri. Não me pedia justificação nem me rebaixava.

21- Que tipo de ajuda lhe foi dado?

Entrevistado: Foi-me dado um alerta muito grande que estaria a iniciar um problema com o álcool. Afastou-me de todo o tipo de bebida alcoólica. Dizia-me para quando eu sentisse vontade de beber para lhe ligar, e não fosse comprar para beber. Se ele não atendesse logo que visse me ligava, chegou a acontecer muitas vezes. Mas foi o meu maior suporte.

22- Foi-lhe recusada ajuda por parte de alguém?

Entrevistado: Da minha mãe. Recorri a ela, mas nunca admite perante ela, nunca fui capaz, sem ser quando decidi vir para aqui, para a comunidade, nunca admite perante ela que sabia que tinha um problema. Eu mentia-lhe sempre, porque eu estava com medo do que ia ouvir, do que eu já ouvia antes disso e do que ia ouvir. Não ia ouvir uma palavra mais meiga, uma compreensão. Só ia ouvir negativo, negativo.

23- Não recorreu a mais ninguém?

Entrevistado: Não, eu nunca fui de ter muitos amigos. Depois que o meu irmão se mudou e foi viver para a casa dele a relação mudou, tudo mudou e isso também foi um facto muito negativo. Éramos muito agarrados e facto de se casar afastou-nos. Não valia a pena ter falado nada com ele. A única pessoa a quem podia ter recorrido e não o fiz, porque não queria dar desgosto era o meu pai. O meu pai levava-me de carro e percebia o que eu levava lá, mas dizia-me para eu tentar largar e que não ia dizer nada a ninguém.

24- O que é que pensa de toda esta situação? O que pensa destes acontecimentos?

Entrevistado: Penso que foi uma fase da minha vida terrível. Não a desejo a ninguém. Foi muito duro, muitos momentos de irresponsabilidade, inconsciência, mau carácter, de perda, muita perda. Perdi a confiança na pessoa que eu era. Só vivia em função do meu consumo. Quando procurei ajuda não via como vejo hoje, mas acho que tudo o que aconteceu acabou por ser muito bom para mim, porque cheguei à conclusão que sozinha não conseguia após- ter tentado três vezes-, e que precisava de uma ajuda profissional, onde aprofundasse mais os prós e os contras, onde aprendi muito. Vou daqui e levo uma patente

bem forte da miséria que eu fui. Aqui abriram-me bem os olhos, sinto-me renascida de novo. Sinto-me uma pessoa que já não sentia desde os meus dezoito anos. Tive uma aprendizagem na vivência com as colegas, nunca tinha estado tanto tempo longe de casa, longe do meu marido, da minha filha, longe das minhas coisas. Também levo uma boa aprendizagem do que é viver em grupo e de saber como viver em grupo. Não é fácil, mas se nós não ajudarmos e não enfrentarmos torna-se ainda pior. Todos estes anos de consumo e de escuridão na minha vida vieram trazer-me algo de bom agora. Quando estou sóbria, estou bem, estou feliz. Considero que foi uma fase muito má que passei, mas agora retiro coisas de grande valor e uma aprendizagem muito grande.

II PARTE

1- Como pontua o momento significativo que relatou? (-1: mau; -2: muito mau; -3: péssimo; -4: terrível; -5: destruturante).

Entrevistado: O primeiro momento considero destruturante (-5); O segundo momento classifico como terrível (-4); e o outro destruturante (-5).

1.1- Quer elencar mais algum momento significativo de vida que caracterize como negativo e/ou marcante na sua vida de alguma forma?

Entrevistado: Sim, uma relação que mantive extraconjugal, onde saí do sol e do brilho e fui para a escuridão. Onde só encontrei força negativa e tudo de mau para que eu continuasse a consumir e a consumir cada vez mais. A pessoa em questão julgava muito o facto de irmos jantar fora, almoçar fora e dizer-me como disse várias vezes: então agora é assim? Nem para beberes um copo fazes companhia? Desculpe o termo, mas que-m**** de mulher és tu que não te aguentas com um copo? Ora se me queria ajudar estava a fazer isso?

1.1.1- Como é que quer classificar?

Entrevistado: Destruturante (-5).

1.2- Como pontua o momento significativo que relatou? (1- bom; 2-muito bom;3-ótimo;4- memorável; 5-excelente).

Entrevistado: O primeiro excelente (5); o segundo excelente (5); e o terceiro foi excelente também (5).

1.2.1- Quer elencar mais algum momento significativo de vida que caracterize como positivo e/ou marcante na sua vida de alguma forma?

Entrevistado: O facto do João ter entrado na minha vida. Apesar de eu ter o problema que tenho, de lhe ter feito a vida negra, de o ter traído com outra pessoa, que é mesmo assim, ele esteve sempre lá. A pessoa com quem o traí chegou a abandonar-me com a roupa rasgada, descalça e ferida debaixo de um banco de jardim e eu liguei ao meu marido, ele estava no seu descanso, na cama, e não demorou dez minutos a chegar à minha beira, a pegar-me ao colo e a levar-me para casa.

1.2.2- Como é que quer classificar?

Entrevistado: Excelente (5). Não há como classificar. Só sentindo, vivendo é que sabe dar valor.

2- Como conseguiu sobreviver até agora? O que aprendeu de si mesma? Dessas dificuldades, o que lhe deu mais força?

Entrevistado: Eu ter conseguido dizer que tinha um problema de saúde, que o alcoolismo era uma doença. Interiorizar em mim que precisava de um tratamento mais intensivo, para voltar a ser a mulher que era e que agora estou e ter o meu marido ao meu lado.

3- Quando é que sentiu que a situação melhorou?

Entrevistado: A partir do momento que entrei para a comunidade terapêutica.

4- O que aconteceu de diferente quando sentiu que a situação melhorou?

Entrevistado: O que aconteceu de diferente quando senti que a situação melhorou foi quando comecei a falar com o meu marido e a ter as visitas dele, ver a alegria com ele olhava para mim, o brilho nos olhos dele. Ver que realmente eu estava a fazer algo de diferente para mudar a vida, isto aqui na comunidade.

5- Quais os momentos que lhe deram uma maior capacidade de resistência?

Entrevistado: quando a minha filha me dizia que não me queria ver mais assim, para fazer isto por ela, porque queria a sua mamã de volta e não a queria chegar a casa e ver-me mais a assim. Era a força que ela me dava e a compreensão que o meu pai sempre me deu.

6- O que é que deseja para a sua vida?

Entrevistado: Desejo estar sóbria a cima de tudo. Tirar o máximo partido de cada dia, viver cada minuto como se fosse o último, tendo consciência dos meus atos e das minhas palavras. Se voltar a ter que enfrentar mais alguma doença que venha fazer com que tenha que me limitar ainda mais, tenho que ganhar força e coragem que tive ao enfrentar as que tenho e que mantenha a luta de as enfrentar e tentar esquecer e dar o meu melhor todos os dias, todos os momentos em que estou bem dentro dos possíveis.

7- Onde é que gostaria de estar daqui a cinco anos? Quais os seus sonhos?

Entrevistado: Em casa, no meu cantinho, com o meu marido, com a minha filha quase formada. Estar feliz, nunca mais modificar a pessoa que aqui renasci e ter aqueles que mais amo. Ter aqueles que me dão vontade de viver e de acordar todos os dias para mais um dia de luta saudáveis e felizes dentro dos possíveis.

8- Quais os seus sonhos?

Entrevistado: Poder ajudar sempre o próximo, estender a minha mão a quem precise, dar o meu testemunho do que foi a vivência destes seis meses aqui e ter, perante a doença que tenho, forças para conseguir cuidar da velhice do meu pai e da minha mãe. Retribuir o que eles fizeram que, de alguma forma, pensaram estar a fazer o bem, corretamente e acredito, porque era o que lhes tinha sido transmitido. Todo o ser humano tem direito ao perdão e a perdoar. Mesmo a minha mãe não compreendendo não é por isso que eu a vou excluir e que vou deixar de ajudar sempre que ela necessite, porque afinal de contas ela é minha mãe. Se não fosse ela eu não estava aqui.

Apêndice 3.2: Entrevista nº 2

Parte I

1- Que idade tem?

Entrevistado: Quarenta e dois anos.

2- Qual a sua data de nascimento?

Entrevistado: ██████████ 1978.

3- Onde nasceu?

Entrevistado: ██████████

4- Que ligações tem com o local onde nasceu?

Entrevistado: São as minhas raízes, nasci lá.

5- Onde reside atualmente?

Entrevistado: Vou para lá agora.

6- Em que altura da sua vida iniciou os consumos de substâncias?

Entrevistado: Tinha dezoito anos.

7- Conseguir dizer-me o que se estava a passar na sua vida que a levou ao consumo de substâncias?

Entrevistado: Quando me separei pela primeira vez.

8- Qual a sua escolaridade?

Entrevistado: Tenho o nono ano.

9- Uma vez que não concluiu a escolaridade obrigatória, quais os momentos significativos que o levaram a não concluir?

Entrevistado: Porque os meus pais tinham dificuldades financeiras e tive que sair para ir trabalhar.

10- Quem é que lhe preparava o pequeno-almoço?

Entrevistado: A minha avó.

11- Como é que ia para a escola?

Entrevistado: A pé.

12- Era longe?

Entrevistado: Era.

13- Como é que voltava para casa?

Entrevistado: A pé.

13- Alguém lhe preparava o lanche?

Entrevistado: A minha avó.

14- O que é que fazia no final da escola?

Entrevistado: Ia olhar pelos animais, fazer os trabalhos e ajudar no jantar.

15- Da sua trajetória de vida, consegue identificar três momentos significativos positivos e três momentos significativos negativos?

Entrevistado: positivos: quando o meu irmão nasceu, o nascimento da minha filha, da mais velha, e quando tirei a carta de condução. Os negativos foi quando o meu irmão nasceu e eu fiquei sem atenção dos meus pais, quando começaram os problemas com o meu ex-marido, o pai da minha primeira filha, e quando o meu pai me tentou violar aos doze anos.

16- Consegue-me identificar o pior e o melhor momento da sua infância?

Entrevistado: O pior foi quando o meu avô faleceu, tinha nove anos. O melhor foi quando fui a Lisboa pela primeira vez com a minha avó, à praia, com treze anos.

17- Perante tais situações que relatou, o que é que entende que a ajudou a superar esses momentos da sua vida mais difíceis?

Entrevistado: A vontade de viver e vencer.

18- Como é que descreve a sua vida no momento e que inicia os consumos? Como se sentia? Trabalhava? Tinha alguma ocupação?

Entrevistado: Ainda tinha dezoito anos, trabalhava numa fábrica e ganhava muito bem, tinha a casa, tinha o carro. Só que sentia muitas discussões familiares com os meus pais, ainda vivia com eles. Sentia-me frustrada, impotente, quando via o meu pai bater na minha mãe sem poder fazer nada.

19- Como é que descobriu que era o álcool que lhe dava algum alento nesses momentos?

Entrevistado: Foi no Natal, quando houve uma discussão lá em casa e eu comecei a beber vinho que estava lá num garrafão e senti-me em paz. Não ouvia nada.

20- Em quem conseguia confiar nesta situação?

Entrevistado: Na minha avó. Partilhei mais ou menos com a minha avó, mas partilhei mais com uma vizinha minha.

21- Quem o ajudou?

Entrevistado: Foi uma tia minha.

22- A quem é que recorreu?

Entrevistado: À minha vizinha.

23- Que tipo de ajuda lhe foi dado?

Entrevistado: Mais a nível de ouvir, ouvirem-me.

24- Era a ajuda que estava à espera?

Entrevistado: Penso que sim.

25- O que é que pensa de toda esta situação? O que pensa destes acontecimentos?

Entrevistado: Não vale a pena a gente meter-se nessa adição porque não nos leva a lado nenhum. Só nos leva à destruição. A mim levou-me à destruição, perdi tudo. Perdi anos de vida. Pensava que era feliz, mas não era. Agora sei disso. Agora estou feliz, estou sóbria. Nestes dias, ou nestes anos todos, não. Ficava feliz na altura, mas, quando passava, vinha o sentimento de culpa. Sim, agora sim, não vale a pena.

II PARTE

1- Como pontua o momento significativo positivo que relatou? (1- bom; 2-muito bom; 3-ótimo; 4- memorável; 5-excelente).

Entrevistado: No princípio foi bom mas depois começou a ficar mau. Dou-lhe três; o segundo como excelente (5); e o terceiro foi excelente também (5).

2- Como pontua o momento significativo negativo que relatou? (-1: mau; -2: muito mau; -3: péssimo; -4: terrível; -5: destruturante).

Entrevistado: O primeiro momento considero mau (-1); O segundo momento classifico como terrível (-4). Fui vítima de violência doméstica; e o outro destruturante (-5).

2.1- Quer elencar mais algum momento significativo de vida que caracterize como negativo ou positivo e que foi marcante na sua vida de alguma forma?

Entrevistado: O nascimento da minha filha, da minha segunda filha_ Este é positivo.

2.1.1- Como é que quer classificar?

Entrevistado: Muito bom (2).

2.1.2- Quer elencar mais algum momento significativo de vida que caracterize como negativo que foi marcante na sua vida de alguma forma?

Entrevistado: Tive uma depressão pós-parto, no segundo nascimento.

3- Como é que quer classificar?

Entrevistado: Mau (-1).

4- Por quê acha que este foi um momento marcante na sua vida?

Entrevistado: Porque eu deixei de gostar dela. Ela é que tinha culpa de eu estar doente.

5- Quer elencar mais algum momento que considere marcante na sua vida?

Entrevistado: Conhecer o pai da minha segunda filha. Identifico como negativo. E dou-lhe um péssimo (-3).

6- Como conseguiu sobreviver até agora? O que aprendeu de si mesma?

Entrevistado: Sobrevivi até agora com o álcool. Aprendi que não vale a pena beber. Não há nada nem ninguém que nos faça perder a vontade de viver e não gostarmos de nós próprias.

7- Dessas dificuldades, o que lhe deu mais força?

Entrevistado: As minhas filhas. Foi na minha segunda filha que encontrei forças, quando a minha filha veio para a faculdade, quando a vi trajada.

8- Quando é que sentiu que a situação melhorou?

Entrevistado: Quando vim para aqui, para esta comunidade.

9- Como é que se sente em relação a essa decisão?

Entrevistado: Muito bem, muito orgulhosa de mim própria.

10- O que aconteceu de diferente quando sentiu que a situação melhorou?

Entrevistado: A minha autoestima levantou. Gosto de me olhar ao espelho.

11- Quais os momentos que lhe deram uma maior capacidade de resistência?

Entrevistado: Quando me senti aqui presa, sem poder ir à rua quando quero. Sem ter o meu telemóvel, o meu dinheiro, o meu cartão de multibanco.

12- O que é que deseja para a sua vida?

Entrevistado: Luz e paz.

13- Onde é que gostaria de estar daqui a cinco anos?

Entrevistado: Na minha casa, com o meu trabalho, com a minha filha mais nova na faculdade e feliz.

14- Quais são os seus sonhos?

Entrevistado: Não são sonhos muito altos. Era arranjar um trabalho a descontar que eu goste, mas mesmo que não goste tenho que fazer. É comprar o meu carrinho, ter a minha casa e ver a minha filha mais velha fazer o que ela gosta, que é o curso concluído e a trabalhar na profissão que escolheu, e a minha outra filha na faculdade. E eu, claro, manter-me sóbria.

14.1- Quer colocar alguma questão?

Entrevistado: Sim, queria fazer um apelo. Na nossa sociedade o álcool não é visto como uma doença, mas é uma doença como outra qualquer como o cancro, o HIV, a diabetes, a hipertensão arterial, e é uma doença que tem de ser muito bem tratada a nível interior e depois o exterior. A nossa sociedade havia de divulgar mais. Estou com muito medo de ir para a rua, de sair da minha bolha porque o rótulo está sempre cá. Estou com muito medo das pessoas da rua, mas tenho que ter a cabeça erguida e usar as ferramentas que aqui aprendi. Fazer a diferença pelo menos uma vez.

Apêndice 3.3: Entrevista nº 3

Parte I

1- Que idade tem?

Entrevistado: 56 anos.

1- Qual a sua data de nascimento?

Entrevistado: [REDACTED] 1963.

2- Onde nasceu?

Entrevistado: [REDACTED]

3- Que ligações tem com o local onde nasceu?

Entrevistado: São boas, é a minha terra natal. Tenho lá o meu pai ainda, o meu irmão. É uma aldeia que eu frequento com regularidade.

4- Onde reside atualmente?

Entrevistado: [REDACTED]

5- Em que altura da sua vida iniciou os consumos de substâncias?

Entrevistado: Desde criança, a partir os dez anos. Bebia vinho branco.

6- Conseguir dizer-me o que se estava a passar na sua vida que a levou ao consumo de substâncias?

Entrevistado: Não, senhora. Apetecia-me e eu bebia. *Assim que tinha uma contrariedade qualquer eu bebia mais ainda.* Isto era inculcado no nosso próprio trabalho. Nós saíamos da escola e íamos trabalhar para a lavoura e já se levava o lanche, o almoço e já era tudo associado com vinho.

7- Qual a sua escolaridade?

Entrevistado: Tenho o sexto ano.

8- Uma vez que não concluiu a escolaridade obrigatória, quais os momentos significativos que o levaram a não concluir?

Entrevistado: Não foi por motivos de saúde, mas sim por motivos financeiros. Nós éramos cinco irmãos e os meus pais não tinham hipóteses.

9- Quem é que lhe preparava o pequeno-almoço?

Entrevistado: Era eu mesma.

10- Como é que ia para a escola?

Entrevistado: A pé.

11- Era longe?

Entrevistado: Um quarto de hora.

12- Como é que voltava para casa?

Entrevistado: A pé.

13- Alguém lhe preparava o lanche?

Entrevistado: Não, senhora. Naquela altura era altura de miséria, comia-se um bocado de broa, um ovo frito, restos de comida, era o que houvesse. Não havia nada, fui criada sem nada. Não tenho memórias de alguém me preparar alguma coisa.

14- O que é que fazia no final da escola?

Entrevistado: Trabalhávamos na lavoura, íamos buscar lenha para fazer a comida à noite.

15- Da sua trajetória de vida, consegue identificar três momentos significativos positivos e três momentos significativos negativos?

Entrevistado: Positivos foi fazer a quarta classe, tinha dez anos; segundo foi fazer a primeira comunhão, tinha doze anos; e o terceiro foi fazer a profissão de fé, tinha catorze anos, e depois ainda tive o crisma. Estes foram os momentos mais marcantes, porque eram momentos que eu desejava. Via os outros a fazerem e também desejava fazer e como era adolescente tudo estava bem naquela altura. Eram momentos de alegria, dias diferentes, sentia-me envolvida no momento de alegria, no momento familiar.

Os negativos foram quando o meu pai batia na minha mãe. A minha mãe bebia também e naquelas alturas a compreensão que havia entre marido e mulher era à porrada. A minha mãe coitadinha nunca fez um tratamento, faleceu com problemas de cirrose. O segundo momento negativo recorda-me quando o meu pai me deu duas palmadas que foram por lhe pedir para ir a um baile, tinha dezassete anos. O último foi quando cheguei a apanhar quando não queria trabalhar. Íamos para a lavoura, eu não queria andar atrás dos animais porque estava muito calor e a minha mãe, ela batia-me. Era em momentos de trabalho, porque ela queria que eu cuidasse dos animais eu não queria. Deixava a Vaca sozinha de volta do poço e ia-me deitar à sombra. Mas com mais frequência foi em tempo de escola, portanto dos nove até aos onze.

As situações de violência tenho-as acompanhado desde criança, desde que nasci até o falecimento da minha mãe, até aos vinte e dois anos.

16- Consegue identificar o pior e o melhor momento da sua infância?

Entrevistado: O melhor foi no dia em que o meu marido me pediu em namoro, tinha dezassete anos. O pior foi ver o meu pai bater à minha mãe e ela esticada no chão. Vivo esses momentos como se estivesse aqui agora consigo. Na minha memória devia ter entre treze e catorze anos. Sempre houve momentos de violência. Lembro-me mais depois de sair da escola, porque comecei a ficar mais por casa.

17- Perante tais situações que relatou, o que é que entende que a ajudou a superar esses momentos da sua vida mais difíceis?

Entrevistado: Sei lá. Eu chorava com pena da minha mãe e depois aquilo passava, ela coitadinha voltava ao normal. Foram os meus filhos, quando a minha mãe faleceu, tinha a minha filha seis meses, foi ela que me consegui trazer ao cimo. Já tinha o meu filho com sete anos e já tinha perdido uma filha antes da minha filha mais nova nascer, ela tinha cinco meses. Nem é bom recordar isso. Eu estava de baixa e em vez de ficar em casa a descansar ia trabalhar das sete da manhã à meia-noite, trabalhava na hotelaria. Tinha falta de globos vermelhos, tinha anemia, ainda nasceu viva. Disseram que se ela tivesse nascido com mais quinze dias ainda escapava, mas não.

18- Como é que descreve a sua vida no momento e que inicia os consumos? Como se sentia?

Entrevistado: Como forma de escape já veio após a minha vinda da Suíça. A minha vida estava boa, mas eu não queria vir para Portugal, vim e estou cá contrariada. O meu marido é que quis vir e eu, claro, acompanhei. Mas ainda hoje nem a minha casa ia, ia direta. O álcool era o meu escape, tinha eu trinta e cinco anos.

19- Como é que lidou, então, com este regresso? Trabalhava? Tinha alguma ocupação?

Entrevistado: Sim. Tinha a minha casinha, comprámos uns prédiozitos, portanto não era por razões financeiras que eu bebia, era pela contrariedade de ter vindo. Quando vim para Portugal não tinha nenhuma ocupação, foi tratar de um idoso, uma coisa que adoro fazer, é o que eu mais gosto de fazer.

Lidava um bocado frustrada porque tinha as duas crianças pequeninas, eles iam para a escola, eu ia para o trabalho, depois comecei a tirar a carta, apareceu-me mais

trabalho e interrompi, porque ia trabalhar mais tempo em vez de a tirar. Depois na retorna do trabalho para casa comprava, porque já bebia nessa altura.

20- Como é que descobriu que era o álcool que lhe dava algum alento nesses momentos?

Entrevistado: Eu pensava vou beber uma pinga e ao menos isto tudo passa, até fico mais aliviada. Mas não, agora vim a compreender que era ao contrário. Eu bebia para esquecer, mas depois revia novamente a mim e via que só tinha feito asneiras. Depois de perceber que tinha feito asneira sentia-me muito revoltada contra mim e, por vezes, a vontade de beber aumentava e eu ia buscar mais.

21- Em quem conseguia confiar nesta situação?

Entrevistado: Não era em ninguém, eu não tinha ninguém. Era o álcool é que era o meu escape e era a minha companhia.

22- Alguém o ajudou?

Entrevistado: Não, senhora.

23- A quem é que recorreu?

Entrevistado: A ninguém. A minha ajuda era porrada do meu marido. Foi muita, tenho várias marcas até no corpo. Ele não entendia que a bebida era uma doença. Agora é que está mais ou menos mentalizado, mas para ele era um vício e não suportava.

24- O que é que pensa de toda esta situação? O que pensa destes acontecimentos?

Entrevistado: São situações muito graves, muito exaustas, sofrimento. Sobretudo para os meus filhos, coitadinhos, sofreram muito. Nos invernos eu com a ressaca estava em casa, o meu marido foi para a Suíça dois anos depois de eu ter vindo, e eles coitadinhos a chover, dentro do carro dos avós e os avós a tratarem das vacas e eu com a ressaca em casa. Nunca perguntei aos meus filhos se se apercebiam, mas quando eu pensar em pedir desculpa, quando me sentir segura de mim, vou-lhes falar desses momentos, se eles têm alguma recordação de, mas penso que não. Eles falaram comigo já depois da adolescência.

II PARTE

- 1- Como pontua o momento significativo positivo que relatou? (1- bom; 2-muito bom; 3-ótimo; 4- memorável; 5-excelente).**

Entrevistado: O primeiro foi excelente (5); o segundo foi muito bom também (2); e o terceiro foi excelente, foi um dia excelente (5).

- 1.1- Quer acrescentar algum momento positivo que considere marcante?**

Entrevistado: Sim, o dia do meu casamento foi uma coisa muito marcante. Classifico como muito bom (2).

- 2- Como pontua o momento significativo negativo que relatou? (-1: mau; -2: muito mau; -3: péssimo; -4: terrível; -5: destruturante).**

Entrevistado: O primeiro momento considero destruturante (-5); O segundo momento classifico como mau (-1); e o outro entendo como eu que não queria trabalhar e ela que tinha razão. Era da minha parte, eu devia trabalhar. Considero como mau (-1).

- 2.1- Quer elencar mais algum momento significativo de vida que caracterize como negativo e que foi marcante na sua vida de alguma forma?**

Entrevistado: Sim, quando o meu filho fez a profissão de fé e eu apanhei uma bebedeira, e as pessoas estiveram todas a almoçar em minha casa e estive deitada. Nunca vou esquecer para o resto da vida. Nunca mais falámos nisso. A família fez tudo e eu na cama, com a bebedeira, não tinha mais que quarenta anos. O que me deixou mais marcas é o meu marido ter-me batido à frente dos filhos e os filhos dizerem não papá, já chega. Separa-te, ele não merece, o meu filho sobretudo queria muito que nos separássemos. Ele não achava correto o pai bater-me como ele batia. Ele começou-me a bater devido ao álcool após a vinda da Suíça, ora estou cá há vinte e um anos, e ele começou-me a bater mesmo forte e feio há uns vinte anos para cá, tinha perto de quarenta. Foram muitos anos a apanhar porrada. Só me lembro de deixar de apanhar há uns dois anos para aí, até aí era muita porrada. Ele batia mesmo muito, mesmo a sério. O marido da minha irmã fez queixa dele e depois deu-me a volta e eu fui ao posto retirar a queixa, se não ele tinha ido dentro. Eles continuam na Suíça e estão sempre a perguntar quando ligam como é que as coisas estão a correr neste momento. Eles entendem isto como uma doença e que eu não sou merecedora de. Às vezes temos momentos de marido e mulher e eu penso assim: foste tão mau para

mim. Se tudo correr bem vou-lhe perguntar, tenho que espremer bem a coisinha a ver o que é que sai.

3- Como conseguiu sobreviver até agora O que é que aprendeu de si mesma de todos os momentos que já viveu?

Entrevistado: Sei que não devia consumir coisa nenhuma. Sabia que podia consumir, mas nunca pensei que ao consumir que chegaria ao ponto que cheguei.

A vergonha, coisa que eu não tinha e agora sinto-me envergonhada perante algumas pessoas, de algumas cenas que fiz. Sinto vergonha pela família dizer olha, estavas bêbeda em tal parte. O que me traz ainda ao cimo é eu saber que as pessoas gostam de mim. Ainda agora quando fui a casa aquela semana as vizinhas disseram-me que estava tão bem, mas se calhar se estivesse mais uns dias não seria pior para mim, porque elas sabiam que eu apanhava muita porrada e muito controle do meu marido. Sentia que não tinha valor nenhum e agora quando as pessoas me dizem que podia ficar mais uns dias é que era melhor para mim, eu dizia que já estava boa. Agora tenho que me meter à prova.

4- Dessas dificuldades, o que lhe deu mais força?

Entrevistado: Era quando estava sóbria. Aí é que me sentia com forças para ser o que sou, porque com o álcool sentia-me em baixo, sem força.

5- Quando é que sentiu que a situação melhorou?

Entrevistado: Após ter deixado de beber. Agora com a vinda para aqui melhor. Esta vinda penso que vai ficar registada na minha vida. A parte da confiança do meu marido. Há uns dez anos que as chaves onde ele tem as bebidas alcoólicas anda sempre com ele e os meus filhos também têm uma cada um. Agora quando fui a casa, deixaram tudo aberto. Aquilo deu-me alegria que você nem imagina, com o que chegou a acontecer de ele levar um colega a casa e dizer que tinha que ir buscar a chave, e eu senti vergonha. Ele ao fazer aquilo enraivecia-me e eu bebia às vezes por motivo de raiva. Eu pensava: tu fechas tudo mas eu vou-te tramar. Parte das vezes já nem era eu. Era a revolta que eu tinha dentro de mim é que me dizia: tens que beber que é para dizer: tu fechas mas eu consigo na mesma. Onde eu consumia ele avisou as pessoas que não me vendessem mais álcool, e foi a partir daí que eu senti vergonha. Eu não me ia deslocar como daqui a Cantanhede para ir comprar um litro de vinho, portanto estava completamente suprimida.

6- O que aconteceu de diferente quando sentiu que a situação melhorou?

Entrevistado: Senti-me outra pessoa, sinto-me com maior força dentro de mim, mais capaz. O facto das pessoas confiarem em mim dá-me muita força.

7- Quais os momentos que lhe deram uma maior capacidade de resistência?

Entrevistado: É uma boa pergunta. Eu penso assim: se isto sem álcool é tão bom porque é que eu vou beber? Se é uma vida tão boa, se há tanta paz em casa sem o álcool, isso levou-me a pensar assim.

8- O que é que deseja para a sua vida?

Entrevistado: Sobretudo saúde e ver os meus filhos bem na vida, que é o que eu mais queria.

9- Onde é que gostaria de estar daqui a cinco anos?

Entrevistado: A morte é uma coisa que nós não podemos prever. Mas eu queria ver os meus filhos arrumados e já com um filho. Gostava de estar com a mesma mente que tenho hoje.

10- Quais são os seus sonhos?

Entrevistado: Poder acompanhar os meus filhos ao altar.

Apêndice 3.4: Entrevista nº 4

Parte I

1- Que idade tem?

Entrevistado: 57 anos.

1.1- Qual a sua data de nascimento?

Entrevistado: ██████████ 1962.

2- Onde nasceu?

Entrevistado: ██████████

3- Onde reside atualmente?

Entrevistado: Em Coimbra.

4- Quando é que chegou a Portugal?

Entrevistado: Em 1984. Vim porque houve a descolonização e nós ainda fomos para a África do Sul, estive lá ainda um ano, estive lá a estudar, só que os meus pais ficaram na fronteira mesmo e depois com a guerra era impossível, que durou vinte anos, não é? Era impossível. De África do Sul viemos para Portugal, a família toda. Eu, os meus pais e meus irmãos, os cinco. Éramos cinco irmãos e agora somos quatro.

5- Em que altura da sua vida iniciou os consumos de substâncias?

Entrevistado: De tabaco e canábis doze anos. Canábis em Angola não é proibido. Mas era consumo e não abuso de substâncias e foi só mesmo durante o ciclo. Na brincadeira, aos vinte e um anos, também socialmente, bebia ao fim-de-semana. Deixei de estudar aos dezoito e ao fim-de-semana ia para a discoteca com os amigos e bebíamos cerveja. Uns anos mais tarde começou a ser mais quantidade. Aos vinte e sete anos deixou de ser consumo para ser abuso.

6- Consegue dizer-me o que se estava a passar na sua vida que a levou ao consumo de substâncias?

Entrevistado: Consegui perceber e pedi ajuda. Até vim aqui para Coimbra, para o Sobral Cid. Nessa altura também já estava divorciada do primeiro casamento, sem habitação para viver e até pedi ao médico para ficar mais tempo que as três semanas. Passei lá o Natal,

depois peguei no carro e meti-me ali até ao local onde residia à procura de trabalho. No jornal consegui uma casa e mudei-me para lá, no dia a seguir consegui trabalho num infantário. Estive lá com um contrato de seis meses e depois tive que pedir ajuda à Assistente Social para ela me propor para um POOC. Depois fui trabalhar para a Câmara [REDACTED], nas limpezas das várias dependências que a Câmara tem. Depois conheci uma pessoa, também alcoólica e aí comecei mesmo a consumir bastante, era whisky que consumia, mas isto já depois dos vinte e sete. Eu já havia aceitado que era alcoólica, mas o álcool é manhoso. Nunca faltei ao trabalho nem nada disso, pelo contrário, cada vez me davam mais responsabilidade. Mas depois ele adoeceu com um problema grave e acabei por ficar sozinha e foi o descambar. O meu pai gostava muito da minha filha mais nova e disse-me para ir para Aveiro porque conseguia lá trabalho para mim. Eu fui e nunca mais foi a mesma coisa. Consegui trabalho em Aveiro, trouxe a minha casa toda para lá. Eu tinha tudo do bom e do melhor, não me faltava nada. Ele tinha uma grande garagem e eu guardei lá tudo da minha casa, para depois alugar uma casita para mim e para os meus filhos. Fui trabalhar para uma fábrica e deixei-me estar em casa dos meus pais, esse companheiro veio comigo e, entretanto, ficou mesmo doente. Ele é de longe foi para casa dos pais, ficou com uma doença muito grave e deixei de saber dele. Foi um descambar mesmo. Entretanto emigrei e estive na Suíça, também sozinha. Estes tempos eram de recaídas. Estive nove meses na Suíça e nunca consumi e aqui em Portugal também não. Passo bastante tempo sem consumir, mas depois tenho recaídas.

7- Qual a sua escolaridade?

Entrevistado: Frequentei o nono, mas depois desisti porque queria ir trabalhar para ter o meu dinheiro. Passados muitos anos fiz nas novas oportunidades o nono ano. O nono ano são as minhas habilitações literárias.

8- Uma vez que não concluiu a escolaridade obrigatória, quais os momentos significativos que o levaram a não concluir?

Entrevistado: Não fui impossibilitada de estudar. Para desgosto dos pais eu é que quis sair.

9- Quem é que lhe preparava o pequeno-almoço?

Entrevistado: A minha mãe, claro.

10- Como é que ia para a escola?

Entrevistado: A pé.

11- Era longe? Entrevistado: A escola era pertinho de casa.

12- Como é que voltava para casa?

Entrevistado: A pé.

13- Alguém lhe preparava o lanche?

Entrevistado: Não, já na altura davam pão com marmelada e leite em canecas, em Angola, na escola.

14- O que é que fazia no final da escola?

Entrevistado: Brincava muito.

15- Da sua trajetória de vida, consegue identificar três momentos significativos positivos e três momentos significativos negativos?

Entrevistado: positivos, a minha infância no geral que foi muito feliz. A minha mãe fazia-me roupinhas para as bonecas e eu brincava. Na quarta classe pedi ao meu pai uma bicicleta e ele deu-me. Tenho muito boas recordações da infância, andar descalça, de brincar muito. Tive uma infância muito feliz e saudável. Mais positivos foram o nascimento dos meus filhos. Mais outro positivo foram os pais maravilhosos que eu tive, deram-me muito amor, de tudo um pouco.

Os negativos como a guerra, a chegada a Portugal e a discriminação relacionado com a vinda de alguém que veio da guerra. Diziam se “não comes?chamo o retornado”, isto quando estavam a dar comer a uma criança. Eu dizia: não sou retornado, o meu pai é que era porque era Alentejano, eu sou refugiado. Já tinha passado por isso no Apartheid, na África do Sul. No colégio onde andei um ano senti o Apartheid por ser de Angola, a terra dos pretos.

16- Consegue-me identificar o pior e o melhor momento da sua infância?

Entrevistado: Foi quando me fui para a casa dos meus avós, que era longe da casa dos meus pais, a minha mãe diz que fui eu que pedi. Tinha lá um miúdo e eu gostava dele e então fui lá fazer a terceira classe. Os meus pais iam-me lá visitar quando podiam e eu chorava muito, fazia um drama, chorava todo o dia. O melhor acho que foi a infância em geral, eu brinquei muito, o ser criança porque tive essa oportunidade, tinha brinquedos muito lindos e de qualidade.

17- Perante tais situações que relatou, o que é que entende que a ajudou a superar esses momentos da sua vida mais difíceis?

Entrevistado: Foi, sem dúvida, ter a minha família, sem atritos, sem guerras e com amor. Mas agora sinto que a família está mais destruturada com a morte dos meus pais.

18- Como é que descreve a sua vida no momento em que inicia os consumos? Como se sentia?

Entrevistado: Foi aqui em Coimbra, ali na Conraria. Éramos um grupo numa formação de dois anos e meio, com pessoas de várias partes do país e, então, juntávamo-nos e começava logo de manhã a beber. Deixava-me levar pelos hábitos do grupo. Eu sentia-me bem, mas a vida antes de eu entrar na formação já não estava assim muito boa não. Já me tinha divorciado, já tinha regressado a casa dos meus pais, então fui procurar uma formação e gostei dessa que era de agricultura geral, com o intuito de trabalhar nessa área. Como era ali em grupo nem dava conta da gravidade. Também não interferia no estudo nem no trabalho.

19- Em quem conseguia confiar nesta situação?

Entrevistado: Não, porque nunca ninguém me perguntou nada. Nunca ninguém me falou nada. Também nessa altura não fazia asneiras, ainda não tinha impacto na situação.

20- O que é que pensa de toda esta situação? O que pensa destes acontecimentos?

Entrevistado: Foi o divórcio, o ter emigrado. Não se é *karma*, mas continuo sempre com as malas feitas. Desde que vim de Angola que andei mais de um ano sem desfazer a mala, porque sempre pensei que ia voltar. Parecia que não pertencia aqui. Quando fui para a Suíça senti-me lá tão bem, aquilo é que era qualidade de vida. Quando cheguei ao aeroporto da Portela fiquei tão chocada. Depois quando fui para o Alentejo para casa da irmã do meu pai, que era a única que ele tinha cá, tinha casa de banho, mas não tinha canalização e nós tomamos banho todos os dias e chegámos no Inverno e tínhamos que ir com aqueles potes de plástico buscar água à fonte, a lareira sempre acesa. Vi um mundo muito pouco desenvolvido, foi um choque muito grande.

II PARTE

- 1- Como pontua o momento significativo positivo que relatou? (1- bom; 2-muito bom; 3-ótimo; 4- memorável; 5-excelente).**

Entrevistado: O primeiro foi excelente (5); o segundo foi excelente também. Há lá coisa melhor (5); e o terceiro também é excelente (5).

- 2- Como pontua o momento significativo negativo que relatou? (-1: mau; -2: muito mau; -3: péssimo; -4: terrível; -5: destruturante).**

Entrevistado: O primeiro momento considero destruturante (-5); O segundo momento classifico como terrível (-4); e o outro entendo como destruturante (-5);

- 2.1- Quer elencar mais algum momento significativo de vida e que foi marcante na sua vida de alguma forma?**

Entrevistado: Sim, um negativo que foi a perda de três pessoas muito importantes da minha vida: a minha mãe, o meu irmão e o meu pai.

- 2.1.1- Como é que classifica esse momento significativo?**

Entrevistado: Como destruturante (-5). Eu fiquei sem chão. Os meus pais ficaram quase sem nada, porque têm outro irmão que vendeu tudo para o consumo da droga. Eu estava num quarto em Aveiro e passava mais tempo com eles que no quarto, e com o meu irmão que lá estava também. Portanto perdi os três e fiquei sozinha.

- 3- Como conseguiu sobreviver até agora? O que aprendeu de si mesma?**

Entrevistado: Tenho feito a minha parte, com força e coragem. Tenho fé, tenho um poder superior que me sustenta todos os dias. Confio a Deus, confio realmente, só confio nele, onde encontro a minha força. Aprendi a ser paciente, a ser mais assertiva, aprendi a amar, que esta vida é uma passagem e que temos de valorizar as mínimas coisas, porque não sabemos o dia de amanhã.

- 4- O que aconteceu de diferente quando sentiu que a situação melhorou?**

Entrevistado: A minha vida melhorou porque só depende mesmo de mim, da minha cabeça e do que tenho aqui dentro, do meu espírito. Fiquei mais serena, mais compreensiva.

- 5- Quais os momentos que lhe deram uma maior capacidade de resistência?**

Entrevistado: São tantos. Sem dúvida que foram das coisas más que me aconteceram, já depois de me tornar alcoólica, divórcio, o desemprego, a instabilidade social. Isto deu-me uma maior capacidade de me levantar.

6- O que é que deseja para a sua vida?

Entrevistado: As oportunidades que eu perdi por causa do álcool nunca mais vou permitir. Nunca digas nunca mas não vou permitir que isso aconteça mais na minha vida.

7- Onde é que gostaria de estar daqui a cinco anos?

Entrevistado: No tal cantinho que eu idealizo, com o essencial, com os filhos, netos e a continuar a ser uma pessoa ativa.

8- Quais são os seus sonhos?

Entrevistado: É mesmo esse local de paz que eu quero para mim. Não sei onde é, mas um sítio sereno, onde não falte o básico e ver os meus netos crescer, nas fases todas porque já perdi algumas.

9- Quer acrescentar alguma informação?

Entrevistado: O pior cenário é a solidão. Tenho medo, muito medo. Eu senti isso na minha mãe quando ela me chamava. Fazia tudo rápido para estar sempre com eles e gostaria que me fizessem o mesmo.

Apêndice 3.5: Entrevista nº 5

Parte I

1- Que idade tem?

Entrevistado: 45 anos.

2- Qual a sua data de nascimento?

Entrevistado: [REDACTED] 1974.

3- Onde nasceu?

Entrevistado: Em casa, em [REDACTED]

4- Que ligações tem com o local onde nasceu?

Entrevistado: Tenho lá os meus pais, vou lá muitas vezes. Tenho lá a minha filha com os meus pais.

5- Onde reside atualmente?

Entrevistado: Na terra onde me casei que também pertence a [REDACTED]

6- Em que altura da sua vida iniciou os consumos de substâncias?

Entrevistado: Tinha o meu filho seis anos. Eu tinha vinte e nove anos.

7- Consegue dizer-me o que se estava a passar na sua vida que a levou ao consumo de substâncias?

Entrevistado: Estava tudo de trás para a frente, tudo baralhado. Posso contar-lhe mesmo? Eu apaixonei-me por um chefe lá da fábrica, tive uma relação extraconjugal e daí para cá comecei a beber. Sentia atração por ele e o meu marido não me ligava nenhuma, só andava em cafés mais os colegas e eu comecei a sentir falta de carinho. Apaixonei-me por ele e depois ele não me ligava nenhuma e bebia para esquecer.

8- Qual a sua escolaridade?

Entrevistado: Tenho o sexto ano.

9- Uma vez que não concluiu a escolaridade obrigatória, quais os momentos significativos que o levaram a não concluir?

Entrevistado: Na casa dos meus pais não havia dinheiro para os estudos e então tive que ir trabalhar aos treze anos.

10- Quem é que lhe preparava o pequeno-almoço?

Entrevistado: Era a minha mãe, mas eu com oito anos já preparava o meu.

11- Como é que ia para a escola?

Entrevistado: Ia bem vestida, com a roupa que os meus padrinhos me davam e a pé.

12- Era longe?

Entrevistado: Cinco quilómetros.

13- Como é que voltava para casa?

Entrevistado: A pé.

14- Alguém lhe preparava o lanche?

Entrevistado: Não, era eu que preparava.

15- O que é que fazia no final da escola?

Entrevistado: Trabalhava nas terras mais os meus pais.

16- Da sua trajetória de vida, consegue identificar três momentos significativos positivos e três momentos significativos negativos?

Entrevistado: positivos: o casamento casei com dezoito anos. O nascimento do meu filho tinha vinte e três anos e o nascimento da segunda filha tinha trinta e quatro anos. Os negativos foi o dia em que comecei a beber pela primeira vez tinha vinte e nove anos, o dia da comunhão do meu filho eu bebi e tinha vinte e nove anos e o terceiro foi a comunhão da minha filha que nem sequer fui à cerimónia, em 2016.

17- Consegue-me identificar o pior e o melhor momento da sua infância?

Entrevistado: Quando tive que começar a trabalhar na fábrica, tinha treze anos. O melhor foi quando nasceu o meu irmão, tinha eu três anos.

18- Perante tais situações que relatou, o que é que entende que a ajudou a superar esses momentos da sua vida mais difíceis?

Entrevistado: É a coragem que eu tinha de conseguir as coisas, de conseguir o dinheiro lá para casa. De conseguir pagar os estudos ao meu irmão, a vontade de trabalhar que eu tinha.

19- Como é que descreve a sua vida no momento e que inicia os consumos? Como se sentia? Trabalhava? Tinha alguma ocupação?

Entrevistado: Na altura trabalhava. Estava em baixo, sentia-me mal, com culpa, triste e com vontade de esquecer tudo.

20- Em quem conseguia confiar nesta situação?

Entrevistado: Não.

21- Quem o ajudou?

Entrevistado: Os meus pais. Já tinha eu trinta e tal anos e internaram-me em Aveiro, a primeira vez.

22- A quem é que recorreu?

Entrevistado: A ninguém. As minhas primas meteram-se e, em 2015, fui para a UAC... estive lá três semanas, mas depois voltei a beber, foi quando eu fui internada aqui.

23- O que é que pensa de toda esta situação? O que pensa destes acontecimentos?

Entrevistado: Os meus sentimentos levaram-me a consumir. Sentia-me traída pelo meu chefe, com quem tive o caso. Sentia-me feia, sentia-me mal. Quando bebia esquecia. Sentia-me mais bonita, mas depois comecei a ficar muito agressiva com o álcool. Penso que foi uma fase má da minha vida em perdi a confiança de todos à minha volta, mas estou a ultrapassar, estou com muita coragem de vencer. Estou com muita coragem de vencer e ir lá para fora, de começar a trabalhar e estou com força e determinação para conseguir.

II PARTE

1- Como pontua o momento significativo positivo que relatou? (1- bom; 2-muito bom; 3-ótimo; 4- memorável; 5-excelente).

Entrevistado: O primeiro como bom (1); o segundo como excelente (5); e o terceiro também foi excelente (5).

2- Como pontua o momento significativo negativo que relatou? (-1: mau; -2: muito mau; -3: péssimo; -4: terrível; -5: destruturante).

Entrevistado: O primeiro momento considero destruturante (-5); O segundo momento é destruturante também (-5); e o outro destruturante ainda mais ainda (-5).

2.1- Quer elencar mais algum momento significativo de vida que caracterize como negativo ou positivo e que foi marcante na sua vida de alguma forma?

Entrevistado: Negativo. Quando me mutilei a mim própria. Foi depois de fazer a primeira desintoxicação, devia ter trinta e três anos. Estava-me a sentir muito mal, faltava-me o álcool, estava com a ressaca, não tinha álcool para beber e comecei a mutilar-me. Também bebi álcool etílico uma vez, tinha trinta e sete anos.

2.1.1- Como é que quer classificar?

Entrevistado: A mutilação como destruturante (-5) e beber álcool etílico como destruturante (-5) porque eu fiquei toda queimada por dentro.

3- Como conseguiu sobreviver até agora? O que aprendeu de si mesma?

Entrevistado: Nunca deixei de trabalhar, o nascimento dos meus filhos, a educação que lhes dei e a vontade de viver. Aprendi que sou uma grande mulher.

4- Dessas dificuldades, o que lhe deu mais força?

Entrevistado: Os meus filhos.

5- Quando é que sentiu que a situação melhorou?

Entrevistado: Depois que eu entrei para aqui, para esta comunidade.

6- O que aconteceu de diferente quando sentiu que a situação melhorou?

Entrevistado: Senti-me bem comigo mesma, como hoje me sinto bem comigo mesma. Porque melhorou tenho a confiança dos meus pais, a confiança do meu irmão que

não tinha, de primos e primas, que tinham deixado de falar e agora já falam comigo e vêm-me ver.

7- Quais os momentos que lhe deram uma maior capacidade de resistência?

Entrevistado: Foi estar aqui. Ir à rua e passar por uma cerveja e não ligar, ir à rua com dinheiro e saber que não vou fazer nenhum disparate, isso tudo me sobe a autoestima. Pensava nos meus filhos que me estava a tratar por eles. A minha filha foi-me retirada, mas eu quero ela de volta para mim.

8- O que é que deseja para a sua vida?

Entrevistado: Ter a minha filha de volta e o meu filho.

9- Onde é que gostaria de estar daqui a cinco anos?

Entrevistado: Na minha casa, com os meus filhos, a passar férias no Algarve.

10- Quais são os seus sonhos?

Entrevistado: Ser feliz.

Apêndice 3.6: Entrevista nº 6

Parte I

1. Que idade tem?

Entrevistado: 53 anos.

2. Qual a sua data de nascimento?

Entrevistado: [REDACTED]/1966.

3. Onde nasceu?

Entrevistado: [REDACTED]

4. Que ligações tem com o local onde nasceu?

Entrevistado: Não tenho muitas.

5. Onde reside atualmente?

Entrevistado: [REDACTED]

6. Em que altura da sua vida iniciou os consumos de substâncias?

Entrevistado: Foi depois do divórcio, tinha 49 anos.

7. Consegue dizer-me o que se estava a passar na sua vida que a levou ao consumo de substâncias?

Entrevistado: Não estava numa relação muito boa. Havia consumo de álcool do lado dele, meus não. Isto já não estava muito bem. Ele ia para fora e eu ficava em casa sozinha mais o menino, desde aí começou a transbordar. Ele não dizia para onde é que ia e aos fins-de-semana não dizia para onde é que ia, eu também comecei a ficar cansada. Depois do divórcio, não foi o divórcio em si, foi a traição. O divórcio é uma coisa que temos dia-a-dia na vida, só que realmente eu não aceitei bem a traição. Senti-me uma pessoa humilhada, uma pessoa que foi calcada, por exemplo. Uma pessoa que deu sempre tudo para dar certo e ele atraçou-me, ele não foi sincero e, desde aí, comecei a consumir. Conseguia detetar que quando consumia esquecia de tudo. Quando consumia sentia-me bem, porque já não me lembrava tanto da traição. Eu gostava muito dele, tentava esquece-lo e não pensar na traição, principalmente na traição.

8. Qual a sua escolaridade?

Entrevistado: Quarta classe.

9. Uma vez que não concluiu a escolaridade obrigatória, quais os momentos significativos que o levaram a não concluir?

Entrevistado: Foi a questão de sermos muitos irmãos. Éramos onze e a minha mãe tirou-me da escola para ir trabalhar. Foi por uma questão económica.

10. Quem é que lhe preparava o pequeno-almoço?

Entrevistado: Ia descalça por vezes. Não era um caderno que eu levava era tipo um quadrado com giz, que era para a gente fazer as coisas. Praticamente só levava isso.

11. Como é que ia para a escola?

Entrevistado: A pé.

12. Era longe?

Entrevistado: Era perto.

13. Como é que voltava para casa?

Entrevistado: Vinha sozinha da escola para casa, vinha a pé.

14. Alguém lhe preparava o lanche?

Entrevistado: Não, não tínhamos.

15. O que é que fazia no final da escola?

Entrevistado: Eu tentava brincar, mas não havia com o quê, só se fosse à macaca, com umas cordinhas.

16. Da sua trajetória de vida, consegue identificar três momentos significativos positivos e três momentos significativos negativos?

Entrevistado: Positivos: o nascimento dos meus filhos tinha 22 anos e 41 anos. O segundo momento positivo foi o meu casamento tinha 22 anos. O terceiro foi, a mim marcava-me muito quando havia festa lá em casa e jantávamos todos. Lembro-me de o meu falecido pai e a minha mãe, de estarmos todos à mesa e a minha mãe começar a tirar a comida para todos e isso marcou-me muito e o meu pai teve que deixar a comida para nós mais novos, tinha 18 anos.

Os negativos foi a morte do meu pai tinha para aí 49 anos. A relação com o meu pai era muito boa, muito, muito boa. Com a minha mãe também, mas com o meu pai era diferente. O meu pai era pai, era amigo, era tudo. O meu pai preenchia-me o coração, a minha mãe também mas o meu pai era uma relação tão boa. A morte do meu avô paterno,

também tinha uma relação muito boa com ele tinha uns 30 anos. O último foi a traição tinha eu 49 anos.

17. Consegue-me identificar o pior e o melhor momento da sua infância?

Entrevistado: Era querer comer e não tinha, tinha 14/15 anos. O melhor era a alegria que a gente tinha uns com os outros, o amor de irmãos que a gente tínhamos. Éramos muitos mas todos unidos, desde os meus 13 anos comecei a notar isso.

18. Perante tais situações que relatou, o que é que entende que a ajudou a superar esses momentos da sua vida mais difíceis?

Entrevistado: Foi o nascimento dos meus meninos.

19. Como é que descreve a sua vida no momento em que inicia os consumos? Como se sentia? Trabalhava? Tinha alguma ocupação?

Entrevistado: A minha vida não era vida, não era viver. Era esconder-me para coisar as mágoas. Quando consumia esquecia tudo por completo e conseguia sobreviver assim, mas isso não era viver, era esconder-me, era uma capa. Quando consumia sentia-me bem. Trabalhava, mas durante o dia não ia trabalhar. Quando consumia não ia trabalhar, faltava ao trabalho.

20. Em quem conseguia confiar nesta situação?

Entrevistado: Em ninguém, não falei com ninguém, a minha família é que se foi começando a aperceber.

21. Quem o ajudou?

Entrevistado: O meu irmão.

22. A quem é que recorreu?

Entrevistado: A ninguém.

23. Que tipo de ajuda lhe foi dada?

Entrevistado: Comida, de abrigo e tratamento.

24. O que é que pensa de toda esta situação? O que pensa destes acontecimentos?

Entrevistado: Acho que não valeu a pena. Acho que perdi tudo o que tinha, principalmente os meus filhos, a confiança deles que não tenho. A minha família também já não consegue acreditar em mim, de confiar em mim.

II PARTE

- 1. Como pontua o momento significativo positivo que relatou? (1- bom; 2-muito bom; 3-ótimo; 4- memorável; 5-excelente).**

Entrevistado: O primeiro como excelente, os dois nascimentos (5); o segundo como memorável (4); e o terceiro também foi excelente (5). O amor de irmãos é bom (1).

- 2. Como pontua o momento significativo negativo que relatou? (-1: mau; -2: muito mau; -3: péssimo; -4: terrível; -5: destruturante).**

Entrevistado: O primeiro momento considero destruturante (-5); O segundo momento é destruturante também (-5); e o outro destruturante também (-5). O querer comer e não ter pontuação como...nem tenho palavras para lhe dizer. Eu ponho o destruturante também (-5).

- 3. Como conseguiu sobreviver até agora? O que aprendeu de si mesma?**

Entrevistado: Sobrevivi com a ajuda dos meus pais, com a ajuda dos meus irmãos. A minha vida teve muitos altos e baixos, agarrei-me muito a Deus, ao trabalho onde trabalhava. Ia buscar as forças não sei a onde, sentia-me perdida, agarrava-me ao amor que os meus pais me tinham dado, o amor do meu ex-companheiro que ao princípio foi bom, o amor dos meus filhos. Agarrar aos mais próximos de mim. Aprendi a ser humilde, saber perdoar, saber lidar com determinadas situações, saber amar os nossos filhos, pais e irmãos.

- 4. Dessas dificuldades, o que lhe deu mais força?**

Entrevistado: Os meus filhos.

- 5. Quando é que sentiu que a situação melhorou?**

Entrevistado: Depois do meu casamento, a nível financeiro.

- 6. O que aconteceu de diferente quando sentiu que a situação melhorou?**

Entrevistado: Depois do divórcio comecei a sentir as coisas diferentes, a não ter cabeça para nada. Não assentava os pés sobre a terra. O casamento já não era muito bom, mas consegui perceber e reconhecer que não estava bem depois do divórcio. A situação melhorou depois de eu fazer um tratamento e depois de eu arranjar este companheiro, melhorou um bocado. Depois começou a piorar depois de ele começar a consumir e eu também. Fiz o tratamento, estava bem para aí um ano, conheci o meu companheiro e, depois, descambou tudo, tanto da parte dele como da minha.

7. Quais os momentos que lhe deram maior capacidade de resiliência?

Entrevistado: Acho que era o meu trabalho. Sentia-me útil, dava-me muita força.

8. O que é que deseja para a sua vida?

Entrevistado: Quero ser feliz.

9. Onde é que gostaria de estar daqui a cinco anos?

Entrevistado: Com os meus filhos.

10. Quais são os seus sonhos?

Entrevistado: Fazer felizes os meus filhos e que a minha mãe sobreviva mais uns anos.

Apêndice 3.7: Entrevista nº 7

Parte I

1. Que idade tem?

Entrevistado: 45 anos.

2. Qual a sua data de nascimento?

Entrevistado: [REDACTED] 1973.

3. Onde nasceu?

Entrevistado: [REDACTED]

4. Que ligações tem com o local onde nasceu?

Entrevistado: Todas, ainda hoje lá vivo. Embora seja perto da minha família que amo, que nunca desistiu de mim e que ainda hoje me apoiam é um local que me traz muita lembrança do que tenho passado com a minha adição e não é fácil, mas tem que ser.

5. Em que altura da sua vida iniciou os consumos de substâncias?

Entrevistado: Logo por voltas dos 16/17 já me sentia uma rapariga diferente ao pé das minhas colegas, mais deprimida, mais pensativa com as coisas e uma necessidade, ainda não se falava em depressões e as pessoas eram vistas como doentes psiquiátricas, doidas e precisavam de ajuda como na medicação e eu era pequena e já tomava antidepressivos ou ansiolíticos. Agora percebo que já era aquela dificuldade de lidar com os sentimentos, uma maior dificuldade em me exprimir, em me fazer ouvir e pronto, tudo começou por aí. O que é certo é que eu e os meus amigos passamos pela fase de beber um copo ou fumar uma ganza que fosse e eles levaram uma vida normal e em frente, e o que é certo é que eu não. Lembro-me de ter um simples encontro com este ou com aquela e ter que beber um copo antes, ou ter que fumar uma ganza antes. Eu, em termos de educação, achava que isto não era bom de todo, mas tentava esconder para que não pensassem mal de mim, mas o que é certo que não achava normal ter que ser assim. Não me apercebi que isto era uma doença e foi andando. Achava mais que era uma dificuldade minha, mas eu tinha que a ultrapassar sozinha e não ultrapassei. É uma doença progressiva. Começou pelos comprimidos, depois tive uma fase com álcool, o álcool e os comprimidos, depois foi com haxixe, depois tive uma fase na altura em que me casei, o meu ex-marido era viciado em heroína. Eu queria muito ajudá-lo, já gostava dele desde miúda e, quando me apercebi que ele tinha este problema, tentei com todas as forças ajuda-lo. O que é certo é que me envolvi tanto naquela

situação que acabei por consumir. Estava muito obcecada por ele e queria muito ajudar e não consegui acabando por me envolver naquela situação. A droga não tinha muito que ver comigo, essa droga. Consegui desintoxicar, me libertar, mas o que é certo é que o problema continuou. Voltei outra vez à medicação, tinha muitas dores nos ossos e hoje ainda tenho pior, porque o consumo fez-me pior. Não sei bem que dores eram hoje em dia, mas tentei anestesia-la viciando-me em Tramadol. Foi nessa altura que comecei a ser seguida na equipa de tratamento. Consegui superar, mas de uma forma ou de outra estava sempre viciada em alguma coisa. Entretanto nasceu o meu filho, nessa altura estava muito bem, nem cigarro fumada, tive uma gravidez maravilhosa. Adorei ser mãe e fiquei muito bem. Só que entretanto comecei a ter problemas com o meu casamento. O meu ex-marido deixou a heroína, mas substituiu pelo álcool e comecei a ter maus-tratos, primeiro psicológicos e depois físicos. Eu não consegui lidar com isso, não consegui pedir ajuda e comecei outra vez a tomar medicação. Eu já sabia que tomando o comprimido já sabia quantas horas eu ia dormir. Usava um bocado o sono para passar o tempo, a ansiedade qualquer coisa que fosse acontecer e tomava medicação para passar o tempo e conseguir gerir tudo aquilo que sentia, a angústia, aquele vazio que eu tentava com tudo e não conseguia. Na altura que me separei antes disso eu trabalhava há vinte e um anos numa instituição com o meu ex-marido e ele assinou uma carta de despedimento, ele era técnico contas e eu rececionista e, na altura, a direção fez-me muito mal. Andaram a fazer uma guerra psicológica comigo em que não me podiam despedir, mas obrigaram-me a despedir. A separar-me, criar o meu filho sozinha, o meu problema já e enveredei pelo pior caminho, ao qual sempre fui frágil. Foi nessa altura que encontrei a droga com que me identifiquei mais infelizmente, a ilusão de que me fazia sentir bem, foi o crack. Graças ao crack ainda aguentei anos a trabalhar naquela casa, dava-me forças inicialmente na fase cor-de-rosa, em que a gente aguenta trabalhar e só consumia tipo ao final do mês, depois começou a ser ao fim-de-semana que ajudava a limpar a casa e ter as coisas todas em dia, entretanto quando saía do trabalho lá ia eu comprar uma pedra, ainda conseguia jantar e estar com a família e depois é que ia fumar a pedra, depois não desgovernei completamente a minha vida. Deixei de fazer tudo, a por baixas consecutivas, deixei de pagar as minhas contas, algumas dei a saber à minha família e ajudaram-me, outras tive vergonha não, ainda hoje estou a passar por esse problema. Manipulei, deixei-me manipular, usei, usaram-me, deixei querer saber de mim. Não era filha, não era mãe, nada. Vivía só para aquilo e em pouco tempo comecei a vender as minhas coisas. Saía de casa com 50 euros, gastava o dinheiro e começava a olhar para o saco e olha vai o relógio agora, depois o fio de outro, a carteira, cheguei a ficar sem carteira,

sem nada. Perdi os meus documentos porque andava com eles no bolso e vender tudo. Em pouco tempo acabei na rua a prostituir-me, não comia, não bebia, não tomava banho, não nada, não ouvia ninguém. Apanhava o táxi com os últimos dez euros que tinha no bolso, sempre com uma pedra comigo, porque de outra forma não ia para casa. Chegava a casa tentava comer qualquer coisa, fumava a pedra e voltava para Coimbra a pé. Não conseguia parar era até à exaustão, aguentava três dias assim, sem parar quilómetros a pé sem parar. Perdi os dentes, tinha muita vergonha de mim. Foi quando fiz o meu primeiro tratamento, queria morrer, aliás eu já me andava a tentar matar esse tempo todo. Foi aí que tive conhecimento da doença e o que podia fazer para evitar os consumos. Ainda me aguentei dois anos e meio, mas a vida as recaídas acontecem e não tive capacidade para dizer não, mas tive capacidade para aceitar a ajuda das pessoas e cá estou em tratamento. Sentia-me incompreendida quando comecei, uma tristeza muito grande. Houve uma relação entres eles, onde começo à procura de algo. Tive muitas perdas/mortes perdi pessoas muito importantes.

6. Qual a sua escolaridade?

Entrevistado: 12º ano.

7. Quem é que lhe preparava o pequeno-almoço?

Entrevistado: A minha mãe.

8. Como é que ia para a escola?

Entrevistado: Com os meus amigos e vizinhos. Íamos a pé.

9. Era longe?

Entrevistado: Não era longe, porque até me dava tempo para eu fugir da escola porque não me queria separar da minha mãe.

10. Como é que voltava para casa?

Entrevistado: A pé.

11. Alguém lhe preparava o lanche?

Entrevistado: A minha mãe tinha o cuidado de ter tudo o que era necessário, mas ainda assim era eu que tinha que ter essa responsabilidade e acho muito bem. Graças a isso posso der independente nesse aspeto.

12. O que é que fazia no final da escola?

Entrevistado: Brincava, mas também comecei a trabalhar muito cedo, a minha mãe responsabilizou-me muito cedo. Brinquei muito pouco.

13. Da sua trajetória de vida, consegue identificar três momentos significativos positivos e três momentos significativos negativos?

Entrevistado: Positivos: Conhecer o meu ex-marido, a paixão. O nascimento do meu filho, esse é o melhor e o melhor que todos estes é eu aceitar que tenho um problema e que tenho que me tratar e que não consigo sozinha.

Os negativos é a relação com a minha mãe. Nunca falávamos de sentimentos, não me lembro de ela me perguntar como me sinto, mas mais de entrar no meu quarto e eu estar a chorar e ela me querer bater perguntando o que é que eu tinha feito para estar assim. Marcou-me muito e nesses momentos sentia-me indesejada. Via a relação das minhas amigas com as mães e a minha não era assim. Como é que aquela pessoa que eu tanto amava me podia tratar daquela forma, não desvalorizar tanto, insensível. Outro foi a morte da minha prima Rosa que foi a minha segunda mãe. Era como se tudo o que eu tinha da perspectiva de uma criança que vai ter alegria, como se tivesse acabado ali tudo. Eu adorava dançar e ela ia-me oferecer os sapatos de ballet nesse verão. Ela ensinou-me tudo o que sou. Ela ia-me compreender, era a mãe e perdi a ele e à filha dela, tinha eu onze anos, as perdas a que me referi. Foi aqui que começou, não me lembro de mais momentos infelizes. Só quando me apaixonei pelo meu ex-marido era uma obsessão, era minha droga e tudo indicava que ia ter problemas com aquela pessoa. Outro foi a minha separação. Foi o meu primeiro namorado, o pai do meu filho com quem casei e com quem estive quinze anos da minha vida.

14. Consegue-me identificar o pior e o melhor momento da sua infância?

Entrevistado: A violação da parte do meu avô paterno tinha uns nove anos. Guardei comigo bem escondido lá numa gaveta, porque achei que fui eu que tive culpa porque ele já era uma pessoa com 87 anos e não sabia o que fazia, na minha cabeça de criança e tive muito medo. Nunca disse aos meus pais. Só falei sobre isto no meu primeiro tratamento, começaram aqui os problemas. O melhor foi andar no rancho, conviver com outras pessoas, as amizades. O que eu não consegui com a minha mãe consegui com pessoas amigas que tenho até hoje.

15. Perante tais situações que relatou, o que é que entende que a ajudou a superar esses momentos da sua vida mais difíceis?

Entrevistado: A família e, por outro lado, apesar de tudo eu tenho consciência de quem sou, gosto de mim. O meu filho também me deu força.

16. Como é que descreve a sua vida no momento e que inicia os consumos?

Como se sentia? Trabalhava? Tinha alguma ocupação?

Entrevistado: Eu ia à matine, adorava ir e comecei a aperceber que para dançar e falar com pessoas sem ter vergonha tinha que estar sob o efeito de qualquer coisa tinha uns catorze/quinze. Por brincadeira já pegava numa mini e não era porque gostasse, era pelo que me fazia sentir. Sentia-me desinibida. Estava a estudar e ajudava os meus pais.

17. Em quem conseguia confiar nesta situação?

Entrevistado: Não. Desvalorizei muito, não queria ver porque era mais um problema que eu tinha de resolver sozinha. Aos dezanove consegui confiar nos meus pais, na altura era canábis e heroína.

18. Quem o ajudou?

Entrevistado: A minha mãe na altura sem o meu pai saber. Deu-me muitas vezes dinheiro para eu ir comprar e não passar mal.

19. Que tipo de ajuda lhe foi dada?

Entrevistado: Toda: comida, medicação. A minha mãe levou-me ao médico.

20. O que é que pensa de toda esta situação? O que pensa destes acontecimentos?

Entrevistado: Penso que tenho que olhar para tudo isto e não me martirizar com o que aconteceu e olhar mais para a aprendizagem que tive e que daqui em frente é diferente. Apesar de todas as perdas, acredito que ainda posso recuperar. Sei que não posso tocar em drogas, em álcool porque vai ser sempre tudo na mesma e tenho que fazer diferente e estou a tempo de fazer uma vida boa se eu quiser, ser mãe, filha e amiga.

II PARTE

11. Como pontua o momento significativo positivo que relatou? (1- bom; 2-muito bom; 3-ótimo; 4- memorável; 5-excelente).

Entrevistado: O primeiro na altura foi bom, mas agora não tinha 13 anos na altura da paixão. Na altura foi bom (1); o segundo como excelente tinha 22 anos (5); e o terceiro também foi excelente (5) tinha 44 anos. Outro momento positivo é ter a família que tenho. Identifico como excelente (5), porque não há nada melhor. A família é a base da vida. Percebi que o suporte estava lá quando voltei a recair tinha 45 anos. Foi muito mau. Se eu não me desculpava os outros também não o fariam, não merecia que me ajudassem e estavam lá, continuavam lá. Ainda acrescento a possibilidade de me poder tratar novamente pontuo como excelente (5) e aconteceu na atualidade.

12. Como pontua o momento significativo negativo que relatou? (-1: mau; -2: muito mau; -3: péssimo; -4: terrível; -5: destruturante).

Entrevistado: O primeiro momento considero péssimo (-3) tinha sete/oito anos; O segundo momento é destruturante (-5); e o outro destruturante também (-5) tinha trinta e quatro anos. Outro foi o dia em que consumi pela primeira vez o crack. Como é que poderia gostar daquilo? Como é que eu estava para gostar de uma coisa daquelas? Ninguém gosta de se sentir assim tinha 34 anos, coincidiu com o divórcio. Queria-me destruir, a vida não valia a pena. Tinha uma série de perdas que acho que não havia mais nada a perder, nem o meu filho me faria parar. Pontuo como destruturante (-5).

13. Como conseguiu sobreviver até agora? O que aprendeu de si mesma? O que lhe deu mais força?

Entrevistado: Na hora em que encontro pessoas com o mesmo problema que eu, pessoas que me entendem isso é logo o primeiro passo juntamente com o eu aceitar. Encontrei uma identidade já não era mais uma pessoa sozinha.

14. Quando é que sentiu que a situação melhorou?

Entrevistado: Ao aceitar que tenho um problema ele tem resolução é só eu querer.

15. Quais os momentos que lhe deram maior capacidade de resiliência?

Entrevistado: Quando o meu filho me diz que lhe faço falta, que sou importante, quando a minha mãe é capaz de me dizer que gosta de mim, me chama de filha aí eu volto a sentir-me com força para lidar contra tudo.

16. O que é que deseja para a sua vida?

Entrevistado: Desejo muito a minha recuperação, desejo muito prestar apoio aos que amo, tal com eles me dão a toda a hora e um trabalho que me faça sentir feliz.

17. Onde é que gostaria de estar daqui a cinco anos?

Entrevistado: A ajudar outras pessoas com o meu problema.

18. Quais são os seus sonhos?

Entrevistado: Ser amada.

Apêndice 3.8: Entrevista nº 8

Parte I

1- Que idade tem?

Entrevistado: 54 anos.

2- Qual a sua data de nascimento?

Entrevistado: [REDACTED]/1964

3- Onde nasceu?

Entrevistado: [REDACTED]

4- Que ligações tem com o local onde nasceu?

Entrevistado: Tenho lá a minha família toda. Pertence tudo a [REDACTED]

5- Em que altura da sua vida iniciou os consumos de substâncias?

Entrevistado: Eu de nova, mesmo de garota, sempre bebi. Mas bebia pouquinho.

5.1- Consegue prezar a idade em que começou a beber?

Entrevistado: Alguns 15 ou 16 anos.

5.2 – Em que contexto é que bebia?

Entrevistado: Bebia pouquinho e às vezes nem o provava. Toda a gente bebia e eu às vezes quando estava a comer com a minha mãe e o meu pai bebia um bocadinho. Mas não me embebedava como agora. Quando consumia menos, a minha vida andava bem. Depois a minha vida começou a piorar, depois de que me casei. O casamento foi o momento marcante, aos 22 anos, que me levou a beber. Mas não bebia assim... Pronto... Também saí de uma casa do meu pai que era uma casa que tinha tudo, tinha tudo. E fui para uma casa que não tinha nada, sem luz, toda rota as tábuas e eu comecei ... comecei a não bater bem da cabeça logo. Tinha meses que não tinha dinheiro para pão e depois logo nasceu a minha filha e passei bocados... algumas dificuldades, naquela altura. E eu só trabalhava no campo, e às vezes deixava a menina com algumas pessoas para ir fazer alguma coisa. Mas logo começou desde o principio aí. Só que eu não me alcoolizava mas já não andava bem como andava quando estava solteira. Mas também o meu marido quando chegava do trabalho, metia-se nas tabernas e nunca ia comer a horas e eu estava lá com a menina. Alumiávamo-nos com a candeia a petróleo e estive assim sete anos sem luz... e eu depois começava-me a zangar e bebia mais também. E depois andei assim, aguentei, aguentei mas não me embebedava assim. Mas depois passado sete anos, tive o meu filho, andava grávida

e já consumia mais. O meu homem era desconfiado e não me podia ver a falar para ninguém... e ele não me podia ver a falar com ninguém. E depois ele deixou-se dizer que o garoto “quem sabe lá se o garoto é meu... falas para toda a gente”. Andou sempre assim desconfiado e eu mandei-lhe fazer o teste e ele não quis. Dizia que a filha dele era a primeira porque eu já a levava na barriga quando casei e ele deitava-me isso à cara “Aquela é minha, mas este quem sabe de quem será... tu dás conversa a toda a gente”. E eu mais me arreliaava, mais bebia. Isto foi sempre assim, sempre. Tinha uns 38 anos, depois a minha filha já era forte Que ele só nasceu a cabo de sete anos é que atura o menino porque eu já não sabia o que fazia e a minha filha tomava conta.

Depois a minha filha andava na escola, já andava na 4ª classe, e houve lá uma professora que me mandou lá chamar. Eu já não andava boa, pronto...e ela mandou-me lá chamar e perguntou-me... também assim da situação em que vivia e eu contei-lhe tudo. Depois a senhora professora disse “olhe ó dona [REDACTED], eu sei já o que se passa e eu tenho visto na sua filha que ela anda triste e que não encontro bem à sua menina. Eu vou-lhe indicar uma pessoa na Guarda, dos Alcoólicos, que se chama [REDACTED] e vou-lhe marcar lá uma consulta para o tal senhor da Guarda e a senhora tem de ir fazer o tratamento. Já naquela altura... Mas eu como não sabia nada disso... Depois ela até me disse que ia marcar a consulta e se fosse preciso ia comigo e se não tivesse camisas de dormir ou coisa e tudo, eu levo-lhe. E eu respondi-lhe que não era necessário, que roupa eu tinha.

Depois então a senhora professora falou com o tal senhor, ele veio ter comigo e levou-me á consulta a Coimbra, logo nessa altura. Levou-me a Coimbra à consulta, mas com o meu sempre a refilar que eu era uma bêbada, que era isto e era aquilo! Sempre na boa dele... E depois, pronto, fui lá a primeira consulta, fui lá a segunda e depois a doutora [REDACTED] disse “você quer ser internada?” e eu logo disse olhe... logo disse que sim. Porque eu tava pior, quanto mais bebia, mais eu queria beber. Fiz o tratamento lá de três semanas e depois fui para casa e estive doze anos sem beber.

Depois estive lá a ser acompanhada durante três anos, após aquele tratamento. Umás vezes vinha de comboio, outras vezes vinhas com o meu homem. Só que o meu homem nunca quis e sempre me andava a atacar. Fiz este tratamento e depois andei doze anos sem beber ou mais, e andava bem. Só que depois... também a vida era muita e o meu pai caiu de cama... foi operado ao coração aqui em Coimbra e eu é que andava sempre com ele, de noite passava as noites de carro a ir lá cima vê-lo. Depois deu-lhe o primeiro AVC e depois outro e pôs-lho numa cadeira de rodas. Depois metemo-lo num lar mas era eu sempre que andava com ele e eu naquela altura andei bem aqueles anos todos mas depois

com tanto problema...era aturar o meu pai, fazer a minha vida e depois estava sozinha... e comecei-me outra vez, recaí outra vez. Pronto. Tornei a recair. Tornei a recair, porque quando lá estava o meu filho não era tanto, mas depois o meu filho saiu e foi para ao pé da minha filha e eu fiquei sozinha em casa e tornei a recair outra vez. Recaía e o meu mal era que não comia, sabe? Só bebia. Depois tornei a recair, depois andei com a segurança social lá de Pinhel, ia lá todas as quartas-feiras e eu fui ali à doutora e ela deu-me medicação para não beber. Só que eu enervava-me muito, às vezes tinha semanas que não o provava, às vezes tinha semanas que era só beber.

Pronto. Ia pelo menos lá às doutoras, pelo menos uma vez por semana e as doutoras diziam-me para tomar a medicação direita... mas eu tinha dias que tomava, tinha outros dias que não tomava. Pronto, bebia. E depois, agora quando foi da última vez esbarrei o carro e já vinha com álcool, tinha-o comprado de manhã. E já vinha com álcool e esbarrei-me e eu trazia lá vinho no carro. Comecei-me a enervar e comecei a beber mais e depois desmaiei... chamaram o INEM e com o INEM vieram logo os guardas e depois levaram-me para a guarda... Bem que me queriam tirar do carro, mas eu não sabia do carro... rebentei o pneu da frente, porque bati no passeio mas vinha sozinha. Pois soprei ao balão, mas eu não soprava, fui levada para o hospital a tirar sangue. E tive lá a escrever e eles tiveram lá a fazer-me umas perguntas quando os guardas me vieram trazer a casa e depois mandaram me uma carta para estar tal dia no tribunal. E eu mais pensativa estava... eu não dormia, não comia, só era beber, beber, beber. Por via disso, do carro.

Depois o carro foi para a oficina, paguei quase 400 euros de compostura, depois fui atão ao tribunal com a Dr^a [REDACTED] e estivemos lá a conversar. A Dr^a informou que eu vinha fazer o tratamento e tudo e ele disse-me assim “a senhora tem de passar a tribunal porque tinha 2, não sei quanto... diz que era crime”. Logo me disse que tinha de passar a tribunal, depois eu como não...tinha de arranjar um advogado e tudo, mas eu não tinha posses para ter um advogado e arranjaram-me então um pela segurança social, também. Mas desde que esbarrei o carro...acho que até foi um dia que andei a ganhar o dia e à noite vinha para casa, só que já tinha trazido o vinho no carro e desde esse dia comecei a beber mais, a beber mais até que fui ali internada. Fui ali internada e disseram “olhe não é melhor ir meio ano para uma casa para estar mais tempo?”

E eu primeiro ainda disse que não... que não queria ir, que só queria estar ali os três meses. Mas a minha filha ateimou “ó mãe tens de ir que as outras também para lá vão, assim descansas e descansas a cabeça que tu não andas boa, tu não andas boa da cabeça”.

Porque eu esquecia-me muito, não sei se também era do álcool ou dos nervos que apanhava... era tudo. Depois a minha filha disse “ou vais ou eu desligo de ti que eu já ando cheia cheia” ... ela tinha meses e meses ter de sair da casa dela de propósito para me vir buscar porque eu não comia... pronto, não fazia comer, nada. Era só o que lá tinha, e às vezes quando ia com o carro já ia meio zozna... e ainda o que valeu que esbarrei o carro mas não atrolei ninguém, ainda foi o que me valeu.

Depois fui então fazer o tratamento e assinei em vir para aqui, pronto. Também quis vir e agora vamos lá ver... mas agora já me sinto bem. E também quando estive lá, além 3 semanas e eu logo no fim de semana e na segunda semana já andava boa, até me diziam “você nem parece que bebe álcool, já está aqui uma mulher despachada, já isto e aquilo”.

O problema era que chegava a casa e não me dava para comer, depois olhava para a mesa... sentia-me sozinha e depois o meu homem, se às vezes me dissesse “olha não bebas que bem para isto ou bem para aquilo” ... mas ele às vezes saía de casa e dizia... “a minha mulher já está bêbada como o carambo” ... contava tudo a toda a gente, mas sempre foi assim. E, pronto, sei lá, eram coisas, andava-me sempre atacar... se andava a aturar o meu pai, era porque andava a aturar o meu pai, andava sempre aturá-lo porque eu tinha de ir lá todos os dias para o mudarmos e pô-lo na cadeira de rodas, andamos assim 13 anos. Naquela altura bebia, mas não bebia tanto. Depois que o meu pai morreu é que foi pior... sentia-me sozinha. ... e agora a minha filha diz-me “se queres ir para ao pé do pai vais..., mas senão vens para ao pé do mano e lavas-lhe a roupa e estás com ele... Sozinha é que não voltas para lá...”. Pois, tenho que pensar no que é melhor. Depois, vim ter aqui porque as doutoras me aconselharam, porque tinham medo que voltasse a recair. Tive muito tempo sem beber e andava bem, só que depois... sei lá o que é que foi.

6- Qual a sua escolaridade?

Entrevistado: 6º ano

6.1- O que a levou a não concluir a escolaridade?

Entrevistado: não havia dinheiro. Os meus pais estavam a trabalhar no estrangeiro, mas nós fomos criadas com uma avó. Sou eu e outra irmã, mas a outra irmã está na França.

7- Quem é que lhe preparava o pequeno-almoço?

Entrevistado: Era eu. Outras vezes era a minha mãe.

8- Como é que ia para a escola?

Entrevistado: a pé.

9- Era longe?

Entrevistado: Não, era pertinho.

10- Como é que voltava para casa?

Entrevistado: a pé. A escola não era como agora... levava muita porrada... estava lá uma professora...

11- Alguém lhe preparava o lanche?

Entrevistado: comíamos o que havia... não era como agora. Era assim.

12- O que é que fazia no final da escola?

Entrevistado: Em casa do meu avô, estivemos lá até à 4ª classe e o que fazíamos era trabalhar. O meu avô tinha gado e a minha avó fazia queijo para vender e ele dava-nos logo que fazer “quando chegarem da escolha, enchei-me o canto da lenha... porque senão tiver cheio à noite levais porrada”. E eu mais a minha irmã tínhamos de trabalhar, outras vezes íamos à fonte e arranjar agua para a noite e fazer tudo. E os dias que não fazíamos isso, o meu avô batia-nos, pronto. Não era como agora.

13- Da sua trajetória de vida, consegue identificar três momentos significativos positivos e três momentos significativos negativos?

Entrevistado: Positivos? Num foram muitos que me marcaram.

- 1- Nascimento dos meus filhos, aos meus 22 anos e aos 29 anos, foram a melhor coisa que tive.
- 2- Nascimento das netas, tinha 49 e 50 anos, são a coisa que eu mais adoro.
- 3- Batizado das minhas netas, 54 anos, também foi muito bonito. Foi este ano, foi na páscoa.

Negativos

- 1- Violência Doméstica física, aos 46 anos.

A primeira vez marcou-me, foi o meu marido porque a minha filha andava lá a namorar um rapazito, antes de ter o homem, passamos uma ravina tão grande, tão grande que tanto levava eu como ela. Porque ele não queria que ela namorasse com aquele rapaz, tanto era como a outra... já para não dizer outro nome que tinha em casa. Uma vez pegou num cinto

e marcou tanta vez a minha filha nas costas que andou mais de um ano sem vestir manda curta para não lhe verem as nódoas negras.

2- Violência Mútua física e verbal 43 anos

A segunda vez, eu também o ataquei a ele... ataquei-o muito. Porque ele estava à entrada da porta e a minha filha tinha saído com os meus sobrinhos e com o tal namorado que namorava, ataquei-o de nomes e perguntei-lhe se estava a espreitar algum coelho... ataquei-o de nomes... agarrei-lhe na camisa, eu tinha força, eu quando não bebia tinha muita força... levei-o de azorro pela escadaria a cima, deitei-o na cama e ele voltou-se a levantar. Eu dei-lhe um empurrão que ele bateu com a cabeça na parede e eu disse-lhe “estás a espreitar a garota? Pensas que lhe bates mais ou quê?” ... Ele depois agarrou, sentiu-se magoado, levantou-se então e deu-me quantas quis... partiu-me um banco na cabeça, a mim deu-me aqui na cabeça e à minha filha não lhe bateu porque eu lhe disse “ou deitas-te ou já saímos embora as duas para fora” porque isto foi pelos ditos. Ele deixava-se levar pelo que os outros lhe diziam e acreditava em tudo... porque naquele dia meteu-se lá numa casa... sabe o rapaz era pobre, mas era electricista e eu até gostava do rapaz e houve umas pessoas lá vizinhas que lhe disseram “ó eu dar uma filha a um despenado porque ele só lá tem a casa... e fuma muito”. Depois ele já vinha cheio de vinho e quem as pagava eramos nós. Ele bebe bastante ao fim de semana e não bebe durante a semana porque tem medo que o agarrem. E aqui quando vinha às vezes, eu é que andava com o carro, ele nunca anda no carro. Mas ele bebe bastante e da outra vez que estive internada a doutora deu-lhe também a ele medicação para deixar de beber e ele não quis.

3- Desconfiança 21 anos

Ele era desconfiado, eu não podia falar com ninguém desde o tempo de namoro. Ele marcou-me tantas vezes... mas eu também não me calava sabe? Ele falava... Eu mandava-o calar e ele não se calava... eu tinha razão e eu muitas vezes não me calava... também não me calava. E ele agora já mudou muito. Ainda bebe, mas já mudou muito. E também pronto, ele nunca se deu com o meu pai e agora também com a minha mãe se dá pouco. O meu pai não queria que eu casasse com ele e ele tomou-lhe aquela raiva e eles nunca se quiseram bem.

Desde o namoro que ele desconfia. Mas eu namorava outro rapaz e se não fosse este que eu tenho agora, ainda estava casada com ele porque ele já lá entrava em casa dos meus pais e tudo. Mas um dia apareceu lá o que eu tenho agora e eu deixei o outro para ficar com este. E eles ainda se bateram num baile e tudo, andava a dançar com o que tenho agora e o

outro chegou lá e desagarrrou e disse-me “tu só gostas dos cães de fora, não gostas dos cães da terra” e assim se zangaram logo um com o outro. E pronto, não sei se é o destino ou que é, mas andava a namorar com um e assim de repente fui para este e deixei o outro. Mas agora já não há remédio... as coisas já estavam feitas, feitas ficaram.

Era o amor da minha vida o outro rapaz, andei 4 anos a namorar com ele e já lá entrava em casa... e eu deixei-o e fui com este... só que depois arrependi-me porque o outro sabia melhor falar e tinha mais educação e este não, este não se cala também a ninguém.

Não casei por amor ... casei, pronto. E depois das coisas que ele fazia ao meu pai e das coisas que me disse...e quando íamos passar o natal a casa da minha filha, depois que ela já lá está há 11 anos, todos os anos íamos lá passar o natal à minha filha e o meu pai já estava naquela situação... o pai também ia sempre porque ele gostava muito daquelas bisnetas, só era as únicas que tinha... então o meu pai ia sempre mais a minha mãe, mas ele tinha de sair da cadeira e eu estava lá e ajudava. E ele por duas ou três vezes, no natal, que lá me tratou mal, mas foi atrás dos outros... porque ele chegava a noite deitava-se e nós ainda ficávamos lá, um bocado.

E ele dizia-me assim “então não vens deitar-te?” e eu respondia-lhe que enquanto o meu pai não fosse, eu não podia ir.... E ele dizia-me “lá estás tu com o teu pai, queres mais bem ao teu pai do que me queres a mim” e eu dizia-lhe que até era verdade porque o meu pai era do meu sangue... eu levava o meu pai à casa de banho com a minha mãe e ele atirava-me isso á cara “tu não te envergonhas de ires com o teu pai á casa de banho e fazeres-lhe isto e aquilo...”. E eu dizia-lhe que não tinha vergonha, porque era meu pai e fazia a qualquer pessoa. Houve uma noite de natal, em que eu me ia deitar na cama com ele e ele já estava alcoolizado e disse-me “vai te deitar com o teu pai... vai-lhe tirar aquilo de fora para fazer xixi” ... era as coisas que me dizia assim bem claro. E eu agarrei e não dormi com ele. Ao outro dia, não falou a ninguém. Estava sempre contra mim.

14- Consegue-me identificar o pior e o melhor momento da sua infância?

Entrevistado: Pior: Era trabalhar, casa e comer. Melhor: Tínhamos brincadeiras, íamos aos bailes umas com as outras, mas ao por do sol era casa, logo, senão os pais carregavam-nos logo.

15- Perante tais situações que relatou, o que é que entende que a ajudou a superar esses momentos da sua vida mais difíceis?

Entrevistado: Quando a minha filha me telefonava e a minha filha começava a chorar por mim. Naquela hora dava-me força, mas depois voltava ao mesmo, era só naquela hora. Ela dava-me muitas forças. Mas parecia que era só naquela hora. Mas era ela e o irmão que me davam forças.

16- Como é que descreve a sua vida no momento e que inicia os consumos? Como se sentia? Trabalhava? Tinha alguma ocupação?

Entrevistado: A minha vida era triste... não me lavava, não fazia a minha vida do campo, não tinha forças. A cabeça não dormia, ao outro dia só vomitava e quando estava mais carregada já não saía de casa e trancava-me dentro de casa aos dois e três dias, sem comer e quanto vinho lá tinha em casa, quanto bebia. Sentia-me triste e alcoolizada de tudo... eu chegava-me a deixar cair na cozinha e esmurrava-me... temos uma escadaria para o primeiro piso e eu ia de azorro para cima, com a borracheira... outras vezes caí de uns balcões, que dá acesso á quinta onde tenho o carro, e rachei a cabeça. Deitei muito sangue e ainda tenho a marca. Depois nesse dia, calhou ligar a minha filha, e eu estava a chorar. Ela perguntou-me o que eu tinha e contei-lhe e ela mandou lá uma amiga dela. A amiga dela, fez-me os curativos.

Às seis da manhã estava lá a minha filha para me ir buscar para ir para casa dela... passava lá muitos dias, principalmente quando me alcoolizava. Mas depois eles fechavam-me as bebidas alcoólicas e eu mesmo assim conseguia beber. Aquilo é uma cerca muito grande à volta da casa, e o portão só abre com o comando, mas eu saltava o portão para ir beber. Mas a minha filha notava logo.

A últimas vezes, já não me confiava as filhas... e o meu genro dizia-me que gostava muito de mim, mas não me entregava as filhas porque eu tanto estava bem como á noite já estava alcoolizada... e depois eu muito chorava porque não me entregavam as minhas netas. E depois, toca a beber.

Eu trabalhava no campo, eu tinha força. Mas se me embebedasse hoje, amanhã já não conseguia trabalhar. Quando não bebia, trabalhava muito.

17- Em quem conseguia confiar nesta situação?

Entrevistado: Eu já não confiava em ninguém. Eu quem havia de confiar? Eu já andava de todo. Já não falava para ninguém, fechava-me em casa... não tinha nada.

18- Quem o ajudou?

Entrevistado: Doutoras de Pinhel, a minha filha principalmente e as Doutoras de Coimbra. Pedia também ajuda a uma vizinha quando eu não conseguia entrar em casa.

19- Que tipo de ajuda lhe foi dada?

Entrevistado: o internamento e o encorajamento que lhe foi dado por todos.

20- O que é que pensa de toda esta situação? O que pensa destes acontecimentos?

Entrevistado: Agora penso que estou a recuperar. Estou muito arrependida do que fiz, porque fiz sofrer muita gente. Tenho dado patadas a pessoas amigas, que gostavam de mim. E agora encontro-me outra pessoa. Já não me esqueço, já pareço que tenho o coração... trazia-o apertado e agora parece que já ando mais coisa... mais alegre, mais tranquila, mais tudo. Já pareço outra. Acho que se fosse sozinha ou assim, acho que já não me punha no álcool, nunca mais, nunca mais. Se não fosse o álcool podia ser uma mulher com melhor vida e assim não tenho nada. Os meus filhos são o que mais adoro.

II PARTE

19. Como pontua o momento significativo positivo que relatou? (1- bom; 2-muito bom; 3-ótimo; 4- memorável; 5-excelente).

Entrevistado:

- Nascimento dos filhos (Memorável / Bom)
- Nascimento das netas (Excelente)
- Batizado (Excelente) – Não consumi no dia do batizado das minhas netas... a minha filha pediu-me muito e eu consegui. Só bebi água.

20. Como pontua o momento significativo negativo que relatou? (-1: mau; -2: muito mau; -3: péssimo; -4: terrível; -5: destruturante).

Entrevistado:

- Violência doméstica -1 mau
- Violência mútua entre cônjuges -4 terrível
- Desconfiança -4 terrível

20.1 . Quer elencar mais algum momento significativo positivo e/ou negativo?

Trabalho na França, aguentei lá 18 dias, não aguentei mais. Não tinha folgas nem hora para almoçar, tinha uns 40 anos. Pedi um dia de folga para fazer as minhas coisas de casa e fazer companhia ao meu marido e foi recusado. Falei com o meu marido em vir embora

e ele até aceitou naquela altura. Trazia a minha barriga toda negra de encostar os tachos á minha barriga e só ganhava 1200 euros. Era dinheiro mas eram muitas horas. Depois apanhei coragem, não sei como, e entreguei as chaves ao patrão.

Depois o meu quando estava meio bêbado dizia-me que eu não queria trabalhar... mas eu não gostava que enquanto eu estava a trabalhar até eu sair, o meu senhor estava no balcão a beber e a gastar o dinheiro. Quando saía às tantas, tinha ainda de lhe ir passar a roupa e fazer o comer... não tinha descanso nenhum.

Aconselhei-me com um sobrinho e ele disse-me para sair de lá e a minha filha apoiou-me. Eu queria ir para Portugal mas ele não me deixava vir, até que ele me deixou vir. Uma vez, ainda em França, fui passear, mas ele naquele dia vinha mais cedo, discutiu muito comigo e queria deitar-me fora naquele dia de casa. Depois vim embora e nunca mais lá voltei. Pontuo como um momento mau (-1).

21. Como conseguiu sobreviver até agora? O que aprendeu de si mesma? O que lhe deu mais força?

Entrevistado: Sobrevivi... ele mandava-me sempre dinheiro. Mas consegui à custa do meu filho e da minha filha. Antes só aprendia a beber, mas agora aprendi que se eu não fizesse o internamento já tinha morrido. Descobri que isto não é vida e que tenho netas para criar... Descobri que sou meiga, educada, descobri que sei fazer comer, descobri a confiança nos outros e encaro melhor a vida do que quando estava alcoolizada. Quando bebia só chorava e agora desde que estou aqui nunca chorei. Tenho mais confiança em mim e cada vez tenho mais... estou mais tranquila e com mais confiança e tudo. O que deu mais força, em toda a vida, é curar-me para não acontecer novamente.

22. Quando é que sentiu que a situação melhorou?

Desde que iniciei o tratamento. Porque já não me doía a cabeça, já me sentia melhor comigo mesma...

23- Quais os momentos que lhe deram maior capacidade de resiliência?

Não sei o que fez sentir isso. Mas sei que nunca me senti assim como me sinto agora.

24- O que é que deseja para a sua vida?

O melhor.

25- Onde é que gostaria de estar daqui a cinco anos?

Ao pé das minhas netas. Ao pé dos filhos.

26- Quais são os seus sonhos? Estar junto deles. Mas também não se pode estar sempre ao pé. O filho agora está solteiro, mas também tem a vida dele. Também quer estar sozinho, quando estiver boa, daqui para a frente, já se vê melhor.

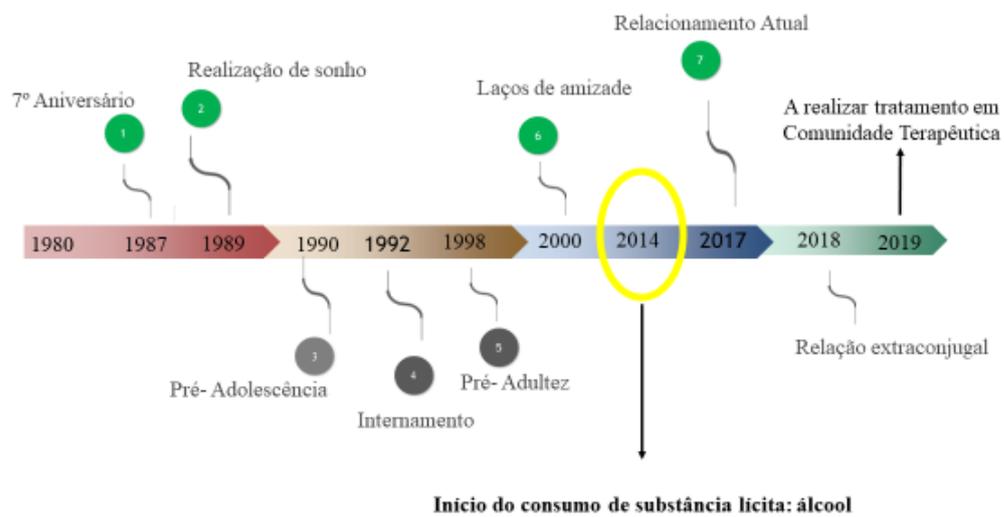
Apêndice 4: Biogramas

Legenda :

-  Representa momentos significativos de vida positivos
-  Representa momentos significativos de vida negativos

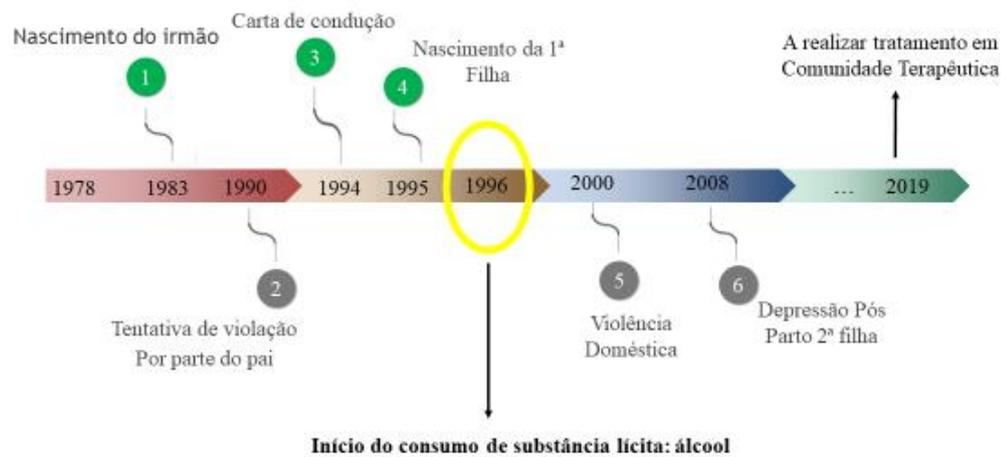
Apêndice 4.1: Biograma E1

Biograma E1



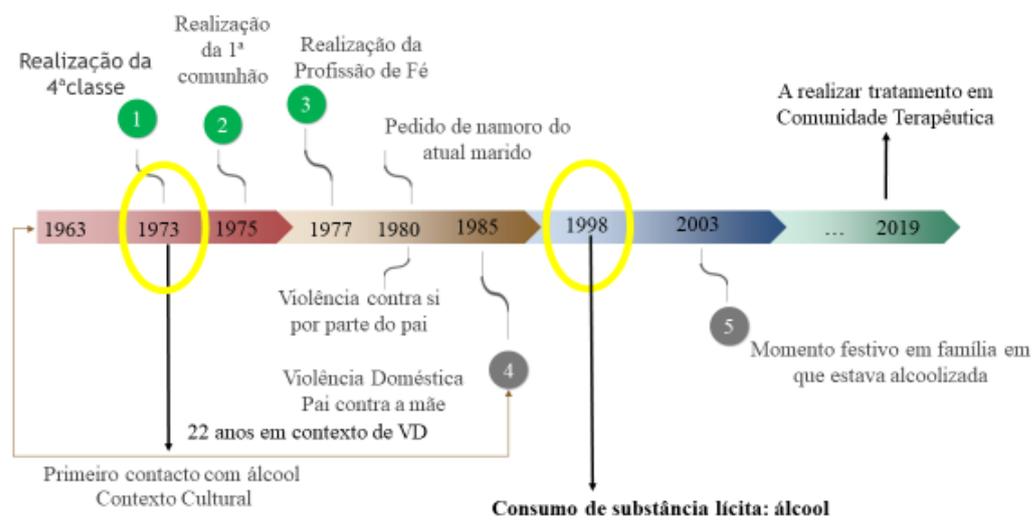
Apêndice 4.2: Biograma E2

Biograma E2

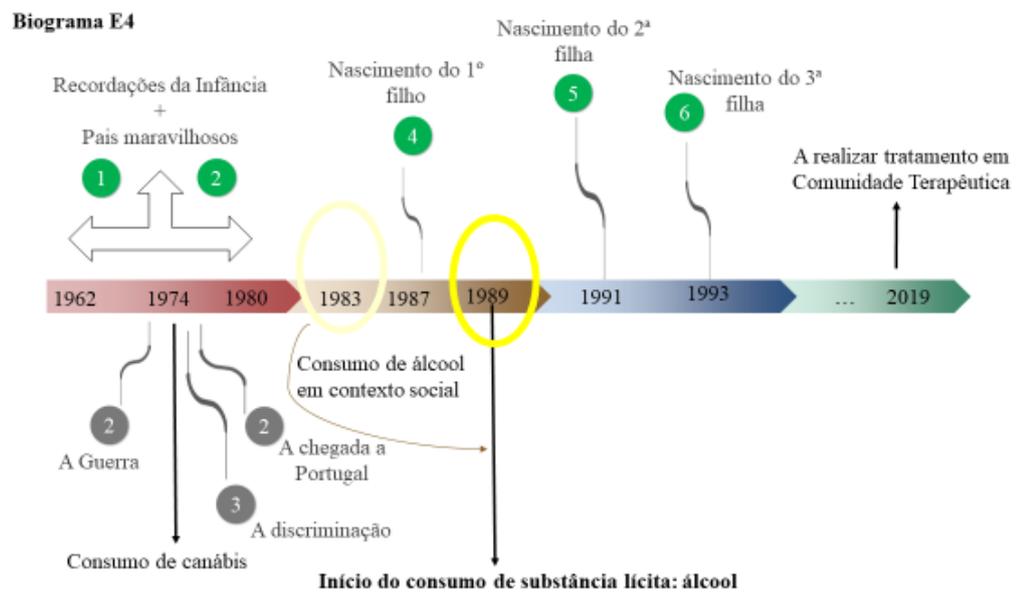


Apêndice 4.3: Biograma E3

Biograma E3

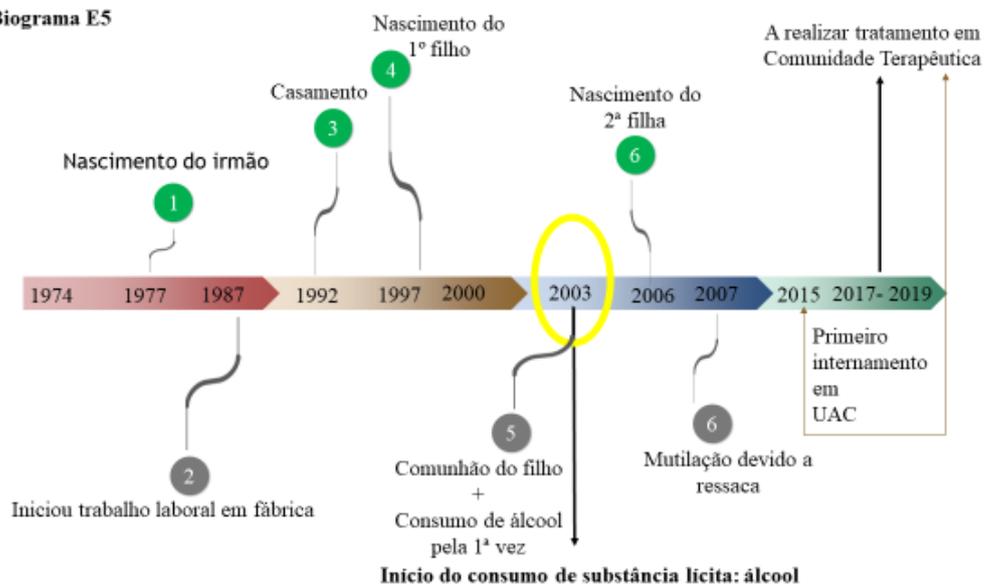


Apêndice 4.4: Biograma E4



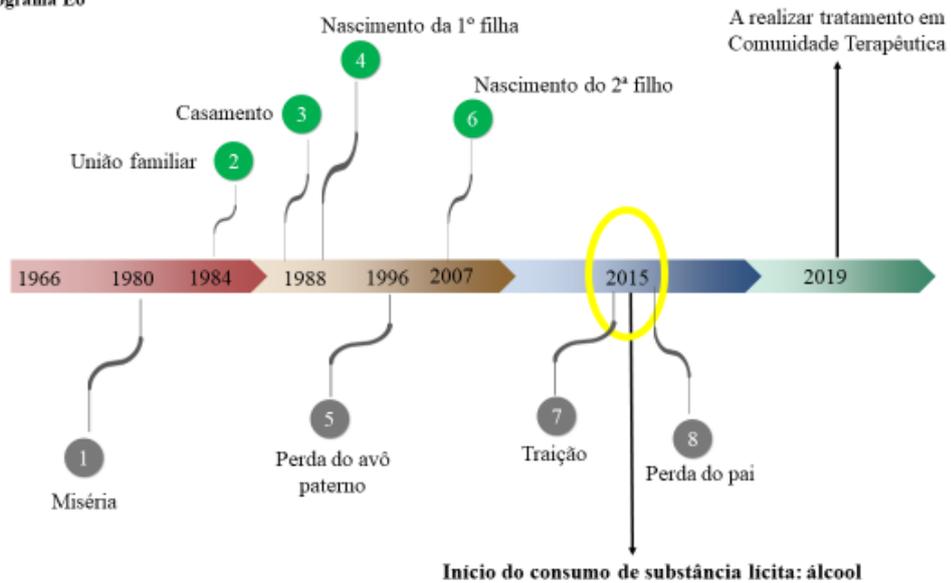
Apêndice 4.5: Biograma E5

Biograma E5



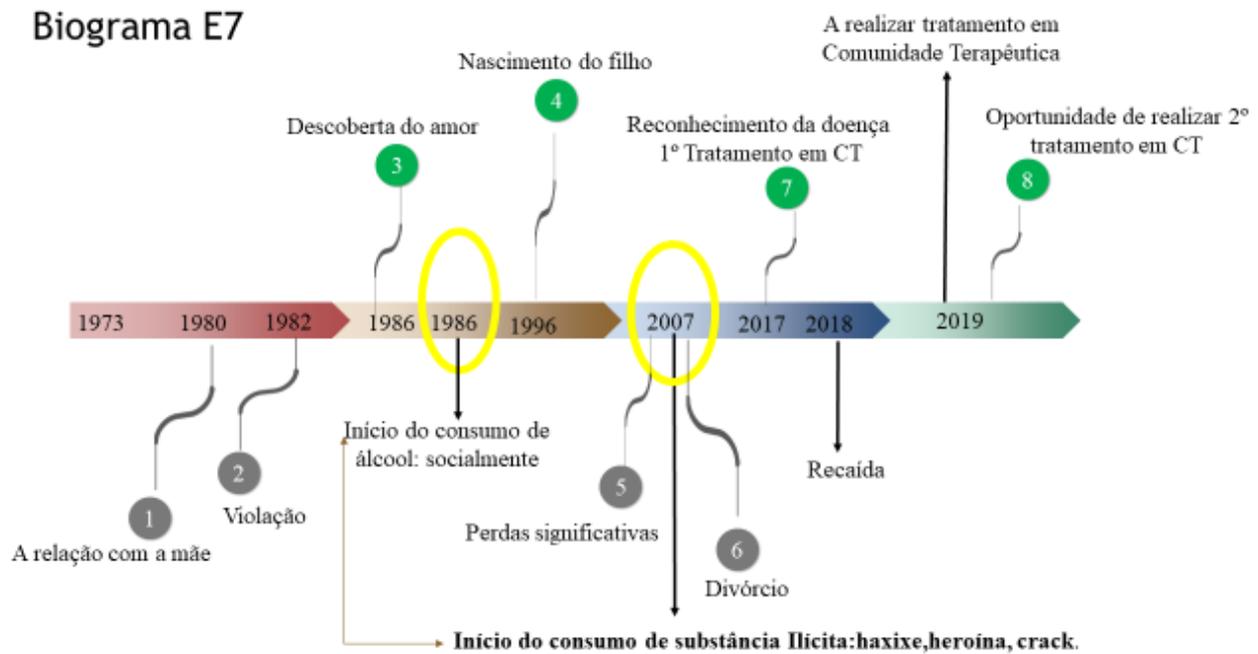
Apêndice 4.6: Biograma E6

Biograma E6

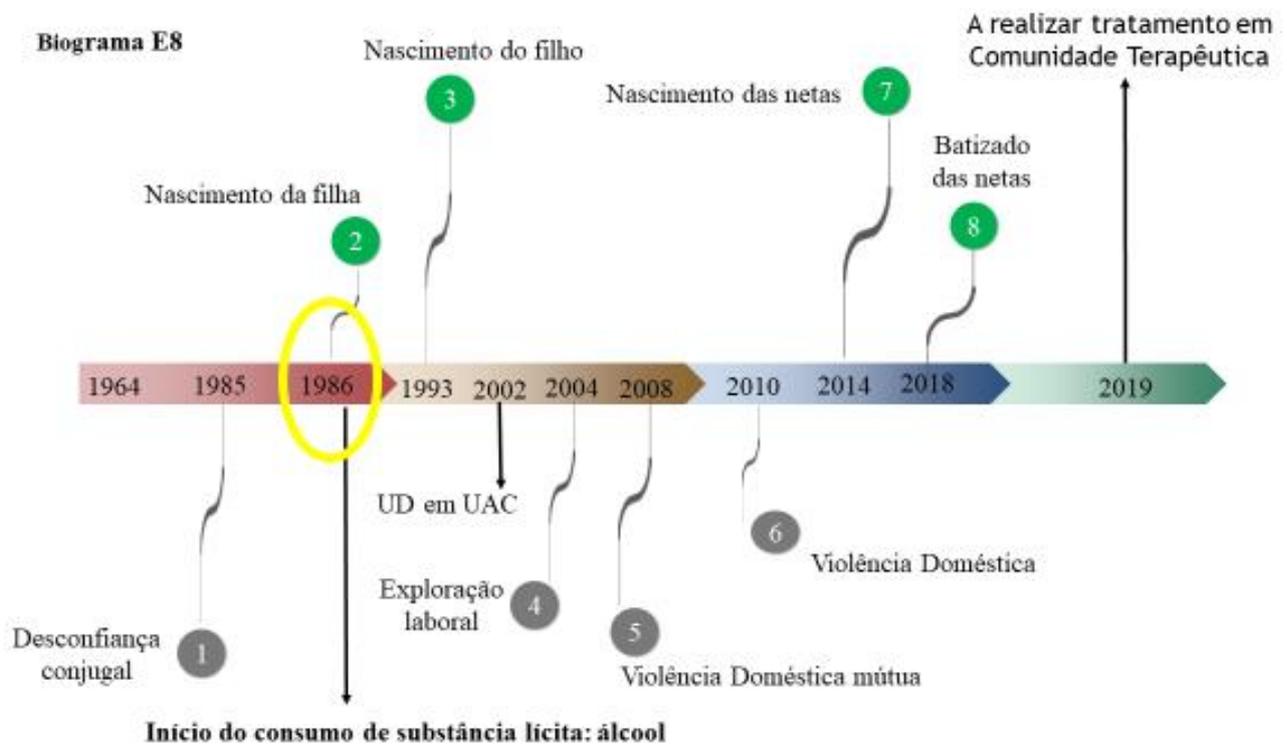


Apêndice 4.7: Biograma E7

Biograma E7



Apêndice 4.8: Biograma E8



Bibliografia

- Amado, J. (2014). *Manual de investigação qualitativa em educação*. (2ª ed.). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Amaro, Inês (2008). *Os Campos Paradigmáticos do Serviço Social: proposta para uma categorização das teorias em presença*. Revista Locus Social. 1, Lisboa: CESS:65-80.
- Anaut, Maria (2005). *A resiliência, ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Baptista, Myrian Veras (2001). *A investigação em Serviço Social*. Lisboa: CPIHTS.
- Benard, Bonnie e Truebridge, Sara L. “A Shift In Thinking – Influencing Social Worker’s Beliefs About Individual and Family Resilience in na Effort to Enhance Well- Being and Sucess for All ”. Dennis Saleebey. *Tre Strengths Perspective in Social Work Practice, 5ª*. Boston: Pearson:201-219.
- Branco, Francisco (2008). *Acção Social, Individualização e Cidadania – A Construção do Acompanhamento Social no Contexto do Estado Social Ativo*. Revista Cidades e Territórios 17. Lisboa: CET.
- Cabral, E. and Vieira, C. (2014). *Técnicas Qualitativas de Produção de Dados: Características e Processos de construção*. Ariús – Revista de Ciências Humanas e Artes, (1), pp.98-124.
- Cooperrider, D.L. e Whitney, D (2005). *Appreciative Inquiry: A Positive Revolution in Change*. San Francisco: CA: Berrett- Koehler. Publishers, Inc.
- Coulshed, Veronica e Orme, Joan (2012). *Social Work Practice*. Londres: Palgrave Macmillan.
- Cowger, Charles D. (1994). “Assessing Client Strengths: Clinical Assessment for Client Empowerment”. *Social Work* 39, 3, maio: 262-268.
- Da Silva, E. (2013). *As metodologias qualitativas de investigação nas Ciências Sociais*. Revista Angolana de Sociologia, (12), p.2.
- Dominelli, Lena (2004). *Social Work – Theory and Practice for a Changing Profession*. Cambridge: Polity Press.
- Dubois, B. e Miley, K.K, (2005). *Social Work: na empowering profession*. Boston: Pearson Publishers.

Frazer, M.W., Richman, J.M. e Galinsky, M.J. (1999). “*Risk, protection and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice*”. *Social Work Research* 23 (3): 131-143.

Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª edição). São Paulo: Editora Atlas S.A.

Greene, R, R e Conrad, A,P. (2002). “*Basics Assumptions and Terms*”. R. Greene. *Resiency, Na Integrated Approach to Practice, Policy and Resarch*. Wastington:NASW Press.

Giddens, Anthony (1995). *As consequências da Modernidade*. Oeiras: Celta Editora.

Giddens, Anthony (2009). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Healy, Karen (2005). *Social Work Theories in Context – Creating frameworks for practice*. New York: Palgrave Macmillan.

Howe, David (1987). *Na Introduction to Social Work Theory*. England «: Wildhood House.

Itzhaky, Haya e Bustin, Edna (2003). “*Strengts and Pathological Perspectives in Community Social Work*”. *Journal of Community Practice* 10:3:61-73.

Le Bossé, Yann (2003). “*De l’habilitation” au ”pouvoir d’agir”*: vers une appréhension plus circonscrite de la notion d’empowerment” *Nouvelles Pratiques Sociales* 16, n°2:30-51.

Luthar, S.S., Cicchetti, D e Becker, B. (2000). “*The constructo of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work*”. *Child Development* 71(3):543-562

Miley, K., O’Melia, M. e Dubois, B. (2004). *Generalist Social Work Practice: na empowering approach*. Boston: Allyn and Bacon.

Ninacs, William (2008). *Empowerment et Intervention*. Québec: Les Presses de L’Université Laval.

Nunes, L. (2016). *Intervenção junto de Dependentes de Drogas Ilegais: Uma proposta integradora Baseada no Biograma*. In: A. Sani and S. Caridade, ed., *Práticas de Intervenção na Violência e no Crime, 1st ed*. Lisboa: Pactor, pp.113-124.

Parrisch, Margarete (2009). *Social Work Perspectives on Human Behaviour*. Berkshire: McGraw-Hill.

- Parton, Nigel (2000). “*Some Thoughts on the Relationship between Theory and Practice in and for Social Work*”. *British Journal of Social Work* 30:449-463.
- Payne, Lena Dominelli e Robert Adams. *Social Work – themes, issues and critical debates*. London:Palgrave.
- Payne, Malcom (2002). *Teoria do Trabalho Social Moderno*. Coimbra: Quarteto.
- Payne, Malcom (2002). “*Social Work Theories and Reflexive Practice*”; Malcom
- Payne, Malcom (2005). “*Current issues in social work theory*”. *Campus Social Revista Lusófona de Ciências Sociais* 2:27-38.
- Payne, Malcom (2006). *What is professional social work?*Bristol: Policy Press.
- Rankin, Pedro (2006). “*Exploring and Describing the Strength/ Empowerment Perspective in Social Work*”. *IUC Journal of Social Work – Teory and Practice* (14):1-19.
- Rapp, C., Saleebey, D. e Sullivan, W. (2005). “*The Future of Strengths- Based Social Work*”. *Advances in Social Work* 6 (1):79-90.
- Rapp, Charles e Gosha, Richard (2006). *The Strengths Model – Case Management with People with Psychiatry Disabilities*. New York : Oxford University Press.
- Rapp, Charles, Saleebey, Dennis e Sullivan, W. (2005). *The Future of Strengths-Based Social Work*. *Advances in Social Work*: 79-90.
- Restrepo, Olga (2003). *Reconfigurando el Trabajo Social – perspectivas y tendencias conyemporeas*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Rutter, M. (1993). “*Resilience: some conceptual considerations*”. *Journal of Adolescent Health* 14: 626-631.
- Rutter, M. (1999). “*Resilience concepts and findings: Implications for family therapy*”. *Journal of Family Therapy* 21:119-144.
- Saleebey, Dennis (2005). *The Strengths Perspective in Social Work Practice, 4/e*. Boston: Pearson Education.
- Saleebey, Dennis (2009). “*The Strengths Approach To Practice - Beginnings*”. *Dennis Saleebey. The Strengths Perspective in Social Work Practice, 5/e*. Boston: Pearson Education.
- Schon, Donald (1987). *Educating the Reflexive Practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schuckit, M. (2006). *Drug and alcohol abuse: A clinical guide to diagnosis and treatment*. 6ª Edition. New York: Springer Science.

- Seligman, M.E.P; Csikszentmihaly, M (2000). *Positive Psychology:na introduction*. American Psychologist.5:5-14.
- Sheppard, Michael (1998). “*Practice validity, reflexivity and knowledge for social work*”. British Journal of Social Work 28 (5):763-781.
- Szasz, T. (2013). *The ethics of addiction*. In A. Sisti, A. Cauplan, & H. Rimon-Greenspan (Eds.), *Applied ethics in mental health care. Na interdisciplinar reader (pp.201-210)*. Cambridge: MIT Press.
- Teater, Barbara (2010). *Na introduction to applying social work theories and methods*. New York: Megraw Hill – Open University Press.
- Terrise, Bernard (2000). “*L’Enfant Résilient: perspectives théoriques et état de la question*”. Coloque des Programmes Pancanadien de Recherche en Education, Ottawa.
- Thomas, Martin e Pierson, John (1999 [1995]). *Dictonary of Social Work*. Londres: Collins Educational.
- Thompson, Neil (1997). *Anti- Discriminatory Practice*. Basingstoke: Macmillan.
- Thompson, Neil (2010). *Theorizing Social Work Practice*. New York: Palgrave Macmillan.
- Tinoco, Pinto e Pinto, Severiano (2001). *Abordagem biográfica das toxicodependências – o biograma como instrumento de intervenção clínica*. Revista Toxicodependências, Edição SPIT, V7, Nº1, pp.17-22.
- Vieira, C. (2014). *Metodologia da Investigação em Educação II*. Relatório apresentado à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Weick, A., Rapp, C., Sullivan, W.P e Kisthard, W. (1989). *A Strenghts Perspeticive for Social Work Practice*. Social Work.34:350-354.
- White, M. e Espton, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York:Norton.
- Wilson, Kate et al. (2008). *Social Work: An introduction to contemporany practice*. Harlow: Pearson Educational Limited.

Netgrafia

<http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/TratamentoMais/Documentos%20Partilhados/LinhasOrientadorasTratamentoReabilitacaoComunidadesTerapeuticas.pdf>

http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Legislacao/Lists/SICAD_LEGISLACAO/Attachments/881/Despacho_2976_2014.pdf

<https://servicosocial.pt/campos-paradigmaticos-do-servico-social/>