ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

UM ESTUDO FENOMOLÓGICO SOBRE A EXPERIÊNCIA DO INTERNAMENTO NUM CENTRO DE TRATAMENTO DE COMPORTAMENTOS ADITIVOS

DÂNIA ELOÍSA DE ORNELAS SOARES

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTOR VÍTOR AMORIM RODRIGUES

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTOR VÍTOR AMORIM RODRIGUES

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2017

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de
Prof. Doutor Vítor Amorim Rodrigues apresentada no ISPA –
Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre
na especialidade de Psicologia Clínica,
conforme o despacho da DGES nº19673/2006
publicado em Diário da República 2º série
de 26 de Setembro de 2006

AGRADECIMENTOS

A presente Dissertação de Mestrado não poderia ser realizada sem o apoio de algumas pessoas especiais, pelo que gostaria de agradecer a todos os que contribuíram de algum modo para que conseguisse finalizar esta etapa.

Em primeiro lugar, agradeço ao Professor Vítor Amorim Rodrigues pela sua ajuda, orientação e rigor científico.

Agradeço a todos aos meus colegas do ISPA-IU que me acompanharam ao longo deste processo, ajudando-me a ultrapassar os momentos de *stress* que a vida académica por vezes proporciona. Em especial, queria agradecer aqueles que sempre estudaram comigo e estiveram prontos a ajudar e a receber ajuda.

Agradeço sobretudo aos meus pais, e ao meu tio por todo o apoio e esforço que prestaram ao longo destes anos, pois mesmo distantes estiveram sempre presentes. São, sem dúvida, as pessoas mais importantes ao longo deste processo. Graças a eles tudo se tornou possível, deram-me apoio a vários níveis de modo a atingir o sucesso.

Agradeço aos meus amigos da dança que me ajudaram a encontrar um equilíbrio entre os momentos de esforço e de trabalho com os de relaxamento e diversão, tornando os momentos de trabalho muito mais produtivos e eficientes.

Agradeço aos meus amigos mais próximos por todo o suporte que me deram ao longo destes anos e pela compreensão da minha ausência em alguns momentos de maior *stress* e trabalho.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo explorar a experiência subjetiva de sujeitos que passaram por um centro de tratamento pelo abuso de substâncias. O estudo remete para a compreensão do fenómeno da institucionalização num centro de tratamento através do relato de participantes que vivenciaram a experiência. A metodologia mais adequada foi o método fenomenológico de Amadeo Giorgi, de modo a estudar o fenómeno vivido pelos diversos sujeitos e no final adquirir uma descrição completa com os constituintes essenciais. A amostra é composta por quatro participantes, três do sexo masculino e um do sexo feminino que estiveram internados em centro de tratamento por comportamentos aditivos, com idades compreendidas entre os 38 e os 49 anos. Através dos resultados, verificamos que os participantes aumentam a frequência do consumo de substâncias na adolescência e que estes, muitas vezes, apresentam vulnerabilidade emocional, dificuldade em lidar com as regras, sentimentos de culpa para com os familiares, ambições de vida. É comum, que durante o tratamento o adito altere a sua forma de ser e de estar no mundo, tendo sempre um suporte familiar.

Palavras-chaves: Comportamento aditivo. Centro de Tratamento. Método Fenomenológico de Amadeo Giorgi.

ABSTRACT

The present study aims to explore the subjective experience of subjects who went through a treatment centre for substance abuse. The study refers to the understanding of the phenomenon of institutionalization in treatment centre through the report of participants. The most appropriate methodology was the phenomenological method of Amadeo Giorgi, in order to study the phenomenon experienced by the various subjects, and in the end to acquire a complete description of the essential constituents. The sample is composed of four participants, three male and one female aged between 38 and 49 years who were admitted to a treatment centre for addictive behavior. The results show us that the participants increase the frequency of substance use in adolescence, and that adolescents often present emotional vulnerability, difficulty in dealing with rules, feelings of guilt towards family members, ambitions of life. It is common during treatment that participants change they way off seeing and being in the world, always having a family support.

Keywords: Addictive behavior. Treatment Center. Phenomenological Method of Amadeo Giorgi.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS iii
RESUMO iv
ABSTRACT v
FIGURAS vii
INTRODUÇÃO 1
CAPÍTULO I 2
ENQUADRAMENTO TEÓRICO 2
Comportamento aditivo 2
Políticas de intervenção em Portugal 7
Tratamento de comportamentos aditivos em Portugal 9
Comunidades terapêuticas 10
Institucionalização em comunidades terapêuticas 13
Processo de adesão terapêutica 15
CAPÍTULO II 18
METODOLOGIA 18
Objetivos do Estudo 18
Participantes 18
Material 19
Procedimentos 19
Investigação Qualitativa 20
Método Fenomenológico 21
Método Fenomenológico de Amadeo Giorgi 22
CAPÍTULO III 23
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 23
Descrição da Estrutura Geral de Significado 23
Constituintes Essenciais e Variações Empíricas 24
CAPÍTULO IV 45
DISCUSSÃO 45
CONCLUSÕES 50
LIMITAÇÕES DO ESTUDO 52
POTENCIALIDADES E PROPOSTAS DE INVESTIGAÇÃO 52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 53
ANEXOS 58

TABELAS

Tabela1. Apresentação dos Constituintes Essenciais……25

Tabela 2. Citações dos participantes relativamente ao primeiro constituinte essencial……26

Tabela 3. Citações dos participantes relativamente ao segundo constituinte essêncial……....28

Tabela 4. Citações dos participantes relativamente ao terceiro constituinte essencial…….30

Tabela 5. Citações dos participantes relativamente ao quarto constituinte essencial…...……31

Tabela 6. Citações dos participantes relativamente ao quinto constituinte essencial……...34

Tabela 7. Citações dos participantes relativamente ao sexto constituinte essencial…….35

Tabela 8. Citações dos participantes relativamente ao sétimo constituinte essencial……...36

Tabela 9. Citações dos participantes relativamente ao oitavo constituinte essencial……...38

Tabela 10. Análise dos Constituintes Essenciais e das Variações Empíricas……...40

FIGURAS

Figura 1. Relação dos constituintes essenciais da experiência da institucionalização em centro de tratamento por comportamentos aditivos……48

INTRODUÇÃO

Realizado no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica no ISPA-Instituto Universitário, este estudo insere-se numa investigação qualitativa, à luz de uma abordagem fenomenológica e com base no método de Amadeo Giorgi (Giorgi & Sousa, 2010). O presente estudo tem como principal objetivo a descrição e compreensão da experiência subjetiva dos sujeitos que passaram pelo fenómeno da institucionalização em centros de tratamentos devido ao abuso de substâncias.

Apesar de ser um tema já bastante debatido, existem diferentes tipos de tratamento disponibilizados em Portugal para a adição. Alguns destes passam por um internamento em centro de tratamento e a sua taxa de sucesso é relativamente baixa. Neste sentido, o estudo da experiência do sujeito adito em centro de tratamento foi motivado por uma tentativa de reflexão sobre a influência desta experiência subjetiva na taxa de insucesso já referida.

Numa fase inicial é abordada a questão do comportamento aditivo, das políticas de intervenção e de tratamentos já realizadas em Portugal, sendo também desenvolvido o conceito de comunidade terapêutica e explorado o processo da institucionalização e da adesão ao tratamento.

Posteriormente é apresentada a metodologia utilizada, onde é possível aceder ao objetivo principal do estudo, que consiste na descrição e compreensão da experiência subjetiva dos indivíduos que estiveram institucionalizados num centro de tratamento devido ao abuso do consumo de substâncias. É possível aceder a mais informações sobre os participantes da amostra, três do sexo masculino e um do sexo feminino com idades compreendidas entre os 38 e os 49anos. Neste capítulo também é apresentado o material utilizado e o respetivo procedimento para a obtenção das entrevistas semiestruturadas. Privilegia-se a investigação qualitativa pela capacidade de abranger várias possibilidades de estudar fenómenos que englobam os seres humanos e as suas relações sociais em diferentes ambientes., possui como principal objetivo desenvolver uma compreensão de como o mundo é construído. No final do capítulo, explora-se o uso do método fenomenológico de Amadeo Giorgi que tem como objetivo descrever o fenómeno, a experiência do homem tal como ela é, e não segundo suposições já estabelecidas pelas ciências naturais.

No capítulo seguinte, é apresentada a análise dos resultados da experiência do internamento em um centro de tratamento, com as respetivas análises e ilustração gráfica dos constituintes essenciais e das variações empíricas entre os participantes.

No último capítulo é apresentado a discussão dos resultados obtidos através do diálogo com a literatura já existente; são referidas algumas limitações do estudo, potencialidades e propostas de investigações futuras.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Comportamento aditivo

O comportamento aditivo remete para qualquer substância que se tornou o centro ou o foco principal da vida de alguém, afastando-a de outras atividades e prejudicando-a física, mental ou socialmente. Considera-se haver uma dependência física sempre que há certas alterações bioquímicas que causam no indivíduo a necessidade de continuar a consumir uma determinada substância para evitar sintomas de abstinência. Por outro lado, a dependência psicológica define-se pelo prazer subjetivo que o alívio da ansiedade provoca no indivíduo (Crauss & Abaid, 2012). A dependência química nos dias de hoje remete para um fenómeno amplamente divulgado e discutido uma vez que o uso abusivo das substâncias psicoativas tornou-se um grave problema social.

O conceito de droga é explicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como as substâncias que modificam uma ou mais funções do organismo, incorporando substâncias como as bebidas alcoólicas, alguns medicamentos e tabaco, bem como outras substâncias ilícitas como a cocaína e opiáceos. O consumo das mesmas tem acompanhado o homem em todas as civilizações, tornando-se preocupante a massificação e a precocidade deste consumo, e a elevada taxa de mortalidade que o acompanha. (Alarcão,2000). O diagnóstico de um adito deve ser baseado em diversos sintomas comportamentais, cognitivos e fisiológicos que indicam a utilização de substâncias por parte do indivíduo, mesmo com todos os problemas que surgem associados ao seu consumo (APA, 2003).

As drogas que atuam no sistema nervoso central têm, por norma, a capacidade de promover alterações comportamentais, de cognição e perceção, podendo ser classificadas em três categorias: depressoras, estimulantes e perturbadoras (Pratta & Santos, 2006). As drogas depressoras condicionam a atividade cerebral e induzem o relaxamento, as drogas estimulantes aumentam a atividade cerebral e prolongam o estado de vigília, e as drogas perturbadoras alteram o funcionamento do sistema nervoso central e condicionam a perceção de cores e formas, podendo mesmo provocar delírios e alucinações (Pratta & Santos, 2006).

Costa (2009) define a toxicodependência como um comportamento que resulta da compulsão do consumo pela experiência do seu efeito psíquico, e do evitar o desconforto causado pela sua ausência. Por conseguinte, a toxicodependência pode ser considerada uma doença fatal, capaz de destruir um organismo e potenciar danos irreversíveis.

Na sua vertente de doença, a dependência de substâncias manifesta-se através de critérios específicos num período de um ano, como a tolerância – em que o indivíduo necessita de substâncias em quantidades crescentes para conseguir ficar intoxicado –, o consumo da substância em quantidades maiores e por um período mais longo do que o pretendido, a constante vontade de diminuir ou controlar a utilização da substância mas sem resultados. Assim, verifica-se uma grande quantidade de tempo despendido na obtenção, utilização e recuperação do consumo da substância, bem como o abandono de atividades sociais importantes para consumir. Apesar de todos os problemas associados, o indivíduo continua a consumir (Frances & Ross, 2004).

O termo adição é aplicado pela psiquiatria nas toxicodependências, associado ao comportamento de consumo patológico de substâncias (Rahioui & Reynauld, 2008). Desta forma, a adição segundo Goodman (1990) consiste na impossibilidade de controlar um comportamento, num sentimento de tensão logo no início do comportamento, sentimento de prazer e/ou alívio no momento do comportamento e sentimento de perda de controlo no momento do comportamento. No final do comportamento o indivíduo experiencia um sentimento de prazer ou afasta a sensação de mal-estar interior (Goodman, 1990).

A toxicodependência apresenta variáveis importantes como o comportamento atual do consumo, ou seja, o prazer na repetição do prazer, prevalência dos consumos, descontrolo no consumo, caraterísticas da personalidade e da droga e circunstâncias sócio-culturais (Costa, 2009). Não existem ainda muitos trabalhos que expliquem a relação entre alguns transtornos emocionais como causa de comportamentos aditivos (Ballone, 2010), mas sabe-se que a relação pode ocorrer de diferentes formas, se por um lado a perturbação pode ser consequência do consumo, esta também modifica a evolução dos hábitos do consumo. Por outro lado, a dependência pode ser consequência da condição mental ou da personalidade e o consumo de drogas modifica a forma como a perturbação mental evoluí. Mais ainda, a perturbação e o consumo podem refletir a vulnerabilidade do indivíduo.

Costa (2009) reduz o problema do consumo de drogas ao mal induzido pelo seu consumo em termos individuais, sociais e políticos. Individualmente, o descontrolo dos consumos afeta o comportamento do indivíduo na sua vida social, familiar e profissional. Em termos sociais, o indivíduo é afetado pelo seu mal-estar, a comunidade pelos seus

comportamentos e em termos políticos o consumo potencia a produção das substâncias afetando as decisões políticas, judiciais e policiais, tal como as decisões financeiras e geoestratégicas. Por tudo isto, a toxicodependência tem um impacto significativo em muitas áreas, não só afeta o indivíduo em si como a sua família, pares e redes sociais próximas, mas afeta também, de forma mais alargada, as estruturas globais das culturas e sociedades que integra.

Existem identificados diversos fatores de risco que aumentam a probabilidade de consumir drogas, como os fatores sociais e individuais, sendo que quando estes fatores reduzem a probabilidade de consumo são designados de fatores de proteção (Negreiros, 2001). Deste modo, os fatores determinantes de consumo são agrupados em dois grandes grupos (Kokkevi, Gabhainn & Spyropoulou, 2006): os individuais, como a personalidade, existência de uma psicopatologia subjacente, mal-estar psicológico, predisposição genética ou hereditária e os socio ambientais, que são a estrutura familiar, os relacionamentos com os pares, as atitudes perante a droga e o acesso a esta.

Negreiros (2001) constatou um aumento da probabilidade de consumir drogas em situações de acumulação de vários fatores de risco que envolvem o indivíduo, não sendo a existência de apenas um ou dois fatores que determinam o consumo. Alguns fatores de risco relacionam-se entre si de forma dinâmica e mutável, mas o seu peso varia de acordo com o indivíduo e da sua fase evolutiva, justificando o facto de alguns indivíduos, mesmo perante diversas adversidades, não desenvolverem problemas ligados ao consumo (Negreiros, 2001). Borges e Filho (2008) destacam como fatores de risco o acesso a substâncias, normas e atitudes da comunidade que favorecem comportamentos de risco, desorganização da comunidade, elevada taxa de criminalidade e violência e privação económica e social, tal como pobreza e falta de condições sanitárias. Os fatores de proteção conseguem inibir ou minimizar o efeito dos fatores de risco, por conseguinte o desenvolvimento do indivíduo depende do balanço entre os fatores de risco e de proteção (Lomba, 2006).

Nos comportamentos aditivos o importante é a prevenção, tratando-se de um processo ativo que engloba estratégias preventivas com o desenvolvimento e implementação de programas que procuram melhorar e modificar a qualidade de vida dos indivíduos, transmitindo autocontrolo individual e resistência face à droga (Moreira, 2001). A prevenção deve ocorrer já na adolescência, com a sensibilização para as problemáticas do consumo não só de drogas como de álcool. A OMS define adolescência como o período entre os 10 e 19 anos. Para Nunes (2004), entrar no mundo adulto gera um sentimento ambíguo nos adolescentes, é algo

desejado e temido, constituindo uma etapa decisiva no processo de desprendimento com a família.

O consumo de substâncias na adolescência está associado à vulnerabilidade e instabilidade da idade, pois o indivíduo se encontra sujeito a várias mudanças rápidas e simultâneas nesta fase da vida, sendo uma fase fundamental para a construção da própria identidade. A psicopatologia das adições nos adolescentes é determinada por diversos fatores biológicos, socioculturais e psicológicos (Frágola, 2009). Desta forma, os adolescentes encontrados em contextos de vulnerabilidade, com um sentido de self desequilibrado, aliado a uma estrutura de personalidade narcísica, manipuladora e com sentimentos inconscientes defensivos e destrutivos, são mais susceptíveis ao desenvolvimento de comportamentos adictos (Frágola, 2009).

Como fatores preventivos do desenvolvimento de comportamentos aditos nos adolescentes é importante um bom suporte afetivo e uma boa supervisão e comunicação entre pais e filhos, pois é com estes relacionamentos que os adolescentes ajustam as diferenças entre as suas áreas de vida e contribuem para que haja uma diminuição do risco de consumo (Torres et al., 2009).

A família é uma componente que não pode ser excluída do tratamento do indivíduo adito. Esta é uma fonte de relações, tensões e conflitos que definem a vida de cada pessoa desde o momento do nascimento. Ao longo dos últimos tempos, tem-se reconhecido o papel que as famílias desempenham no tratamento de indivíduos que abusam das substâncias psicoativas, uma vez que estes ajudam a reduzir os efeitos negativos dos seus membros (Moreira,2004). Torna-se importante, sempre que possível, que a família se sinta útil em ajudar o familiar a recuperar e, em situações adversas, ser, pelo menos, capaz de compreender a situação e acompanhá-lo, dando algum tipo de suporte e dedicação (Lazure,1994). A família assume uma função de extrema importância ao ser capaz de impedir que o problema se desenvolva, é ela que muitas vezes dá o primeiro passo e auxilia no tratamento mais adequado, independentemente das fragilidades (Lopes,1996). Porém, grande parte das vezes, o adito não reconhece o quanto a família o quer ver bem, e recuperado, mesmo nos momentos em que ela o tenta ajudar (Alarcão,2007).

Nas famílias com sujeitos adictos surgem perturbações nas relações que bloqueiam os processos de comunicação, essencialmente entre pais e filhos. Estes bloqueios prolongados ao longo do tempo originam estruturas rígidas que assumem padrões de comunicação patológicas (Dias, 2001).

Os grupos de pares, essencialmente em ambiente escolar bem como o ambiente social em que se insere o adolescente, são tidos como os preditores de consumo de substâncias mais importantes na adolescência. Alguns dos fatores identificados na escola que aumentam o risco de consumo são a falta de motivação aliado ao pouco rendimento académico, à vontade de ser independente e ao fraco sentido de realização pessoal (Matos & Sampaio, 2009).

Numa fase em que é tido como normal experiênciar novas realidades é importante esclarecer a diferença entre o consumo de substâncias e a dependência destas. Um jovem pode experimentar substâncias, como o álcool e drogas, sem desenvolver adição física e psíquica. Para Tyrode e Bourcet (2002), entre os fatores de risco para o desenvolvimento de adição encontram-se o experienciar de diversos traumas na infância e pré-adolescência, as perturbações comportamentais, o meio familiar desestruturado e a perturbação no desenvolvimento de relações sociais. Por norma, o consumo de substâncias na adolescência ocorre em grupo, sendo que a dependência encontra-se mais relacionada com o grupo do que com a substância em si (Tyrode & Bourcet, 2002). Por conseguinte, o grupo reforça o consumo e, como este afeta a autoestima do indivíduo, torna-se cada vez mais difícil parar de consumir. Braconnier e Marcelli (2000) também realçam o facto dos primeiros consumos serem realizados em grupo, com fins recreativos e não representa necessariamente um comportamento patológico. Assim, o consumo encontra-se mais relacionado com o potenciar da desinibição e promoção de euforia.

No caso das bebidas alcoólicas existe uma dualidade de representações. Por um lado, existe a associação do consumo à participação em atividades recreativas e desportivas, associando a bebida à aventura, sedução, afirmação pessoal e facilitação social. Por outro lado, o consumo em idades precoces causa danos na saúde física, psíquica e social do indivíduo. Na adolescência o consumo provoca a exposição dos indivíduos a situações de risco, visto que diminui a censura, podendo, em casos de omnipotência pubertária e sentimentos de invulnerabilidade e indestrutibilidade, causar mortes prematuras e prejudicar a vida dos mesmos (Freitas et al., 2007).

Para a adesão à terapia é importante conhecer a influência dos diferentes fatores, compreendendo a associação entre as variáveis internas e externas do utente, podendo-se assim definir estratégias que promovem a adesão ao tratamento tanto em termos educacionais como em termos comportamentais. Quando um adito com dependência química utiliza as drogas, é comum que deixe de cumprir horários, desrespeite regras e que muitas vezes acabe por roubar objetos domésticos para vender, acabando por recorrer ao uso da mentira, o que faz com que a confiança seja arruinada (Gomes & Chakur, 2005). Com o prolongamento do

tempo de consumo o indivíduo torna-se mais agressivo e afasta não só a família como as pessoas que lhe são mais próximas.

Do ponto de vista da sociedade, um toxicodependente é um ser repulsivo que representa um perigo para as crianças e revela-se um flagelo para a sociedade e para os seus valores. Por outro lado, do ponto de vista do toxicodependente há uma rede de ilegalidade onde os seus mundos se cruzam, sendo tudo direcionado para o abastecimento e o mercado negro. Nos casos extremos de exclusão social observa-se um isolamento completo, sentido de forma dura pelo toxicodependente. Mais ainda, o indivíduo perde o seu valor como ser humano e o seu sentido de humanidade (Xiberras, 1993). Não é só a forma como a sociedade vê o indivíduo que se altera, também a forma como este se vê a si próprio e ao mundo é alterada. Peele (1997) afirma que a própria sociedade impinge comportamentos adictos ao indivíduo com a adoção de valores centrais de realização e sucesso individual, com metas muito difíceis de atingir, sendo que os adictos vêm nas drogas uma forma de escape de algo que não controlam.

Políticas de intervenção em Portugal

Em Portugal as políticas da adição iniciaram-se na primeira metade do século XX, sendo que a primeira legislação publicada data de 1924 onde era referido a necessidade de tratamento da toxicodependência como uma doença mas ainda não existia uma estrutura para colocar em prática a legislação (SICAD, 2017).

Mesmo já existindo na Europa diversos países que sofriam com o uso e abuso de drogas em Portugal este fenómeno foi mais evidenciado nos anos 70, embora longe do mesmo impacto e expressão social, tornando-se num real problema apenas no final da década com o fim da guerra colonial, tal como com a queda de Salazar que abriu o país para o exterior (Domoslawsky, 2011).

A primeira resposta política em Portugal surge com a abertura de uma consulta específica de toxicodependência no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria em 1973. Dois anos depois são criados dois centros: o Centro de Estudos da Juventude, que apresentava um objetivo mais preventivo e de tratamento médico-social e o Centro de Investigação Judiciária da Droga, que tinha uma atuação mais direcionada para a repressão e fiscalização do tráfico de drogas ilícito. Ambas as estruturas foram extintas um ano depois para originar o Centro de Estudos da Profilaxia da Droga e o Centro de Investigação e Controle da Droga, respetivamente, sendo que a primeira tinha competências de prevenção,

tratamento e inserção social, e a segunda atuava na área de repressão do tráfico. Os dois centros são coordenados pelo Gabinete Coordenador do Combate à droga (SICAD, 2017).

Na década de 90 surge o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (Lei n.º 7/97, de 8 de Março) que alargou a rede de respostas para que todos acedessem a tratamento e, no final da década, assistiu-se a uma evolução na resposta de prevenção e tratamento, mas Portugal continua a enfrentar um problema social e de saúde pública grave graças à expansão do fenómeno, principalmente na população mais fragilizada socialmente, com a maioria a consumir drogas via endovenosa (SICAD, 2017).

As primeiras medidas de redução dos danos causados pela toxicodependência surgem com a expansão da infeção pelo HIV, porém estas medidas eram mais direcionadas para a promoção de comportamentos sexuais seguros e apenas na década de 90 surgem medidas de redução de danos como a distribuição de seringas (Costa, 2001).

Posteriormente surgiram outras medidas como medidas de apoio a grupos específicos, como sem abrigo e prostitutas, administração de metadona e grupos de apoio médico e reinserção social. Todas estas políticas procuram atenuar os perigos associados ao consumo problemático de droga e a sua influência na saúde pública, com a redução de riscos, bem como procurando reduzir os prejuízos do consumo sob a perspetiva individual do consumidor (Costa, 2001).

Em 2005, com a elaboração da estratégia nacional de luta contra a droga e toxicodependência, verificou-se a necessidade de reforçar a coordenação e integração de respostas locais. Por conseguinte, o trabalho de intervenção passou a ser realizado por intermédio de uma rede de respostas integradas e complementares, isto é, pelos Centros de Respostas Integradas (CRI) com equipas técnicas especializadas em várias áreas de intervenção (SICAD, 2017).

Com base no programa "Saúde para todos no ano de 2015", pela META 12, a OMS definiu como objetivo diminuir o consumo de álcool para 6 litros por ano para indivíduos com 15 anos ou menos, até ao liminar de 0%, aliado à implementação de programas para permitir alcançar os objetivos desejados (OMS, 2002).

No seguimento da deliberação da OMS surgiu a Resolução da Assembleia da República (RAR nº 76/2000) onde é recomendada a adoção de um programa de alcoolismo nacional de prevenção e combate com o desenvolvimento de um projeto com foco nas escolas e famílias, procurando alertar a população dos riscos e danos causados pelo consumo excessivo de álccol. Já no Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (PNRPLA 2010/2012) encontram-se programas de ação e objetivo bem definidos como a

diminuição dos padrões nocivos de consumo e a sua consequência na população mais jovem, com o recurso a programas de educação e com a redução da oferta de bebidas alcoólicas a crianças e jovens (DGS,2011).

Tratamento de comportamentos aditivos em Portugal

O tratamento deve encontrar-se baseado no diagnóstico individualizado e na resposta crescente da oferta de uma rede que forneça os cuidados necessários, adequados e de forma contínua, de acordo com a adição observada e as comorbidades a ela associada (SICAD, 2013). O modelo integrado de tratamento surge no decorrer da Portaria n.º 648/2007 e os Centros de Respostas Integradas, as Unidades de Desabituação, as Comunidades Terapêuticas e as Unidades de Alcoologia eram responsáveis pela implementação deste modelo. A base do modelo integrado de tratamento era a principal abordagem no tratamento de comportamentos adictos com o recurso a várias terapias que têm em consideração as necessidades do sujeito e das famílias, assim como o diagnóstico e prognóstico, como programas específicos de tratamento, redução de riscos, minimização de danos e programas de reabilitação e reinserção (SICAD, 2013).

Este modelo preferencialmente é aplicado em regime de ambulatório com a disponibilização de cuidados gerais ao indivíduo e pessoas à sua volta com a disponibilização de consultas biopsicossociais, apoio psicoterapêutico com diferentes psicoterapias, consultas médicas, programas específicos de tratamento de opioides, consultas de enfermagem, fisioterapia, nutrição, grupos de suporte terapêutico, entre outros. Esta resposta terapêutica deve-se encontrar padronizada com base nas evidências científicas e descritas em documentos orientadores, apresentando elevada multiplicidade e interação de fatores que originaram inicialmente o desenvolvimento e manutenção do comportamento aditivo, bem como a sua eventual evolução para a dependência (SICAD, 2013).

Ao longo da história, a responsabilidade deste tratamento é partilhada tanto por instituições públicas como por organizações não-governamentais. As organizações não-governamentais centram-se sobretudo na prestação de cuidados em regime de internamento em comunidades terapêuticas, utilizado sobretudo em casos mais complexos. Pretende-se desenvolver uma visão mais abrangente dos comportamentos aditivos, assim como da sua expressão nas várias fases do ciclo de vida, permitindo fornecer o cuidado necessário para o sujeito. Nesta perspetiva surge uma rede de referenciação e articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências que engloba o Ministério da Saúde e outras

entidades de outros ministérios e organizações não-governamentais, com intervenção local (SICAD, 2013).

Comunidades terapêuticas

Uma comunidade terapêutica é uma modalidade de tratamento residencial que pretende reabilitar adictos. Estas comunidades apresentam um método muito estruturado com base num sistema de pressão provocada artificialmente para que os residentes superem a sua patologia junto dos seus semelhantes, servindo estes de espelho da consequência social dos seus atos. A comunidade terapêutica, segundo De Leon (2003) deve possuir diversos conceitos como:

- A residência – o isolamento do utente quanto à sociedade de forma temporária permite que este se ajuste para trabalhar em si mesmo, sem ser perturbado pelo meio que o rodeia;
- Estrutura organizada – a comunidade gere-se a si mesmo através da definição de mecanismos de comunicação, responsabilidades, limites, setores de trabalho e horários;
- Clima de pressão artificial – reflete uma pequena sociedade artificial que causa uma pressão para a mudança contínua, desde o comportamento da pessoa até a sua afetividade, vivências e pensamentos.
- Confrontação e encontro contínuo – a mudança do indivíduo é consolidada pela relação com os outros, na comparação entre si os indivíduos são o espelho da realidade do outro, pelo que o indivíduo toma consciência da sua própria realidade e modifica-a quando necessário;
- Voluntariedade – o indivíduo tem de querer estar na comunidade, deve ser uma decisão sua e este deve ter consciência que é livre de a abandonar a qualquer momento;
- Ambiente de apoio e de afetividade – todo o processo de mudança deve ocorrer num ambiente de aceitação incondicional, sem juízos ou pré-juízos. Quando o indivíduo não tem vinculação afetiva com a comunidade tendencialmente abandona-a, uma vez que estes laços refletem a compensação e estímulo para enfrentar as crises que vão surgindo no processo terapêutico.

A comunidade terapêutica deve ser um espaço social que favoreça os contactos sociais para a gestão e promoção de saúde, onde a comunicação é democrática e espontânea e, por norma, ocorre em grupo, e o utente experiencia liberdade de expressão, com respeito

mútuo, onde as relações de autoridade são horizontais e as decisões são tomadas por concertação e consenso (Nunes, 2004).

A atividade é um apeto fundamental na vida em comunidade terapêutica, tanto as atividades de trabalho como as de lazer. As atividades de trabalho desenvolvem o sentido da competência, da responsabilidade, da coparticipação, intervêm no autoconceito. As de lazer têm uma componente lúdica, associada a experiências de prazer. Ambas contribuem para que haja um sentimento de pertença.

A terapia nestas comunidades tem como base a qualidade das relações interpessoais do quotidiano, onde o utente progressivamente se conhece mais a si e opta por estratégias de relacionamento mais adequadas. A comunidade terapêutica pretende auxiliar o indivíduo a reformular a sua forma de estar na sociedade, com a promoção de mudanças pela adesão ao processo terapêutico, adaptação ao novo contexto e reformulação de hábitos e formas de funcionamento. Mais ainda procura-se que o utente respeite as regras e seja confrontado com os limites internos e externos, com a descoberta de novos interesses e desenvolvimento de estratégias para lidar com a frustração, assim como pela aceitação da autoridade e integração de novos valores.

Intervenção em comunidades terapêuticas

As comunidades terapêuticas em indivíduos com comportamentos aditivos procura, combater a adição pela manutenção da abstinência e eliminando os comportamentos patológicos associados ao consumo. Os modelos de intervenção utilizados nos adultos são também utilizados nos jovens e encontram-se essencialmente direcionados para os efeitos e consequências do consumo de substâncias tanto no indivíduo como no seu contexto social (Gaudet, 2006).

Gaudet reflete que o principal objetivo da intervenção é a manutenção da abstinência e adesão aos programas terapêuticos, sejam eles programas ambulatórios, ocupacionais ou residenciais. Em todos estes programas podem ser aplicados diversos modelos terapêuticos como o biomédico, behaviorista, ético-religioso, de autoajuda, social, sistémico e psicológico. No modelo psicológico, o consumo surge como resposta a um desequilíbrio psicológico do indivíduo e reflete a tentativa de sobrevivência à recuperação do equilíbrio (Gaudet, 2006).

Nos Estados Unidos da América, em 1935, foi criado um programa por William Wilson e Robert Smith como forma de tratamento do alcoolismo. Posteriormente foi adaptado a todo o tipo de dependências químicas. O programa consiste em reuniões regulares com o

propósito de ser um apoio para as pessoas compartilham as suas vitórias e discutirem os seus problemas (Sobre Alcoólicos Anónimos, 2017). Os doze passos do programa são os seguintes:

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que as nossas vidas se tinham tornado ingovernáveis.
2. Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos nos poderia restituir a sanidade.
3. Decidimos entregar a nossa vontade e a nossa vida aos cuidados de Deus, como O concebíamos.
4. Fizemos, sem medo, um minucioso inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos, perante Deus, perante nós próprios e perante outro ser humano a natureza exacta dos nossos erros.
6. Dispusemo-nos inteiramente a aceitar que Deus nos libertasse de todos estes defeitos de carácter.
7. Humildemente Lhe pedimos que nos livrasse das nossas imperfeições.
8. Fizemos uma lista de todas as pessoas a quem tínhamos causado danos e dispusemo-nos a fazer reparações a todas elas.
9. Fizemos reparações directas a tais pessoas sempre que possível, excepto quando fazê-lo implicasse prejudicá-las ou a outras.
10. Continuámos a fazer o inventário pessoal e quando estávamos errados admitíamo-lo imediatamente.
11. Procurámos, através da oração e da meditação, melhorar o nosso contacto consciente com Deus, como O concebíamos, pedindo apenas o conhecimento da Sua vontade em relação a nós e a força para a realizar.
12. Tendo tido um despertar espiritual como resultado destes passos, procurámos levar esta mensagem a outros alcoólicos e praticar estes princípios em todos os aspectos da nossa vida.

A sociedade sem fins lucrativos Narcóticos Anônimos funciona com base neste programa, destinado a pessoas para as quais as drogas são um problema maior, e baseia-se na realização de reuniões regulares onde adictos ou dependentes de drogas podem ajudar-se mutuamente a manterem total abstinência de qualquer droga. A única requisição para se tornar membro é o desejo de parar de usar (Narcotics Anonymous, 1993). Segundo Edwards Mashall & Cook (2005), estas reuniões são fundamentalmente relevantes para que os sujeitos se mantenham isentos de substâncias.

Institucionalização em comunidades terapêuticas

Segundo Goffman (2001), a institucionalização de doentes adictos apresenta importantes aspetos psicossociais. No início o utente passa pelo choque cultural de integrar a comunidade terapêutica que tem o seu próprio sistema cultural e de valores, pelo que o utente acaba por desenvolver ações internas com diferentes manifestações externas. Por um lado, o utente desenvolveu um estado de dependência com a droga de eleição logo favorece com o isolamento da sociedade e em manter-se num ambiente protegido. O choque que o utente sente leva a que, por norma, os primeiros internamentos sejam curtos com a justificação de não se sentir preparado para o tratamento (Goffman, 2001).

O abandono da comunidade terapêutica pode ser visto como falta de motivação para o tratamento, mas pode também significar uma dificuldade na assimilação e na vivência do novo meio social onde todos têm em comum a dependência química, apesar de tratar-se de indivíduos diferentes. Assim, o utente pode experienciar um forte sentimento de negação e resistência. Para que a institucionalização tenha mais sucesso é importante que o utente tenha uma avaliação interdisciplinar, sendo que após as primeiras semanas, as mais críticas no processo de adaptação, o utente tendencialmente aceita a sua nova situação de utente institucionalizado. A probabilidade de completar o tratamento com sucesso aumenta à medida que o indivíduo consegue superar os conflitos internos e externos (Goffman, 2001).

De acordo com a mesma linha de pensamento de Goffman, o processo de tratamento com a institucionalização numa comunidade terapêutica engloba três fases num período de nove meses, a desintoxicação, interiorização e ressocialização. Considera que para uma comunidade terapêutica ser considerada uma instituição fechada deve segregar um número considerável de indivíduos em situação semelhante por um período de tempo considerável. Apesar de virtual existe sempre uma barreira entre o mundo interno da comunidade terapêutica e a realidade exterior. Porém os aspetos quotidianos da vida comum são integrados na comunidade terapêutica, como o trabalhar e descansar.

No processo de institucionalização, o indivíduo com comportamento aditivo está sujeito a um conjunto de atividades pré-estabelecidas que são cumpridas num determinado tempo e num horário rigoroso, impondo um sistema de regras. Estas atividades promovem o espirito de equipa, uma vez que são realizadas na companhia do grupo, com a supervisão dos profissionais da comunidade. Ao longo da institucionalização a perceção do indivíduo acerca de si mesmo altera-se diversas vezes, verificando-se mudanças no seu sistema de crenças acerca de si próprio e dos outros (Goffman, 2001).

Segundo o mesmo autor, o caso especifico dos indivíduos com comportamentos aditivos deve ser restrito a algumas atividades e papéis sociais, direcionando a sua estadia para a recuperação pela modificação do seu sistema individual. Desta forma, é importante um projeto terapêutico organizado para a ressocialização. Contudo, a institucionalização apresenta algumas desvantagens como a perda de vículos e papéis sociais, ou seja, a perda de relações interpessoais e vínculos de trabalho, por exemplo. Algumas destas relações e vínculos são recuperados depois do tratamento, enquanto algumas perdas são irrecuperáveis, como as perdas financeiras e a estigmatização.

A institucionalização pode ser encarada como uma casa para a mudança e experimento das pessoas, gerando alterações dos esquemas culturais do indivíduo pelo distanciamento das mudanças do mundo exterior. Goffman chama a atenção para os internamentos prolongados dos utentes tornando-os temporariamente incapazes de encarar determinados aspetos da sua vida quotidiana.

Segundo Fernández (2011), ao avaliar as comunidades terapêuticas verificamos que a estrutura demonstra a existência de vínculos e laços afetivos, com todas as vantagens e desvantagens de todos os sistemas sociais. Podemos considerar que nestas comunidades surgem fenómenos como a aculturação e assimilação, com a formação de grupos sociais diferenciados de outros pelas suas formas culturais e estilos de vida. Todos os membros do grupo, nas comunidades terapêuticas se identificam e reconhecem na sua nova condição social, partilhando uma história comum e reconhecendo-se mutuamente pelos elementos da sua história.

Na institucionalização verifica-se um fenómeno de assimilação, oposto à pluralidade cultural, isto é, os indivíduos reconhecem-se numa identidade de adictos. Quando estes assumem esta identidade como a única identidade existente tornam-se fundamentalistas que, por si só, é já uma forma de institucionalização. Em regra geral, as comunidades terapêuticas fornecem aos indivíduos os mecanismos e instrumentos necessários para que estes se encontrem consigo mesmos, para que se tornem senhores do seu destino. Assim, o processo de mudança do adito verifica-se como um processo de maturação comportamental, onde o indivíduo abandona os comportamentos autodestruidores e conseque comportar-se de forma socialmente adequada. Por conseguinte, o indivíduo aumenta o seu autoconhecimento, a aceitação de si mesmo, com o objetivo de atingir a maturação pessoal, independência e autonomia. Por outro lado, o suporte do autoconhecimento muitas vezes é efetuado com base no reconhecimento de valores espirituais que levam à mudança do indivíduo pela sua satisfação com a própria existência e reconstrução dos seus valores intrínsecos.

Os adictos institucionalizados são motivados ao internamento devido a uma situação de risco emergente pela sua dependência. Apesar das comunidades terapêuticas procurarem recriar um ambiente social o mais próximo possível da realidade, este é sempre um ambiente artificial e grande parte dos adictos quando retomam à sociedade, voltam a consumir substâncias quer tenham terminado o tratamento ou não (Saraceno, 2011). O mesmo autor, afirma que grande parte dos indivíduos com comportamentos adictos passam a sua vida a entrar e sair de comunidades terapêuticas, tornando-se incapazes de retomar à sociedade.

Quando, perante estes casos, se pode observar a aculturação à comunidade terapêutica, a institucionalização revela-se de tal forma intensa que não possibilita o retorno do sujeito à sociedade. Nestas situações, o eu individual do sujeito passa a ser identificado com a comunidade e não com a sociedade, pelo que as recaídas são tidas como tentativas falhadas de integração da sociedade, reforçando ainda mais a institucionalização (Saraceno, 2011).
Segundo a mesma linha de pensamento, o processo de desinstitucionalização é o mais importante, pois é o momento em que ocorre a reconstrução da história dos sujeitos, com a reapropriação do seu passado e presente, tornando-se importante readquirir os seus espaços.

Processo de adesão terapêutica

O processo de adesão ao regime terapêutico é um processo multidimensional, complexo e dinâmico, difícil de medir ou quantificar, tido como um processo com obstáculos diários com os quais os profissionais de saúde têm de lidar constantemente. A adesão ao regime terapêutico é definida como a adoção de um comportamento, como a toma de um medicamento ou alteração do estilo de vida de acordo com a recomendação de um profissional de saúde (OMS, 2003). Almeida et al. (2007) considera que a adesão ao tratamento é uma combinação de comportamentos como a tomada de medicamentos e mudança dos hábitos de vida. Na adesão verifica-se a redução do poder clínico na decisão do tratamento, com o reconhecimento das responsabilidades específicas de todas as partes no processo assim como dos indivíduos que estão envolvidos no processo de forma direta ou indireta (Osterberg & Blaschke, 2005).

Segundo Teles-Correia (2007), existem vários fatores que podem influenciar a adesão terapêutica, tais como os fatores sociais, económicos e culturais, relativo à patologia e regime terapêutico, e fatores relacionados com a relação do sujeito com os profissionais de saúde e do serviço de saúde. Por exemplo, os fatores socioeconómicos como baixos rendimentos, desemprego e outros custos são uma forte componente para o abandono do plano terapêutico. Por sua vez, alguns fatores são responsáveis pelo abandono do tratamento como os efeitos

colaterais do tratamento, a quantidade de medicação administrada, os horários difíceis e a eficácia de tratamentos anterior. (Teles-Correia, 2007).

No seguimento do autor, existem duas variáveis relacionadas com o ser humano e com a vivência da situação para a promoção da adesão ao tratamento. A primeira engloba fatores como a idade, a perceção e identificação dos sintomas, o problema em si, a falta de conhecimento e estratégias de adesão, as crenças e perceções individuais de saúde, os benefícios do tratamento e a capacidade de adaptação e manutenção do regime terapêutico. A segunda engloba variáveis relacionadas com a vivência da situação como a complexidade do tratamento, o grau de adversidade, a ausência de resultados rápidos, os efeitos secundários, a duração do tratamento, o apoio ambiental como a gestão do stress e a família. (Teles-Correia, 2007).

Nos últimos anos tem-se assistido à enfatização da relação entre o adito e os profissionais de saúde para o cumprimento da adesão ao regime terapêutico. A falta de adesão terapêutica pelo sujeito aumenta o risco da repetição de comportamentos que podem levar a uma recaída e as políticas ativas de prevenção são essenciais para o combate dos mesmos. Quando o indivíduo com comportamentos aditivos encontra-se perante comportamentos geradores de uma recaída e demonstra lacunas na sua assertividade, deve-se desenvolver estratégias de copping, de modo a que este se sinta capaz de ultrapassar situações de maior instabilidade.

Alguns autores apontam dois tipos de intervenções para a melhoria da adesão ao regime terapêutico (Bugalho & Carneiro, 2004). As intervenções comportamentais que procuram incorporar na rotina quotidiana do utente mecanismos que lhe permitam adaptar e simplificar as suas formas de cumprir o regime terapêutico com a gestão do aumento do aconselhamento e comunicação, a correta simplificação da terapia, a participação ativa dos sujeitos pela auto monitorização da sua condição, mecanismos de reforço positivo e recompensas pelo cumprimento dos objetivos propostos. As intervenções educacionais são impulsionadores do conhecimento relativamente à terapia e da sua condição, como é o caso da promoção da informação oral e escrita, programas educacionais individuais ou em grupo, com o objetivo de desmistificar crenças acerca das vantagens e desvantagens da terapia. Numa possível intervenção fenomenológica haveria a suspensão de crenças e de teorias, seria dada mais importância às vivências no estado da consciência, ao modo como o conhecimento do mundo se realiza para cada pessoa, ou seja, a atenção era meramente dirigida para a experiência em foco.

Como já referido, um adito apresenta baixos níveis de competências pessoais e sociais, aliando uma ansiedade e depressão, por isso, os níveis de suporte social relacionam-se de forma negativa com o isolamento e com a presença de sentimentos de rejeição social. A relação do adito com instituições sociais por norma geram um mal-estar inicial relacionados com o estigma social, que promovem a presença de sentimentos negativos e de rotulagem que marginalizam o sujeito. Com a adesão do tratamento e redefinição do self o indivíduo estabelece novos objetivos de vida, e assim, procura exercer todos os seus direitos de cidadania, buscando novos caminhos para a sua integração social e laboral, e, consequentemente, estes pensamentos, quando extrapolados para a sua nova rotina, adquirem um efeito construtor quer na sua autoestima como na sua autonomia individual, passando a regular de forma independente o seu comportamento coerente e em sintonia com o sistema de valores e princípios adequados à realidade envolvente, com a sua própria perceção de controlo das suas escolhas. Consequentemente a fragilização do sentimento de autodeterminação pessoal influência de forma negativa na capacidade do indivíduo em potenciar mudanças biopsicológicas internas que reflitam o seu trajeto social, na busca do bem-estar.

O desenvolvimento de autonomia e autocontrolo aumenta o sentimento de autodeterminação pessoal, que associado aos correlacionamentos permite a perceção mais clara de mudanças positivas na vida social. Por sua vez, a autodeterminação do indivíduo adito evidência a sua indissociabilidade com a necessidade de relacionamentos e validação de competências. Porém, com a consciencialização do eu e com uma nova construção de uma identidade, o indivíduo ganha consciência das relações familiares antes da adição e tem tendência para formar sentimentos de culpa não só para a família como para com todos aqueles que o rodeiam. Surge no sujeito uma nova vontade de se relacionar com aqueles que lhe eram mais próximos, recuperar e retomar relações destruídas pela adição, procurando assim superar os sentimentos de culpa que surgem, muitas vezes, associados ao tratamento.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

Objetivos do Estudo

No âmbito de uma investigação qualitativa de carácter exploratório, através de uma conceção fenomenológica, o presente estudo tem como objetivo principal a descrição e compreensão da experiência subjetiva dos indivíduos que estiveram institucionalizados num centro de tratamento devido ao abuso do consumo de substâncias. Deste modo, pretende-se compreender o fenómeno da "institucionalização num centro de tratamento" através do olhar dos próprios adictos que vivenciaram esta experiência.

De um modo mais concreto pretende-se examinar fenomenologicamente a experiência vivida pelos adictos após a tomada de consciência de que iam ser internados num centro de tratamento até à saída do mesmo, com o objetivo de entender a essência dos significados subjetivos associados ao fenómeno em questão.

Participantes

A amostra é constituída por quatro participantes, três do sexo masculino e um do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 38 e os 49anos.

Os critérios de seleção dos participantes nesta amostra basearam-se na aceitação e disponibilidade dos participantes em realizar uma entrevista presencial. A amostra foi recolhida por conveniência, os participantes foram contactados por telefone, foi-lhes esclarecido quais os objetivos do estudo e todas as questões do anonimato, as entrevistas foram realizadas presencialmente numa sala reservada para esse fim.

Segue-se uma breve descrição de cada um dos participantes, de acordo com as informações disponibilizadas pelos mesmos:

- Participante 1 (P1) é um homem de 38 anos, técnico de som, esteve internado 13 vezes, 5 meses da última vez.
- Participante 2 (P2) é um homem de 48 anos, oficial de justiça, esteve internado 2 vezes, 8 meses da última vez.
- Participante 3 (P3) é um homem de 49 anos, monitor educacional, esteve internado 2 vezes, 2 meses da última vez.
- Participante 4 (P4) é uma mulher de 48, secretária, esteve internada 2 vezes, 9 meses da última vez.

Material

A entrevista presencial semiestruturada foi escolhida como o principal meio para a obtenção de uma descrição detalhada e completa da experiência vivida, pelo entrevistador e as suas explicações de significado sobre o fenómeno descrito. As entrevistas realizadas foram gravadas com o auxílio de um gravador de áudio do telemóvel e transcritas na sua íntegra para um computador portátil. O tratamento da recolha de dados recolhidos na entrevista foi realizado com base no método fenomenológico de Amadeo Giorgi.

Procedimentos

A amostra foi recolhida por conveniência, uma vez que o investigador tem contacto direto com a população escolhida. Os participantes foram contactados por telemóvel, onde foram convidados a participar numa investigação de mestrado sobre a experiência de estar internado em centro de tratamento por comportamentos aditivos, no entanto, não foram dadas informações pormenorizadas sobre quais as questões que seriam abordadas, de forma a garantir a espontaneidade e evitar o enviesamento das respostas. Após o consentimento dos mesmos, foi marcado um dia e um local para a realização das entrevistas, que decorreu numa sala reservada para esse fim.

Realizou-se um guião semi-estruturado para a aplicação da entrevista (Anexo A), de modo a viabilizar a realização da mesma. Porém antes de serem realizadas, o entrevistador agradeceu a presença e a disponibilidade dos mesmos, esclareceu qual o objetivo do estudo e possíveis questões associadas. Solicitou-se o consentimento e a autorização para a gravação da entrevista, garantido o anonimato e a confidencialidade das respostas. Para este fim, os participantes assinaram a folha do consentimento informado (Anexo B). As entrevistas tiveram uma duração de 20 a 55 minutos, dependendo da disponibilidade e capacidade de verbalização de cada participante.

Posto isto, foram transcritas as entrevistas na íntegra para um computador portátil, de modo a realizar-se uma posterior análise com base no Método Fenomenológico de Investigação Psicologia, de Amadeo Giorgi e Daniel Sousa (2010).

Investigação Qualitativa

Os estudos realizados em psicologia são maioritariamente quantitativos, porém a investigação qualitativa deve ser valorizada, é utilizada sobretudo quando os investigadores estão mais interessados em compreender as perceções individuais do mundo, e procuram a compreensão dos fenómenos, ao invés da investigação quantitativa que procura recolher os factos e estudar a relação entre eles (Bell,2004).

Deste modo, a investigação qualitativa tem o privilégio de abranger várias possibilidades de estudar fenómenos que englobam os seres humanos e as suas relações sociais em diferentes ambientes, podem ser utilizadas diversas orientações teóricas como a fenomenologia, o materialismo dialético e o interacionismo simbólico. A investigação tem como principal objetivo desenvolver uma compreensão de como o mundo é construído, ela é responsável pelo conhecimento do outro, pelo conhecimento reflexivo e pretende compreender os fenómenos segundo a perspetiva dos sujeitos que o vivenciaram (Garnica, 1997).

Visto que o presente estudo visa explorar a experiência do internamento em centro de tratamento por comportamentos aditivos, a escolha de um método qualitativo de natureza fenomenológica, é na opinião do investigador a mais adequada para a investigação, uma vez que parte da descrição de experiências pessoais para alcançar a unidade de significado psicológico, implícito ou explícito, descrito no discurso dos participantes. É de realçar que a investigação qualitativa procura uma compreensão particular do fenómeno em estudo, onde o foco é dirigido para o individual e para o específico, de modo a obter uma compreensão dos fenómenos estudados que surgem apenas quando situados (Coltro, 2000; & Martins e Bicudo, 1989).

A entrevista prevalece a experiência dos sujeitos que vivenciaram o fenómeno em estudo, ela ajuda-nos a compreender a realidade humana através do discurso visto que engloba processos interativos pelo contacto direto do investigador com o fenómeno em estudo, tendo sempre em conta que os sujeitos serão os atores principais na criação de significados intencionais sobre a experiência (Maracek, 2003)

Os aspetos mais importantes de uma abordagem fenomenológica, numa primeira fase acedem à compreensão do fenómeno da consciência e posteriormente à totalidade da experiência vivida por um sujeito. Deste modo, assume-se que a consciência é a principal fonte de construção de significado face ao fenómeno (Giorgi & Sousa, 2010). Em suma, de acordo com Creswell (2007) numa fase final da investigação qualitativa é integrado uma série

de aspetos como a experiência vivida pelos sujeitos, a reflexão do investigador, a sua descrição e interpretação do fenómeno.

Método Fenomenológico

O termo fenomenologia foi utilizado pela primeira vez por Johann Heinrich Lambert referindo-se à teoria da ilusão sobre diferentes formas, no entanto a fenomenologia como uma nova linha de pensamento surge no início do século XX, com Edmund Hurssel, que a define como a ciência dos fenómenos (Dartigues, 1992). No real, Husserl (1925) definiu a fenomenologia de dois modos, num primeiro plano como um novo método descritivo que levaria à existência de uma ciência, e num segundo como uma filosofia científica que tornaria possível uma reforma metodológica.

O método fenomenológico pretende descrever o fenómeno, ou seja, a experiência do homem tal como ela é, e não segundo suposições já estabelecidas pelas ciências naturais (Martins & Bicudo,1989), é centrado na experiência do ser humano e portanto o ponto de partida da investigação é a compreensão e a análise da vida do próprio homem expressa através de significados próprios (Masini,1989). De acordo com Husserl, é através deste método que se estuda em paralelo o objeto e a subjetividade existente na consciência, dirigidas a um mesmo objeto. Através desta linha de pensamento, a psicologia fenomenológica investiga a experiência vivida pelos indivíduos, onde estes revelam perceções de si mesmo, do outro, do contexto social e cultural, ou seja, investiga a forma como os objetos surgem à consciência. (Giorgi & Sousa,2010).

Segundo Martins (1992), o investigador não deve ver o fenómeno de modo comum, mas sim por de parte todos os preconceitos e possíveis hipótese sobre aquilo que está a investigar, ou seja, deve ter em atenção a epoché - capacidade do investigador por de parte teorias ou explicações dadas à priori, suspender as crenças do mundo natural e procurar estabelecer um contacto direto com o fenómeno como algo puro e livre de elementos pessoais e deste modo, prevalecer a obtenção da essência do fenómeno que será a experiência vivenciada pelo sujeito (Martins, 1992).

No seguimento desta investigação, ao analisarmos um fenómeno, os sujeitos relatam uma experiência vivenciada que posteriormente é analisada de modo a conhecermos a essência psicológica do fenómeno estudado, tornando-se importante que haja uma descrição para que possamos conhecer como alguém experiência o que se pretende estudar (Giorgi,2000). Esta descrição da experiência por quem a vivência é o caminho para a compreensão dele, e a linguagem é uma das formas que permite essa compreensão (Martins,

1992). Em suma, o que se pretende é compreender o fenómeno em si, e permitir a emergência da sua essência (Groenewald, 2004).

Método Fenomenológico de Amadeo Giorgi

Segundo Amadeo Giorgi, o principal objetivo do investigador é realizar a transcrição minuciosa e precisa do fenómeno com a respetiva análise, tendo presente que deve haver uma abstenção de conhecimentos anteriores, de modo a que esses conhecimentos não influenciem a descrição dos factos (Groenewald, 2004). A transcrição precisa deve seguir um protocolo de quatro passos inessenciais dos quais passo a referir:

1) Estabelecer o Sentido do Todo – Tem como principal objetivo obter um sentido da experiência na sua globalidade, ou seja, reter o sentido geral do protocolo, o investigador pretende apenas ler a transcrição completa da entrevista sem colocar hipóteses interpretativas.
2) Determinação das Partes: Divisão das Unidades de Significado – Nesta fase o investigador retorna à leitura do protocolo e dividi-o em partes mais pequenas, denominadas de unidades de significado. A divisão é realizada com base nas unidades de significado estabelecidas de acordo com critérios psicológicos. Num primeiro momento a divisão mantem-se de acordo com a linguagem de senso comum do participante e posteriormente o investigador entra numa redução fenomenológica.
3) Transformação das Unidades de Significado em Expressões de Carácter Psicológico – Aqui há um progressivo aprofundamento do significado das descrições dadas pelo individuo, ou seja, a linguagem do senso comum é transformada em expressões que clarifiquem o significado psicológico das transcrições do sujeito. O objetivo é desvelar e descrever essencialmente os significados psicológicos contidos na transcrição.
4) Determinação da Estrutura Geral de Significados Psicológicos- Numa fase final é feita a análise de um conjunto de unidades de significado, onde o investigador faz uma síntese, transformando as unidades de significado numa estrutura descritiva geral, ou seja, o investigador analisa cada uma das unidades de significado psicológico e define quais os constituintes invariantes utilizados na construção da estrutura geral de significado psicológico (Giorgi & Sousa, 2010).

Deste modo, entrevistas fenomenológicas passaram por um processo de análise baseado no método que permitiu a obtenção de resultados, no qual o investigador apresenta os dados onde cada constituinte essencial será evidenciado e explicado. Posto isto, permite-nos perceber quais as variações empíricas presentes e as relações existentes entre os vários constituintes essenciais. O investigador realiza um pequeno resumo sobre a essência de cada constituinte essencial do estudo e apresenta uma citação de cada participante que ajude à compreensão do fenómeno. Assim sendo, após a apresentação dos resultados, o investigador com base na literatura articula uma discussão tendo em conta o foco da investigação (Giorgi & Sousa, 2010).

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Com base no método fenomenológico de Giorgi, os resultados serão apresentados de acordo com duas vertentes principais, sendo a primeira vertente referente à *estrutura geral de significados psicológicos*, que congrega a essência comum das experiências subjetivas dos quatro participantes em relação ao tema em estudo, e a segunda vertente referente à descrição e análise dos sentidos mais invariantes, denominados *constituintes essenciais* da experiência, bem como das respetivas *variações empíricas*.

Posto isto, de acordo com os quatro passos do método fenomenológico de Giorgi, a transcrição das entrevistas, juntamente com a transformação das unidades de significado em expressões de caráter psicológico, podem ser consultadas na secção dos Anexos – Anexo A, B, C e D.

Descrição da Estrutura Geral de Significado

Numa fase inicial os comportamentos aditivos estão associados à fase do desenvolvimento considerada de um modo geral, complexa e desafiante, marcada pela transição entre a infância e a vida adulta que é a *adolescência*. Para todos os participantes o início do consumo ou *o aumento da frequência do consumo* surge nesta fase. No entanto, com o passar do tempo a frequência com que consomem aumenta, chegando a um ponto em que não conseguem parar, sentem uma necessidade extrema do consumo e aí reconhecem a presença de uma dependência. Quando já adictos, a vida torna-se um ciclo onde os indivíduos simplesmente pensam em estratégias para conseguir a substancia de que dependem, deste modo vivem uma profunda e existencial desesperança, desamparo e pessimismo sobre o

futuro, perdendo objetivos de vida, sonhos, desejos e capacidade de encontrar significados, vivenciando portanto momentos de *vulnerabilidade emocional*. Perante tal, uns pedem ajuda, outros simplesmente aceitam-na, tendo o *suporte familiar* um papel fulcral no processo. Normalmente, a família é o ponto de ligação entre o centro de tratamento e o adito. Após a entrada em centro de tratamento, surgem os momentos de maior *dificuldade em lidar com as regras*, na medida em que um adito vive no seu mundo, faz aquilo que quer quando quer e portanto acaba por perder hábitos de rotina como a higiene pessoal, o comprimento de horários, a realização de tarefas, entre outros. Após assimiladas as regras, é realizado todo um trabalho diário de partilha de vivências, emoções e sentimentos. Devido a esse trabalho, começam a consciencializarem-se do sofrimento que causaram aos seus familiares, sentem responsabilidade pelo ato que provocou prejuízo ao outro, e por isso sentem-se desconfortáveis quando recebiam chamadas ou visitas dos mesmos, pois há a presença de *sentimentos de culpa* para com os mesmos. A certo ponto, os participantes começam a apresentar *ambições de vida* sem grandes perspetivas a longo prazo, pensam mais no viver um dia de cada vez, em conseguirem arranjar um emprego, voltar a área que tralhavam, serem honestos consigo próprios, entre outros.

Numa ótica geral do processo, há uma *alteração do modo de ser/estar no mundo*, onde os participantes deram de si para a mudança, passam a conhecer-se melhor e alteram os seus comportamentos e formas de estar ou de agir na sociedade, tomando consciência de alguns aspetos criam diferentes estratégias de lidar com a vida, voltam a sonhar de novo, repararam relações e atingem o sucesso. Ainda assim, apresenta momentos de *vulnerabilidade emocional* após a saída do centro de tratamento, pois sentem-se desprotegidos pela falta de suporte técnico e por isso revelam alguma dificuldade em recomeçar uma vida de forma autónoma.

Constituintes Essenciais e Variações Empíricas

Os constituintes essenciais representam os significados invariantes que foram encontrados durante a análise das entrevistas realizadas aos quatro participantes, que apreenderam a essência da experiência da institucionalização num centro de tratamento por comportamentos aditivos. Deste modo, foram identificados 8 constituintes essenciais na estrutura geral de significado que passo a apresentar:

Tabela1. Apresentação dos Constituintes Essenciais.

Constituintes Essenciais
• Aumento da frequência do consumo na adolescência. • Vulnerabilidade emocional. • Suporte familiar. • Dificuldade em lidar com as regras. • Autoconhecimento e sucesso pessoal. • Sentimentos de culpa. • Ambições de vida. • Alteração do modo de ser-estar no Mundo.

Posto isto, os constituintes essenciais serão apresentados junto de uma análise com as respetivas variações empíricas que serão complementadas através das citações mais significativas dos participantes. Em suma, será apresentada uma tabela em síntese dos constituintes essenciais e das respetivas variações empíricas.

Aumento da frequência do consumo na adolescência

A Adolescência é a fase que marca a transição entre a infância e a idade adulta, onde ocorrem alterações a nível físico, mental e social. Para os quatro participantes deste estudo, a adolescência aparasse como marque do início do consumo de substâncias aditivas ou como a fase em que há um aumento da frequência do consumo das mesmas.

Para o participante 1 (P1) o primeiro contacto com as drogas surgiu em contexto grupal, aos 12 anos após a perda da figura materna.

O participante 2 (P2) evidência que o consumo do álcool de forma mais regular surgiu por volta dos 21 anos, entre amigos, porém sempre teve curiosidade para experimentar drogas e fê-lo de forma autónoma.

O participante 3 (P3) revela ter uma família disfuncional, ausente e muito liberal, o que tornava fácil que ele consumisse sem que ninguém desse conta. Deste modo, por volta dos 10 anos já se juntava com os seus amigos na discoteca do seu pai para beber álcool.

A participante 4 (P4) revela que as suas primeiras experiências aconteceram em contexto escolar entre amigas, reconhecendo que nessa altura já havia propensão para um consumo mais elevado face às mesmas.

Tabela 2. Citações dos participantes relativamente ao primeiro constituinte essencial.

Participantes	Citações dos participantes
P1	"A primeira vez que tive contacto com a droga, foi com o haxixe aos 12 anos, estava em grupo, eu já tinha um grupo de amigos em que todos usavam drogas, depois houve um incidente, uma coisa um bocado trágica na minha vida que foi a minha mãe ter morrido quando eu tinha 12 anos e depois da morte dela eu comecei a usar drogas e álcool."
P2	"Só aos 21 anos é que comecei a beber com amigos, na garagem do meu pai que ele tinha muitos vinhos, e ali numa patuscada com chouriço lá bebíamos.(…) A droga foi com 21 anos, ninguém me deu, eu é que a procurei, não foi num contexto social. Fui até à praça do comércio, eles andavam a vender haxixe."
P3	"Sou de uma família um bocado disfuncional, o meu pai nunca estava em casa e a minha mãe trabalhava fora. (…) o meu pai na altura tinha uma discoteca, então eu volta e meia levava os meus amigos para la, para bebermos uns copos, então eu comecei a beber muito cedo, tinha para ai 10 anos, e depois comecei a beber às escondidas do meu pai, às escondidas da minha mãe, à noite quando saia, porque eu tinha uma grande liberdade, opa, a minha mãe como saia de manha e vinha à noite, dava-nos a liberdade que nós queríamos."
P4	"Começou com o álcool, em festas que havia na escola, fins de ano, quando acabava o ano letivo havia sempre festas e eu normalmente já bebia de mais em comparação com as outras minhas colegas, eu bebia mais que a conta, mesmo de início. A droga lembro-me perfeitamente, foi na escola, no meu oitavo ano, foi com um grupo de amigas para experimentar, fumava-mos erva na altura, fumávamos charros era entre todas, costumava-mos fumar às vezes."

Vulnerabilidade emocional

A vulnerabilidade emocional diz respeito à dificuldade em se adaptar afetivamente a um contexto, criando consequências desfavoráveis para o indivíduo. O desespero é uma vulnerabilidade emocional, onde há uma profunda e existencial desesperança, desamparo, impotência e pessimismo sobre a vida e o futuro, há a ausência de fé sobre a capacidade de encontrar significado, de se sentir realizado ou momentos de felicidade. Por outro lado, temos o desamparo que remete para sentimentos de abandono, tristeza e solidão, onde há necessidade de um suporte emocional. Após o uso de álcool e de drogas passar a ser uma adição na vida dos participantes, todos vivenciaram vulnerabilidade emocional em diferentes momentos da vida, onde perderam a esperança, a capacidade de produzir, de sonhar e de viver.

O participante 1 revela ter pedido o rumo da sua vida aos 35 anos devido ao consumo de anfetaminas que o levaram à loucura. Revela sentir-se desamparado quando sai do centro de tratamento e depara-se com um mundo diferente, sem o mesmo tipo de suporte e proteção que tinha, foi um misto de sentimentos entre medo, coragem e força.

Do mesmo modo, o participante 2 revela ter perdido o rumo da sua vida com o uso de drogas mais duras e posteriormente, dentro do centro de tratamento revelava sentir medo em voltar a enfrentar um mundo desprotegido fora da instituição.

A realidade de vida do participante 3 era bem degradante e autodestrutiva, de tal modo que os seus dias eram passados a consumir aquilo que estivesse ao seu alcance ou então a tentar arranjar dinheiro para poder comprar álcool. O desespero era enorme e a vontade de viver muito pouca acabando por tentar duas vezes o suicídio. No regresso ao mundo ca fora, sentiu muito pânico em ter que assumir as suas responsabilidades de forma autónoma, gerir o seu próprio ordenado e enfrentar a vida sozinho, sem o mesmo tipo de suporte que estava habituado.

A participante 4 expressa que já estava cansada da vida que levava, sentia um enorme desgaste, já não tinha vontade para fazer nada e por isso pediu ajuda. Após a saída do centro de tratamento, três anos depois de estar limpa, voltou a sentir um grande desespero após a morte dos seus pais, perdeu de novo o rumo à sua vida, já não tinha que viver para agradar ninguém e por isso voltou a pedir ajuda ao centro de tratamento.

Tabela 3. Citações dos participantes relativamente ao segundo constituinte essencial.

Participantes	Citações dos participantes
P1	"Então é assim, a minha adição começou com 12 anos e tenho 38, até os 36 tive sempre envolvido com drogas, dos 12 aos 36, fui ter três vezes a psiquiatria sem dar por nada, todo louco já fora de mim perdi o rumo da minha vida completamente aos 35 com um género de drogas que é as anfetaminas, que eu comecei a usar, e então à terceira vez que fui parar à psiquiatria, que aquilo é horroroso, é muita complicado estar ali porque é muita medicação, são brutos, predem-te à cama, fazem "n" coisas. Os médicos disseram ao meu irmão que eu não ia voltar a ser normal outra vez, que eu ia ficar completamente louco, que eu não ia ter um discurso normal, mas não sei porquê voltei a ser normal e houve uma tarde la na psiquiatria que eu disse: eu tenho de para de usar de drogas, eu nunca quis parar realmente, eu queria fazer tratamentos para parar um bocadinho, voltar a estar melhor e voltar a ter a vida que tinha, naquela altura ali em santa maria eu disse eu tenho que deixar de usar porque eu vou ficar maluco, ou vou morrer, ou vai acontecer-me qualquer coisa, depois então entrei num tratamento de doze passos, onde há muita terapia de grupo, onde se fala imenso do nosso passado, onde se percebe os erros que cometemos, onde tens de ser honesto, que eu fui para tirar algum benefício do tratamento (…) de repente à medida que se vai aproximando a data de saída, primeiro fiquei muita contente mas depois quando chegou o dia pensei, agora vou ficar sem esta gente toda, estou sozinho, mas depois tu tens as reuniões, é um misto de medo, de coragem, de força e de quero e ao mesmo tempo eu ainda hoje vou lá ao centro de vez em quando, tas a perceber?!"
P2	"Cheguei ao tratamento quando mais tarde comecei nas drogas duras e eu pronto, não conseguia parar, ressacava, tinha que consumir todos os dias e via que tinha perdido o rumo à minha vida. (…) Por um lado queria sair mas por outro estava com muito medo da vida que ia encontrar."
P3	"Epá, eu estava tão desesperado com a minha vida nessa altura, que não passava de levantava-me ir para o jardim, encontrar-me com mais três ou quatro pessoas que estavam no mesmo estado que eu, juntávamos o

	dinheiro que tínhamos, íamos comprar bebida, bebíamos. (…) Quis suicidar-me duas vezes, tentei, uma delas sentei-me na beira do metro, estava à espera que o metro passasse ali em entrecampos, estava uma senhora sentada nos bancos, levanta-se e senta-se ao meu lado e diz você não faça isso, você é tão novo. (…) "Foi muito complicado, eu nunca mais me esqueço que a minha irmã, epá o Manuel já estava cá fora, ele saiu primeiro do que eu, e eu fui viver com ele, e o que eu nunca mais me esqueço, é que a minha irmã foi-me buscar e o caminho para Lisboa eu vinha em pânico, sozinho, agora vou começar a andar sozinho, transportes sozinho, tratar da minha vida sozinho, gerir o meu dinheiro, epá e agora?! Eu saí a um de Dezembro, e recebi o meu primeiro ordenado no dia vinte e dois de Novembro, gerir aquilo tudo sozinho, eu dizia há minha irmã, eu não vou ser capaz, ou vou-me esticar todo, eu não vou ser capaz."
P4	"Eu já estava muito cansada daquela vida, com 28 anos, eu já estava muito cansada, mesmo os meus amigos dos meus 19 anos, muitos já tinham parado de usar e eu já não sabia o que fazer, porque eu já não me sentia bem em usar, era mesmo para tirar a ressaca física. Psicologicamente estava completamente desgastada e sem vontade para nada, e então recorri ao centro. (…) Nos anos que estive limpa esforcei-me imenso para o bem-estar deles, não foi para o meu, foi muito para não os desiludir e agora acho que estou a viver para mim, apesar de não ter sido fácil se não, não ia para tratamento novamente porque senti quase o mesmo desespero quando a minha mãe faleceu e agora o que é que eu vou fazer à minha vida, parece que já não tenho ninguém para tomar conta ou para provar qualquer coisa."

Suporte familiar

Todos os participantes revelaram a importância de ter o apoio familiar, pois na maior parte deles a iniciativa para frequentar centros de tratamento partiu dos mesmos, ou então andou para frente devido ao apoio que estes prestaram. De tal modo, que os familiares acabam por ser, juntamento com os técnicos o único suporte dos participantes na fase inicial do tratamento.

O participante 1 revela ter tido sempre o apoio dos seus dois irmãos e da sua cunhada, afirma que estes sempre estiveram ao seu lado e prontos a ajudar.

Por outro lado, o participante 2 saliente que foi para tratamento porque quis, mas que apesar de tudo sempre teve o apoio dos seus pais.

Segundo o participante 3 há uma luz no céu que foi a salvação da vida dele, a sua irmã que ao vê-lo degradar-se sempre manteve a porta aberta para lhe dar o suporte que ele necessitava.

A participante 4 revela ter tipo sempre o apoio dos seus pais e irmãos, quando apercebeu-se ter uma dependência pediu ajuda aos pais para ir para um centro de tratamento.

Tabela 4. Citações dos participantes relativamente ao terceiro constituinte essencial.

Participantes	**Citações dos participantes**
P1	"Tive sempre porque o meu pai, o meu irmão mais velho e a minha mãe já morreram, tive sempre dois irmãos e uma cunhada, que era a mulher do meu irmão que já morreu, a Susana, por sinal também já morreu o ano passado quando eu estava em tratamento, mas que me apoiaram sempre, e sempre que eu precisei de ajuda eles me apoiaram e tiveram lá."
P2	"Sim tive sempre o apoio dos meus pais. Eu fui porque quis porque precisava de ajuda, porque sou uma pessoa doente.(…) Os meus pais estavam felizes, muito satisfeitos, sabiam que estava a fazer por mim."
P3	"Eu costumo dizer que eu tenho uma luz la em cima, a minha irmã foi uma pessoa que, epá eu comecei a degradar, eu fui viver para uma casa, saí dessa casa, vivi numa garagem, era um amigo meu que era a única coisa que tinha para me ajudar, vivi numa garagem, foi a minha irmã que me foi buscar (…) A minha irmã, dava-me dinheiro para pagar o quarto todos os meses, e para comer todas as semanas (…)a minha irmã, através de uma amiga dela, conheceu o centro de tratamento e a minha irmã disse-me assim eu vou-te internar, tu vais morrer."
P4	"Na altura falei com os meus pais (…), eu já estava bem e quando souberam que eu tinha voltado a usar heroína, eu nessa altura pedi-lhes ajuda, é claro que me fecharam as portas, acabou-se o dinheiro, eu na altura

	já vivia sozinha, foi mesmo ou vais para o centro e pedes ajuda ou então vais viver para a rua.(…) Eu quando saí tive muito apoio dos meus pais e dos meus irmãos, reagiram muito bem mesmo, estavam muito contentes por me ver.”

Dificuldade em lidar com regras

A dificuldade em lidar com regras surge na medida em que um adito vive no seu mundo, faz aquilo que quer quando quer e portanto acaba por perder hábitos de rotina como a higiene pessoal, horários, realização de tarefas, entre outros.

O participante 1 revela que estava habituado a acordar às cinco da tarde, e que ter que passar a acordar às sete e meia da manha foi um grande desafio, para além de estar habituado a ficar dias sem tomar banho e a não ter horários para comer.

Por outro lado, o participante 2 revela ser difícil adaptar-se às regras no entanto, obedecia para não arranjar problemas.

O participante 3 salienta que as regras foi uma das coisas mais difícil de se adaptar pois nunca acordava a hora estabelecida, acabando sempre por o irem acordar. Revela que tomar banho era algo que não gostava muito de fazer e por isso, a dada altura o monitor ia com ele para a casa de banho de modo a certificarem-se que as questões de higiene eram cumpridas.

Para a participante 4, cumprir horários era um grande desafio, pois estava habituada a chegar às horas que queria. Considera que os técnicos não eram ninguém para lhe dar ordens.

Tabela 5. Citações dos participantes relativamente ao quarto constituinte essencial.

Participantes	**Citações dos participantes**
P1	“É complicado porque por exemplo, eu acordava às cinco da tarde e a partir daquele dia tive que começar a acordar às sere, depois tinha que tomar banho e eu as vezes passava temporadas sem tomar banho e sem fazer a barba, depois comer à uma da tarde, é complicado, mas depois acho eu que nós também somos entres aspas animais de hábitos, habituem-me em vez de viver durante a noite a viver durante o dia.”
P2	“Era difícil, mas não pensava, tenho que fazer faço, obedecia porque se não obedecesse ia arranjar problemas.”

P3	"Epá, muita complicada porque é assim acordas às 07:30, qual acordas às 07:30?! Quando o monitor ia lá bater à porta eu dava voltas na cama, gritava. Estava habituado a acordar quando me apetecia, la para as 11:00, 12:00, muitas vezes acordava às 6:00 da manhã mas era quando me apetecia. Epá, uma das coisas mais difíceis era exatamente essa, e tomar banho todos os dias, eu entrei num adito, adito, ficava uma semana sem tomar banho, levava um mês sem fazer a barba. Quando era confrontado, eu revoltava-me, dizia que não queria."
P4	"Recordo-me que pronto, quem era aquela gente para me dizer para não fazer isto ou não fazer aquilo, e dizerem-me que era uma menina. Eu não tinha horários para nada, chegava atrasada e há hora que queria."

Autoconhecimento e sucesso pessoal

O autoconhecimento remete para o conhecimento de um individuo sobre si mesmo, é quando o individuo se conhece melhor e passa a ter controlo das suas emoções, podendo evitar sentimentos de frustração, ansiedade, instabilidade emocional, entre outros. Deste modo, o autoconhecimento leva ao sucesso pessoal de cada individuo na sociedade.

O participante 1 revela que com o internamento percebeu que pode libertar-se do seu passado e ser feliz sem drogas.

O participante 2 afirma que ganhou-se a si próprio, passou a saber o quer da sua vida, e afirma que quando não souber já tem estratégias para lidar com isso.

O participante 3 refere que ganhou quase tudo com a instituição, conseguiu perceber que ele sozinho não é capaz, precisa sempre do suporte do outro e sozinho não é ninguém, passou a conhecer um novo eu.

A participante 4, ganhou-se a si própria, passou a gostar de si mesma, aprendeu que não tem que viver para agradar os outros e por isso não necessita de ser perfeita nem de mandar tudo ao ar, há um equilíbrio emocional.

Tabela 6. Citações dos participantes relativamente ao quinto constituinte essencial.

Participantes	Citações dos participantes
P1	"Ganhei muito, com o internamento percebi que sou uma pessoa que posso ser feliz e eles deram-me a possibilidade de me libertar do meu passado e de poder fazer aquilo que eu quiser sem drogas, é isso."
P2	"Ganhei-me a mim, ganhei-me a mim, o que é muito importante, porque às vezes agente não se têm, as vezes estamos iludido e ganhei-me a mim, eu acho que isso é um grande ganho, saber o que quero da minha vida e se não souber tenho que partir de um ponto não é, eu ganhei-me a mim porque sei que portanto, não posso beber álcool porque uma é de mais, como se costuma dizer uma é demais e mil nunca são suficientes, porque eu não consigo ao contrário de outras pessoas, mas seja qual for a substância, o problema não são os comprimidos, não é o álcool, o problema sou eu com o que eu faço."
P3	"Ganhei quase tudo, deu para eu me conhecer deu-me para perceber que eu sozinho não sou capaz, não vale a pena, porque se eu me ponho a pensar sozinho, isto é uma desgraça, é uma coisa assim aflitiva, epá, deu-me para aceitar que eu tenho uma doença, que não posso minimamente tocar em álcool, porque vai-me levar a outras coisas. (…) deu-me para conhecer um P3 que eu não conhecia. Eu um gajo muito egocêntrico, eu era uma pessoa que em toda a minha vida eu consegui tudo sozinho, trabalhar, tirei um curso de hotelaria, eu trabalhei nos melhores restaurantes em Lisboa, eu trabalhei quando comecei a trabalhar nas melhores empresas de estafetas em lisboa, abri uma empresa, fui PML líder, em 2008, (…) o tratamento deu-me exatamente a possibilidade de eu perceber que eu sozinho não sou ninguém, que eu preciso de outras pessoas e que o mundo não gira à minha volta.
P4	"Eu acho que me ganhei, ganhei-me a mim própria porque eu andava ai um bocado perdida a querer ser o que a minha mãe se calhar queria que eu fosse, o meu pai não, ele não era tão exigente, o que os vizinhos queriam que eu fosse, o que os amigos queriam que eu fosse, o que os ex-namorados queriam que eu fosse, eu nunca era aquilo que eu realmente era, e depois de

	imensas relações falhadas, porque eu nas relações deixava de ser eu, tornava-me outra pessoa, acho que me ganhei a mim própria, hoje em dia eu gosto de mim como eu sou e foi neste tratamento que eu tive oportunidade.”

Sentimentos de culpa

A Culpa é a responsabilidade dada a uma pessoa por um ato que provocou prejuízo a si mesma ou a outra. A culpa é sentida por quem determinou o primeiro ato prejudicial, que poderá ter sido subjetivo ou objetivo. A dado momento, após a consciencialização dos danos causados aos familiares, os participantes manifestam sentimentos de culpa e de vergonha quando voltam a ter contacto com os seus familiares.

Para o participante 1, os sentimentos de culpa surgiram na medida em que ele nunca aceitava o que os seus dois irmãos mais velhos lhe dissessem, visto ter perdido todas aquelas que eram as suas figuras de autoridade, porém, dentro do centro de tratamento teve consciência que eram as pessoas mais importantes na vida dele.

O participante 2 revela a presença de um certo receio e medo em não estar a corresponder às expectativas dos pais, pois reconhece que já houve alterações na sua forma de ser/estar, por ter consciência dos danos causados, sente culpa.

O participante 3 diz que sentia medo, vergonha e culpa quando falava com a sua irmã ao telefone, no entanto sentia necessidade de dizer que as coisas estavam a correr bem, como forma de transmitir segurança à mesma.

A participante 4 afirma ter chorado imenso a primeira vez que falou com os pais ao telemóvel, e afirma que a primeira que os viu sentia muita culpa.

Tabela 7. Citações dos participantes relativamente ao sexto constituinte essencial.

Participantes	Citações dos participantes
P1	"Eu não me sentia bem, porque eu não queria falar com eles tas a ver?! Mas depois de falar um bocadinho, gostava, perguntar pelas minhas cunhadas e pelos meus primos. Mas era complicado porque são os dois irmãos do meio, eu sou o mais novo, o mais velho morreu, e eu nunca tive muita relação com eles, tas a perceber?! Porque estes dois irmãos nunca me puderam dizer nada que eu reagia sempre com quem são vocês para me poderem dizer alguma coisa, porque o meu irmão mais velho já morreu, a minha mãe já morreu, o meu pai já morreu, vocês não valem nada para mim, e neste momento são uma das coisas mais importantes na minha vida, é a família que eu tenho e estou a trabalhar com eles, eles abriram-me a porta novamente e confiaram em mim, pouco e pouco vai ficando melhor."
P2	"A verdade é que havia ali um certo receio a não estar a corresponder às expectativas ou de sentir-me já uma pessoa um bocado diferente e acho que era um sentimento de culpa em relação a eles, não sei explicar bem, não era aquela coisa muito anciã de querer falar com eles mas era o medo de estar a corresponder ou não, o que eles pensam, e também era muito curto 10 minuto."
P3	"Ao princípio era um bocado complicado, era vergonha, medo, apesar de que a única pessoa que me telefonava era a minha irmã, e mais para o fim o meu filho Marco, era sempre uma tentativa de dizer que as coisas estavam a correr minimamente bem, epá para dar alguma segurança à minha irmã e ao meu filho. É assim, na primeira semana não temos direito a telefonemas, e daí para a frente temos direito, a duas a três vezes por semana a 10 minutos cada um, epá medo, vergonha e culpa."
P4	"Chorei imenso a primeira vez que falei com os meus pais ao telefone, quando recebia a visita deles sentia muita culpa, muita culpa porque parece que se dá conta la dentro do sofrimento que os familiares têm com o nosso uso e recordo-me que sentia muita culpa quando via-os, mas sentia-me bem, sentia aquele carinho."

Ambições de vidas

Ambição de vida remete para objetivos e metas futuras, nos quais os indivíduos focam-se e dedicam-se a realizá-las. Os participantes revelam não conseguirem pensar na vida a longo prazo, pois vivem um dia de cada vez.

O participante 1 não imagina a sua vida daqui a dez anos, no entanto tenciona voltar a estudar, constituir uma família e manter uma boa relação com os seus irmãos.

Para o participante 2, é privilegiado ter uma vida mais honesta consigo mesmo, não sabe se o futuro será radioso mas deseja ter uma vida equilibrada, independentemente das dificuldades quer crescer como pessoa e ser feliz.

Por outro lado, o participante 3 gostaria de voltar à sua área profissional, e realizar um trabalho com o qual se identifique, onde haja contacto com pessoas.

A participante 4 revela ter uma boa prestativa para o futuro, sente-se mais equilibrada e com isso percebeu que existe um meio termo, em que nem tudo tem de ser mau, nem perfeito.

Tabela 8. Citações dos participantes relativamente ao sétimo constituinte essencial.

Participantes	**Citações dos participantes**
P1	"Eu não imagino daqui a 10 anos mas se calhar penso neste ano que vem, olha eu consegui inscrever-me numa escola a estudar engenharia de som outra vez, outra vez não, fazer um refresh e ao mesmo tempo aprender mais porque eu trabalhei na oxigénio, na radar, na margina como técnico de som e eu gostava de la voltar. Tenho uma namorado que temos alguns planos a nível familiar, que foi a minha primeira namorada, a quem eu fiz uma reparação porque o nosso namoro acabou por causa do uso de drogas, e voltamos a estar juntos, ya tamos a 8 meses juntos outra vez, epá e com os meus irmãos tenho estado junto com eles outra vez, vejo-os numa base regular, coisa que durante vinte anos não acontecia e agora acontece, eu vê-los todas as semanas duas ou três vezes, estou la no escritório e eles me vem também, é um bocado estranho mas também a nossa relação vai crescendo, epá agora grandes planos também não faço, é assim vivo bem, vivo tranquilo, gosto imenso, não adoro o trabalho lá na vila mas também estou a ajudar os meus irmãos, tirei a carta entretanto, vou de carro para todo o lado e pronto os meus planos é ser feliz."

P2	"Eu acho que o futuro vai ser uma vida mais honesta comigo próprio a enfrentar as dificuldades e a ultrapassar, não sei se vou ter um futuro radioso ou não, não tenho que ser rico, mas quero ter uma vida estável, e saber manter-me nesta caminho, (…) eu mantendo-me neste caminho sei que vou ser mais feliz, independentemente das dificuldades que eu tenho ou não, vou crescer como pessoa, e crescer como pessoa é ser coerente, honesto comigo se eu quiser, honesto comigo, com os outros, mais responsável, eu acho que eu vou ter um futuro diferente."
P3	"Sempre imaginei, eu gostava muito de ter voltado à minha área, tinha uma empresa de transportes, eu sempre pensei em voltar à minha área, (…) Epá, se queres que te diga eu tenho vivido um bocado dia após dia, eu estou num trabalho que eu não me identifico."
P4	"Agora a minha perspetiva para o futuro é muito boa parece que está haver uma junção, não é tudo certinho, nem tudo muito mau, parece que eu própria estou-me a aceitar como sou, não tenho que ser perfeita, mas também não tenho que mandar tudo para o ar, é como se sentisse quase um equilíbrio, já posso ser quem sou, porque já não me sinto vinculada ao uso de drogas, é a minha personalidade, uns dias estou bem-disposta, outros dias estou mal disposta."

Alteração do modo de ser-estar no Mundo

A alteração do modo ser e de estar no mundo dá-se através do processo realizado dentro do centro de tratamento, onde as pessoas passam a conhecer-se melhor e alteram os seus comportamentos, forma de estar ou de agir na sociedade, tomando consciência de alguns aspetos, criam diferentes estratégias de lidar com a vida.

Numa fase inicial, o participante 1 não aceitava o que os seus irmãos lhe pudessem dizer, no entanto hoje em dia considera uma das coisas mais importantes na sua vida. O participante voltou a ter sonhos e ambições, deseja construir uma família e voltar a estudar.

O participante 2 afirma ter sido difícil adaptara-se às regras, no entanto submeteu-se de modo a alterar o seu modo de ser e de estar na vida. Por outro lado, revela que ter estado

uns tempos sem contacto com os seus pais fez-lhe bem, pois considera que durante aquele tempo ele cresceu como pessoa, passou a ter um pouco mais de consciência que levaram-no a experienciar sentimentos de culpa que não tinha anteriormente. Considera que agora vai ser uma pessoa mais honesta e responsável consigo própria.

Numa fase inicial do tratamento, o participante 3 não falava com as pessoas, vivia em "modo vegetal" até que passado mais ou menos dois meses," deu-lhe o click" e passou a abrir-se mais com outros, a dar atenção às histórias de vida e tirar qualquer coisa daí, conseguiu voltar a sorrir. Ainda em tratamento reconciliou a relação com o seu filho mais velho que considera ainda hoje não ser uma relação de pai para filho mas sim de dois amigos. Antes do tratamento tentou acabar com a sua vida duas vezes, hoje em dia aceita a vida e encontra-se com ferramentas para lidar com problemas que ela possa apresentar.

A participante 4, numa fase inicial não aceitava ordens, estava habituada a fazer aquilo que lhe apetecia às horas que entendia, chegava sempre atrasada às atividades, hoje em dia não tolera atrasos e é sempre pontual. Após o tratamento, tentou reconciliar a relação com a sua mãe, terminou uma relação amorosa que já não lhe fazia sentido, arranjou emprego e portanto mudou a sua forma de ser e de estar no mundo.

Tabela 9. Citações dos participantes relativamente ao oitavo constituinte essencial.

Participantes	**Citações dos participantes**
P1	"Houve uma tarde la na psiquiatria que eu disse: eu tenho de para de usar de drogas, eu nunca quis parar realmente, eu queria fazer tratamentos para parar um bocadinho, voltar a estar melhor e voltar a ter a vida que tinha, naquela altura ali em santa maria eu disse eu tenho que deixar de usar porque eu vou ficar maluco, ou vou morrer, ou vai acontecer-me qualquer coisa, depois então entrei num tratamento de doze passos, onde há muita terapia de grupo, onde se fala imenso do nosso passado, onde se percebe os erros que cometemos, onde tens de ser honesto, que eu fui para tirar algum benefício do tratamento (…) Estes dois irmãos nunca me puderam dizer nada que eu reagia sempre com quem são vocês para me poderem dizer alguma coisa, porque o meu irmão mais velho já morreu, a minha mãe já morreu, o meu pai já morreu, vocês não valem nada para mim, e neste momento são uma das coisas mais importantes na minha vida, é a família que eu tenho e estou a trabalhar com eles, eles abriram-me a porta novamente e confiaram em mim, pouco e pouco vai ficando melhor. (…) Cheguei a um ponto em que comecei

	a ter ambições novamente, e a ter sonhos novamente e gostava de trabalhar, gostava de ter uma namorada, gostava de ter uma família, é tudo coisas que no primeiro mês tu nem pensas, é assim, à medida que eu me vou afastando do meu último dia que usei as coisas vão melhorando e a realidade é essa.”
P2	“Foi difícil adaptar-me mas sei que estava a fazer por mim, ao início estava contrariado, mas a vontade de recuperar sobrepôs-se a isso tudo. Era difícil, mas não pensava, tenho que fazer faço, obedecia porque se não obedecesse ia arranjar problemas, e eu precisava da ajuda deles. (...) Eu acho que fez-me bem estar um bocado longe deles, para a pessoa criar, é que depois eu já não sabia que relação tinha com eles porque as coisas mudam, parece pessoas estranhas. (…) Eu acho que o futuro vai ser uma vida mais honesta comigo próprio a enfrentar as dificuldades e a ultrapassar (…), vou crescer como pessoa, e crescer como pessoa é ser coerente, honesto comigo se eu quiser, honesto comigo, com os outros, mais responsável, eu acho que eu vou ter um futuro diferente.”
P3	“Quis suicidar-me duas vezes, tentei, uma delas sentei-me na beira do metro.(…) Eu gostava muito de ter voltado à minha área. (…) Como eu não falava, eu também não me metia com ninguém. Eu sentia muito nas pessoas que como eu não falava, eles não sabia como é que haviam de vir a mim.(…) Houve ali uma altura que tive um despertar, abri-me, comecei a falar, comecei a rir-me, que era uma coisa que não fazia à não sei quanto tempo, era rir-me, epá comecei a ter cuidado comigo, comecei a ouvir o que me diziam e a tirar daí qualquer coisa, e epá as coisas foram mudando. (…) Foi uma coisa que eu consegui recuperar la dentro, inclusivo com o mais velho, que eu hoje em dia consigo ter uma conversa, epá não somos pai e filho, somos dois amigos, falamos, jantamos de vez em quando, com o meu filho Marco tenho uma relação extraordinário talvez o meu melhor amigo, e com a minha filha Vanessa, hoje é giro porque ela tem 12 anos e sempre viveu com a mãe, e de vez em quando confidencia-me coisas e diz-me não digas nada à mãe, epá há alguma confiança.”
P4	“Recordo-me que pronto, quem era aquela gente para me dizer para não

	fazer isto ou não fazer aquilo, e dizerem-me que era uma menina. Eu não tinha horários para nada, chegava atrasada e há hora que queria, hoje eu chego quase sempre um bocadinho antes, para mim os atrasos são terríveis, mas isso é um problema meu não é com as outras pessoas que eu vejo que às vezes eu tornei-me um bocadinho exigente de mais com certas coisas, mas eu preciso, e é engraçado que eu ouvi alguém dizer isto, eu preciso de regras porque eu muito facilmente deixo de ter regras, e se eu própria não as compro, eu descambo, é muito fácil. (…) Vinha com a expectativa de vir ca para fora, de ter um emprego, daquela vida que eu via as pessoas ter, minimamente normal sem ser aquele euforia ou aquela depressão, principalmente não ter que andar a pedir dinheiro para usar drogas, nem ressacar de manhã ou pensar o que ia fazer para usar, e vinha com essa expectativa de ter uma vida normal.(…) Tentei aproximar-me da minha mãe. Terminei uma relação que eu tinha na altura já antes de ir para o centro, não me fazia sentido, fazia-me sentir-me mal porque havia muitos ressentimentos. Tentei ir trabalhar porque eu nunca tinha tido praticamente um emprego e governei-me com o meu dinheiro, com o meu ordenado.”

Tabela 10. Análise dos Constituintes Essenciais e das Variações Empíricas.

Constituintes essenciais	**Variações empíricas**			
	P1	P2	P3	P3
Aumento da frequência do consumo na adolescência	Início do consumo de haxixe em grupo aos 12 anos, após perda da figura materna.	Aos 21 anos, começou a consumir álcool com alguma frequência entre amigo em patuscadas na garagem do pai.	Devido a uma família disfuncional, e pouco presente, o P3 sempre teve muita liberdade, sendo que aos 10 anos ia para a discoteca do seu	Revela que o seu primeiro contacto com a droga foi no 8 ano, entre amigas já era normal fumarem um charro entre todas. Relativamente

			pai às escondidas beber com os seus amigos.	ao álcool, desde essa sempre bebeu mais que a conta.
Vulnerabilidade emocional	Dos 12 aos 36 esteve sempre envolvido em drogas, considera que aos 35 anos perdeu o rumo à sua vida com anfetaminas. No momento da saída do centro de tratamento sentiu-se desamparado, sozinho, foi um misto de medo e coragem.	Vivenciou momentos de desespero ao não conseguir deixar de usar drogas duras, pois ressacava todos os dias, tinha perdido o rumo da vida. Quando ia sair da instituição, estava com muito medo da vida que ia encontrar, pois já não seria a mesma e não sabia.	A vida não passava de acordar ir até ao jardim, encontrar com mais 2 ou 3 pessoas no mesmo estado, juntar dinheiro e ir comprar bebida, o desperto era enorme, tentou suicidar-se duas vezes. Sentiu-se desamparado ao sair da instituição, pois considerava-se incapaz de gerir uma vida sozinho.	Já não sabia o que fazer para parar de usar heroína, aos 28 anos já estava exausta da vida que tinha. Após a morte de ambos os pais, sentiu-se sozinha e desamparada, pois já não tinha que agradar ninguém, viveu a vida toda após ter saído do centro de tratamento como a filha perfeita. Passado 3 anos de estar limpa, o desespero foi de tal maneira intenso, que sentiu necessidade de voltar a pedir ajuda ao centro.

Suporte familiar	Teve o apoio dos seus dois irmãos mais velhos ao longo dos 13 internamentos que teve.	Teve o apoio dos seus pais desde momento do internamento até à saída.	Teve sempre o apoio de um dos seus cinco filhos que considera o seu melhor amigo e sobretudo em grande peso teve o apoio da sua irmã.	Teve sempre o apoio dos seus pais e irmãos.
Dificuldade em lidar com regras	Dificuldade em adaptar-se aos horários e às questões de higiene	Foi difícil adaptar-se às regras, mas obedecia para não arranjar problemas.	Acordar cedo foi uma grande dificuldade, assim como cumprir as questões de higiene pessoal. Detestava receber ordens, sempre foi patrão a vida toda.	Considerava que aquela gente não era ninguém para lhe dar ordens e detestava cumprir horários.
Autoconhecimento e sucesso pessoal	Percebeu que já pode ser uma pessoa feliz, conseguiu libertar-se do seu passado, considera que ganhou tudo cm a instituição	Ganhou-se a si próprio, já sabe o que quer da vida.	Ganhou quase tudo, conheceu-se a si próprio, percebeu que sozinho não é capaz, aprendeu a aceitar a doença e a viver com ela.	Ganhou-se a si própria, anteriormente era aquilo que os outros queriam que ela fosse, hoje em dia gosta de si como é.

Sentimentos de culpa	Não se sentia bem ao falar com os seus irmãos, pois estes já estavam fartos do estilo de vida que ele levava, foram 13 internamentos de insucesso.	Receio ao falar com os pais de não estar a corresponder às expectativas, e por já estar um pouco diferente, com um pouco mais de consciência, sentia culpa.	Sentia vergonha, medo e culpa ao falar com a irmã e o filho mais velho, considera que tinha necessidade de dizer que as coisas já estavam a correr bem.	Chorou imenso a primeira vez que falou com os pais, e quando recebi as visitas deles, sentia-se muito culpada. Após ter saído do tratamento, passou o resto dos anos tentar agradar os pais e ser a filha perfeita.
Ambições de vida	Não imagina daqui a 10 anos, mas neste momento tem ambições como tirar um curso de técnico de som, construir uma família e tirar a carta de condução.	Não sabe se o futuro será radiosos, mas quer uma vida mais honesta consigo próprio, uma vida estável, quer crescer como pessoa e ter um futuro diferente.	Vive um dia de cada vez, mas deseja voltar à sua área profissional.	Tem boas perspetiva para o futuro, parece estar a haver um equilíbrio, não tem que ser tudo perfeito nem tudo mau.
Alteração do modo de ser-estar no Mundo	Decidiu deixar as drogas quando foi parar à	Foi difícil adaptar-se, mas a vontade de recuperar-se sobrepôs-se a	Numa fase inicial do tratamento, não falava com ninguém,	Inicialmente não conseguia cumprir horários, odiava que os

	psiquiatria do hospital pela terceira vez. Passou a ouvir a voz dos seus dois irmãos, que numa fase inicial recusava. Adaptou-se às regras do centro de tratamento e passou a ter ambições novamente.	isso. Já não sabia como reagir com os seus pais, pois as coisas tinham mudado. Com o processo pessoal que foi feito, considera que terá um futuro diferente.	passado dois meses, começou a abrir-se, voltou a sorrir, passou a ouvir os outros e a tirar qualquer coisa disso. Reparou a relação com o seu filho mais velho. Numa fase inicial queria o suicido, e numa fase final as ambições voltaram.	impusessem, hoje me dia não tolera atrasos, chega sempre antes da hora combinada. Esforçou-se para reaproximar-se da sua mãe, terminou uma relação que já não lhe fazia sentido.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

Através da descrição das entrevistas, torna-se possível compreender e refletir um pouco sobre o fenómeno da institucionalização em centros de tratamento para adictos, de acordo com o que os próprios sujeitos vivenciaram e partilharam. Deste modo, encontram-se pontos em comum entre todos os participantes, designados de constituintes essenciais e por conseguinte estes relacionam-se entre si.

Antes de haver a institucionalização num centro de tratamento, os sujeitos tiveram que tonar-se adictos, atingindo um ponto de impossibilidade de controlar um comportamento que gera sentimentos de perda de controlo, prazer e alívio (Goodman,1990), acabando por recorrer ao prazer na repetição do prazer (Costa, 2009). Na fase inicial da carreira de um adito, o consumo surge em ambientes de descontração e de curiosidade entre os grupos de pares (Braconnier & Marcelli, 200), porém o aumento da frequência do uso é direcionado para um acontecimento traumático como a morte (Tyrode & Bourcet,2002). A pré-disposição para o consumo é visível pelo comportamento comum desta população, assiste-se normalmente a uma falta de confiança em si próprios, uma taxa de insucesso escolar e alguma dificuldade em lidar com as próprias emoções (Matos & Sampaio,2009), acabando por recorrer ao álcool como forma de desinibição e de não ser confrontado com a realidade, deste modo evita pensar e refletir sobre aquilo que não gosta, acabando por ser um refúgio de fácil acesso quando há a presença de algum fator que ponha em causa o *self* (Peele, 1997).

A experiência da institucionalização é um processo complexo para qualquer adicto, pois a partir do momento que entram no centro de tratamento têm de começar uma vida muito diferente daquela que até então levavam. Deste modo, o grupo de pares assume um papel fundamental na vida de um adolescente, essencialmente no ambiente escolar e social (Matos e Sampaio, 2009), sendo que a dependência encontra-se mais relacionada com o grupo do que com a substância propriamente dita (Tyrode & Bourcet, 2002). De tal modo que a família assume um papel fulcral no processo de recuperação pois é ela quem muitas vezes estabelece o primeiro contacto entre o adito e os centros de tratamento, porém o pedido de ajuda tem de partir sempre do sujeito que procura a mudança. Os familiares muitas vezes são quem ajuda a reduzir os efeitos negativos do comportamento do sujeito (Moreira, 2004), torna-se importante que estes sejam capazes de compreender a situação e acompanhá-la dando algum tipo de suporte e dedicação (Laurenze, 1994), de tal modo que todos os participantes

referiram a importância do apoio que tiveram de alguém do núcleo familiar, nunca referindo a presença de um amigo. Após a entrada no centro de tratamento, os participantes permanecem umas semanas isolados do mundo exterior, onde são obrigados a refletir sobre vários aspetos da vida e nesse momento começam a ter consciência dos danos que causaram aos familiares que os rodeiam. Deste modo, quando retomam o contacto telefónico ou presencial com os mesmos referem a presença de sentimentos de culpa, devido à responsabilidade dada a um ato que provocou prejuízo a si próprios e à família.

Alguns adolescentes apresentam uma vulnerabilidade maior para desenvolver o comportamento adito do que outros devido à instabilidade emocional, ao self desequilibrado, estrutura narcísica, traumas de infância, perturbações comportamentais, famílias disfuncionais ou até mesmo sentimentos inconscientemente destrutivos (Frágola, 2009; Tyrode & Bourcet, 2002). Os participantes, apesar de vivenciarem diferentes experiências, revelaram a presença de alguns destes fatores, como o trauma infantil pela perda da figura materna; a presença de famílias disfuncionais e um *self* desequilibrado devido à falta de autoestima.

A vulnerabilidade emocional, através dos momentos de desespero que todos os participantes vivenciaram, contribuiu para que se realizasse o primeiro passo de pedido de ajuda, pois aí o sujeito já está tão dependente da substância que a ausência dela afeta o seu comportamento na vida social e familiar (Costa, 2009), acabando por entrar num ciclo de busca do prazer, onde até as próprias coisas os participantes chegam a vender para conseguirem alçar e manter o vício.

Após a entrada no centro de tratamento, os participantes revelam alguma dificuldade em adaptar-se ao novo estilo de vida e às regras impostas pela instituição, sobretudo em cumprir horários e manter uma higiene pessoal diária, o que Gomes & Chakur (2005) considera ser comum entre este tipo de população. Porém a fase inicial é sempre a mais crítica, os sujeitos experienciam sentimentos de negação e resistência até tendencialmente começarem a ceder e a aceitar a nova situação (Goffman, 2001). Os níveis de resistência variavam consoante a capacidade de tolerância de cada um, enquanto uns tinham dificuldade em aceitar realizar as questões de higiene, outros não concordavam em partilhar quarto, porém a certa altura tornou-se uma rotina e quando dão por si, já aceitaram a condição.

Durante o tratamento realizado na comunidade terapêutica, os participantes conhecem-se progressivamente mais a si próprios, desenvolvem competências, reformulam hábitos e formas de funcionamento, tentando recuperar o equilíbrio (Gaudet, 2006). De tal modo que a perceção do indivíduo acerca de si mesmo altera-se diversas vezes, verificando-se mudanças no sistema de crenças acerca de si próprios (Goffman, 2001). Torna-se importante realçar o

sentimento de gratidão de todos os participantes para com a instituição, reconhecem que independentemente de todas as dificuldades e obstáculos ganharam-se a si próprios, passaram a conhecer quais os limites e aprenderam a ser felizes encontrando um equilíbrio emocional a cada dia. Mesmo após a saída do centro de tratamento o adito continua a ser doente, ele não pode voltar a consumir substâncias pois a pré disposição para o abuso da mesma permanece com ele, tornando-se relevante manter um novo estilo de vida saudável onde o sujeito sabe rejeitá-la e consegue encontrar atividades e propósitos de vida para manter-se ocupado.

Por outro lado, após a saída do centro de tratamento, devido à reconstrução dos valores intrínsecos e à partilha de vivências entre a comunidade terapêutica, surgem fenómenos como a aculturação, a assimilação, a formação de grupos sociais diferentes dos outros pelas formas culturais e estilos de vida onde os participantes se identificam e se reconhecem na partilha de histórias (Fernández, 2011), fortalecendo a existência de laços e vínculos afetivos, pois segundo eles são 24 horas sob 24 horas com as pessoas, não só se partilham coisas ruins como coisas boas. Porém, o sujeito passa a identificar-se com um mundo artificial que é a comunidade terapêutica e não com a sociedade (Saraceno, 2011), daí os participantes referirem que ao chegar ao mundo fora da instituição sentem-se desamparados pela falta de proteção que a instituição lhes assegurava, revelam sempre uma certa insegurança no processo de autonomização. Através do convivo diário com as mesmas pessoas durante meses surgem sempre conflitos internos e externos, tornando-se a presença de um terapeuta fundamental nos centros de tratamento. Por mais difíceis que sejam os problemas, dentro da comunidade tudo se sabe mesmo quando o adito quer estar sozinho e isolado do mundo ele é obrigado a partilhar aquilo que sentiu, estanato constantemente em contacto direto consigo mesmo.

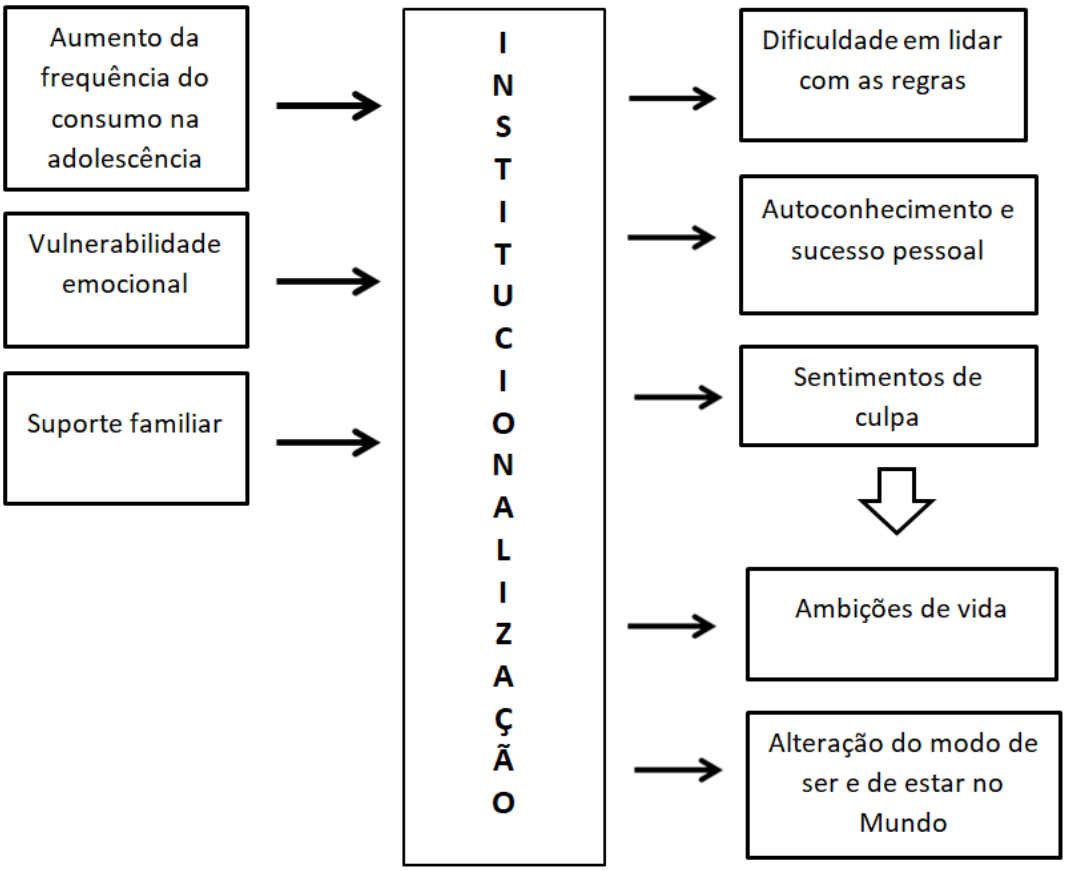
Com base nesta ligação interno, o adito está constantemente a pensar sobre si, sobre o que gosta, o que gostaria de mudar e o que não gosta. A qualquer momento é possível encontrar terapeutas disponíveis para ajudar e dar o suporte necessário em momentos de crise, porém essa é uma limitação que se torna um problema na vida dos sujeitos porque quando eles sai do mundo artificial que é a comunidade não existem pessoas sempre disponíveis para os apoiar e por isso revelam uma certa dificuldade e desamparo ao saírem do centro do tratamento, podendo esse influenciar a presença de futuras recaídas.

Alguns dos participantes revelam a importância de assistirem frequentemente às reuniões dos alcoólicos anónimos, visto que esta é uma forma de continuarem a partilhar histórias de vida com as quais se identificam. Assim sendo, as reuniões acabam por ser um suporte na vida de um adito em recuperação, pois quando as pessoas se sentem mais em baixo encontram ali uma espécie de suporte emocional, evitando então essa possível recaída.

É de realçar que se conclui através do estudo, que os participantes apresentam uma alteração no modo ser e de estar no mundo que se reflete através dos comportamentos e das relações que eles próprios referem ser sentidas de maneira diferente. Através do autoconhecimento e da aprendizagem que ele proporciona, os participantes permitem-se a conhecer novos caminhos. Por sua vez, voltam a criar objetivos de vida, mudam a sua forma de ser por tudo o que o tratamento envolve (desde a adaptação às regras em comunidade até ao desenvolvimento de novas competências). Por conseguinte, alteram a sua forma de estar na sociedade e no mundo, começam a ter uma visão direcionada para a reinserção na sociedade tendo em conta tudo o que isso implica. Torna-se interessante refletir sobre esta nova visão do mundo, em que abandonam os comportamentos autodestrutivos e conseguem comportar-se de uma forma socialmente aceite, as ambições de vida são geralmente direcionadas para objetivos a curto prazo como viver um dia de cada vez, porém surgem desejos de uma vida normalmente comum, como construir uma família, ter uma namorada, estudar, voltar à área profissional de especialização, tirar a carta entre outros.

Em suma, o aumento da frequência do consumo na adolescência, juntamente com a vulnerabilidade emocional e o suporte familiar são fatores que levam a que um adito busque ajuda em centros de tratamento e fique institucionalizado nos mesmos. Porém, ao aceitarem a condição de mudança surgem entre várias dificuldades as de ligar com as regras impostas pela instituição. Quando já aceite as condições da instituição, os participantes entram num processo de introspeção através das atividades e dos momentos de partilha que são realizados, permitindo entregarem-se a um processo de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal onde começam a ter consciência dos danos que causaram e sentem culpa por serem responsáveis dos mesmos. Posto isto, os sujeitos voltam a ter ambições de vida e alteram o seu modo de ser e de estar no mundo, sendo possivelmente um fator que evite uma futura reincidência. De modo a facilitar a compreensão da relação destes constituintes essenciais foi criado a figura que se segue.

Figura 1. Relação dos constituintes essenciais da experiência da institucionalização em centro de tratamento por comportamentos aditivos.



CONCLUSÕES

O estudo fenomenológico da experiência subjetiva do internamento em centro de tratamento pelo abuso de substâncias mostrou ser um processo complexo, na medida em que um adito quando chega ao centro de tratamento já perdeu toda a dignidade da vida humana, vive meramente em busca do prazer na repetição, não consegue pensar em mais nada parece ter perdido a capacidade de pensar e vive quase num modo de sobrevivência. Porém, ao pedir ajuda ao centro de tratamento verificamos que há uma vontade de mudança. Numa fase inicial, os adictos negam a instituição, negam as normas impostas e as condições que ela exige. Com o passar do tempo começam a acomodar-se e aceitam esta nova condição de vida em comunidade, onde as diferentes histórias de vida acabam sempre por se encontrar.

Um aspeto fundamental desta vida em comunidade parece vir na forma da relação que os sujeitos em reabilitação partilham uns com os outros, desde o encontro através daquelas histórias de vida, até ao apadrinhar, pelos sujeitos que se encontram institucionalizados há mais tempo, dos que acabam de chegar. Assim, um sujeito que ainda não está familiarizado com aqueles modos de estar e ser tem alguém, como modelo a seguir para a recuperação, com quem contar, e a quem pedir ajuda, nos momentos de maior desconforto e tensão, tal como, na mesma medida, os mais experientes sentem uma responsabilidade acrescida de se manterem recuperados, evitando possíveis recaídas.

É de extrema relevância o papel que este tipo de instituições podem deter na promoção do relacionamento entre os sujeitos, pois que, para todos os participantes, foi fulcral o modo de relação interpessoal com os seus pares para a reabilitação. Se aquele centro, de facto, realizava esse incentivo de cooperação mútua, faz pensar que é um elemento que devia ser comum a todos os centros de reabilitação.

Também a família detém de um papel relevante aquando do tratamento destes sujeitos. Sendo a adolescência a fase em que se acentua o consumo de substâncias, o suporte afetivo, uma boa supervisão e comunicação entre os pais e os filhos torna-se essencial para que os sujeitos consigam ajustar os seus comportamentos. No entanto, na falta desses elementos e no consequente abuso de substâncias já na fase adulta, tal como os participantes aqui entrevistados puderam relatar, o papel da família não é menor: ela deve estar envolvida propiciando o suporte emocional necessário ao bem-estar daquele sujeito, sendo capaz de compreender e de tolerar o seu sofrimento psicológico, transformando as relações familiares que, outrora, foram insuficientes.

De modo a que os adictos se mantenham abstinentes, torna-se importante frequentar as reuniões para alcoólicos anónimos, pois são comunidades de homens e mulheres que partilham entre si o mesmo tipo de experiências, força e esperança para resolverem um problema comum e, deste modo, se ajudarem mutuamente. Estas reuniões parecem ser um lugar importante para a partilha de histórias e encontro de um suporte emocional, o que ajuda o adito a manter-se limpo e livre de consumos.

Com isto, nota-se os núcleos sociais centrais dos participantes são o da família e o dos pares em recuperação, não tendo sido enunciados, em nenhum momento de qualquer uma das entrevistas outros núcleos sociais de suporte. Assim fica sinalizado como a vida dos sujeitos, antes de entrarem para o centro de tratamento, era em torno do consumo, onde não havia espaço para relações interpessoais sólidas e de verdadeira intimidade de onde pudessem decorrer partilhas pessoais, sendo que fica no ar se o consumo propicia o evitamento de relações intimas ou se a falta de relações íntimas é que propicia o consumo.

O facto de os participantes terem passado pelo mesmo centro de tratamento, leva a que os aspetos positivos, ou negativos, comuns entre os participantes e revelados do decorrer do tratamento possam ser analisados à luz das potencialidades daquele centro, mesmo não tendo sido esse o foco desta investigação. Na obstante, o fator comum de que nenhum destes participantes teve uma recaída após a saída deste centro de tratamento – o que contraria a literatura que nota a elevada frequência destas recaídas – pode ser verdadeiramente revelador acerca das qualidades do centro.

Em suma, a experiência do internamento em centros de tratamento, pelo abuso de substâncias, é dolorosa pois o adito é confrontado com um misto de sentimentos (como raiva, revolva, culpa, desejo, ambição, indecisão, entre outros). Estar internando é uma vivência emocionalmente intensa. É um processo de descoberta induvial onde há um refletir sobre "quem sou eu, o que faço no mundo e qual o meu papel". O adito aprende a viver em comunidade consigo mesmo e com o outro, chegando ao final do tratamento com uma alteração do seu modo de ser e estar no mundo, devido a um aglomerado de conquistas que só foram possíveis pela experiência do internamento.

Não só é essencial continuar a olhar para estas populações em sofrimento como também olhar para o tipo de intervenções das diferentes instituições direcionadas para este tipo de tratamentos, que têm o potencial de promover uma alteração do comportamento de um adito, alterando a sua forma de ser e de estar no mundo, onde predominam elementos de auto reflexão, auto conhecimento e de consciencialização de si próprios.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

De acordo com Amadeo Giorgi e Daniel Sousa (2010), não existe nenhum método que atinja a perfeição quando aplicado, visto que cada um deles tem as suas limitações. Deste modo, uma vez que dados recolhidos são descrições retrospetivas e subjetivas da experiência dos sujeitos, há probabilidade de haver erro ou engano por parte dos mesmos.

Por outro lado, a linguagem que o investigador opta por usar no momento do relato das informações de senso comum dos participantes, pode ser uma limitação, sobretudo quando o investigador as transforma em expressões de carater (Giorgi & Sousa, 2010).

Sendo uma das motivações iniciais para o desenvolvimento deste estudo as elevadas taxas de reincidência, considera-se limitado estas não terem sido exploradas de modo a tentar perceber o porquê de continuarem a acontecer ao longo da vida de um adito, mesmo tendo este realizado o tratamento.

Por fim, considera-se como última limitação o facto desta amostra ser composta por indivíduos que realizaram o tratamento no mesmo centro de tratamento.

POTENCIALIDADES E PROPOSTAS DE INVESTIGAÇÃO

Em estudos futuros seria pertinente e relevante explorar a mesma experiência, mas tendo em conta uma faixa etárias mais amplas, enquadrando não apenas adultos mas jovens e idosos também, de modo a tentar perceber se a taxa de sucesso da alteração do comportamento está a ser influenciada por este fator.

Por outro lado, seria relevante explorar a questão da alteração do modo de ser e estar no mundo após a passagem pelo centro de tratamento, uma vez que não existe literatura que suporte esta realidade verificada no estudo. Porém, seria também pertinente que em estudos futuros fossem realizadas entrevistas com adictos que tenham passado por diferentes centros de tratamento, pois só assim teríamos uma amostra mais heterogenia, que poderia alterar a taxa de sucesso obtida neste estudo.

Neste estudo foram encontrados vários fatores que se relacionam entre si e com os constituintes essenciais, permitindo que em situações futuras seja possível dar continuidade à pesquisa de outras informações que possam ser relevantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I. (2000). Escola reflexiva e supervisão. Uma escola em desenvolvimento e aprendizagem. In Alarcão, I. *Escola reflexiva e supervisão*. Porto: Porto Editora.

Alargão, I. (2007). Changing to project-based learning. The role of institutional leadership and faculty development. In de Graaf, E. & Kolmos, A. *Management of change. Implementation of problem-based and project-based learning in engineering.* Rotterdam: Sense Publishers.

Alcoólicos Anónimos. (2017). *Sobre Alcoólicos Anónimos.* Lisboa. Recuperado de http://www.aaportugal.org/page/sobreaa

Almeida, H. O. D., Novaes, M. R. C. G., Dias, A. D. R., Trindade, E. M. V., & Versiani, E. R. (2007). Adesão a tratamentos entre idosos. *Comunicação em Ciências da Saúde, 18*(1), 57-67.

American Psychiatric Association (2003). *Pratice guideline for the assessment and treatment of patients with suicide behavior*. Washington DC, USA: APA.

Ballone, G. J. (2010). Dependência Química e outras doenças mentais.

Barbieri, E. M. (1989). The future of futures studies: A European view. *Futures*, *21*(2), 152-160.

Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência.* Lisboa: Climepsi.

Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.

Coltro, A. (2000). Phenomenology: A Methodological Approach beyond Modernity (A fenomenologia: Um enfoque metodológico para além da modernidade). *Caderno de Pesquisa em Administração*, *1*, 37-45.

Costa, E. M. (2001). Redução de Danos: preconceitos, obstáculos, justificação. *Revista Toxicodependências, 7*(3), 53-58.

Costa, N. (2009). Psiquiatria e Toxicodependências. In Cordeiro, J. C. D. (Eds.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp. 243-286). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Craus, R. M. G.; ABAID, & Wathier, J. L. (2012). A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários.

Creswell, J. W. (2007). Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Dartigues, A. (1992). *O que é fenomenologia?*. São Paulo: Moraes.

De Leon, G. (2003). *A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método.* São Paulo: Edições Loyola.

Dias, F. N. (2001). *Padrões de comunicação na família do toxicodependente – Uma análise sociológica.* Lisboa: Instituto Piaget.

Direção Geral da Saúde, Instituto de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2010). *Infotabac Relatório primeira avaliação do impacte da aplicação da Lei do Tabaco, 2011*. Lisboa. Recuperado de http://www.coppt.pt/attachments/186_201103-i014123.pdf.

Domoslawsky, A., Capaz, N. P., Open Society Institute., Open Society Foundation., Open

Edwards, G., Marshall, E. J., & Cook, C. C. H. (2005). O tratamento do alcoolismo: um guia para Profissionais da saúde. 4. ed. Porto Alegre: Artmed.

Fernández, A. J. M. (2011). El método de comunidad terapéutica para drogodependientes: un análisis desde las Ciencias Sociales. *Revista Adicción y Ciencia*, *1*(4), 1-13.

Ferreira-Borges, C., & Filho, H. C. (2008). Intervenções em saúde em meio escolar. In Filho H. C., Ferreira-Borges, & C., Frasquilho, M. A. (Eds.). *Organização de intervenções preventivas: gestão de problemas de saúde em meio escolar* (pp. 51-75). Lisboa: Coisa de Ler.

Fleming, M. (2001*). Família e toxicodependência* (3ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.

Frágola, A. O. (2009). Vulnerabilidad adolescente y psicopatología de las adicciones. De las transferencias narcisistas a los circuitos cerebrales de refuerzo. *Psicoanálisis*, *31*(2/3), 337-359.

Frances, A., & Ross, R. (2004). *DSM-IV-TR Casos Clínicos – Guia para o diagnóstico diferencial.* Lisboa: Climepsi.

Freitas, I. C. F., Reato, L. F. N., Françoso, L. A., Coutinho, M. F. G., Moreira, M. A. F., Sauer, M. T. N., Picanço, M. R. A., Martins, M., Ribero, P. C. P, Sanchez, R. N., Souza, R. C. P., & Ferreira, R. A. (2007). Uso e abuso de álcool na adolescência. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Adolescência. *Revista Adolescência & Saúde*, *4*(3), 6-17.

Garnica, A. V. M. (1997). Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, *1*(1), 109-122.

Gaudet, E. (2006). *Drogas e adolescência, respostas às dúvidas dos pais*. Lisboa: Climepsi.

Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia. Lisboa: Fim de século.

Goffman, E. (2001). *Manicómios, prisões e conventos* (7ª ed.). São Paulo: Perspectiva.

Gomes, L. R., & Chakur, C. R. (2005). Crianças e adolescentes falam sobre a mentira: contribuições para o contexto escolar. Ciências & cognição, 6, 33-43.

Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction, 85*(11), 1403-1408.

Groenewald, T. (2004) A Phenomenological Research Design Illustrated. International Journal of Qualitative Methods, 3, 1-26.

Husserl, E. (1925). Phenomenological Psychology, Freiburg. Lectures, Summer Semester.

Kokkevi, A., Nic Gabhainn, S., Spyropoulou, M. & Risk Behaviour Focus Group of the HBSC (2006). Early initiation of cannabis use: a cross-national European perspective. *Journal of Adolescent Health, 39*(5), 712–719.

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.

Lomba, L. (2006). *Os jovens e o consumo de drogas. Novas drogas e ambientes recreativos.* Loures: Lusociência.

Maracek, J. (2003) Dancing through minefields: towards a qualitative stance in psychology. In P.C. Camic, J. E. Rhodes and L. Yardley (eds) Qualitative *Reserch in Psychology: Expanding Perspectives in Methodology and Design.* Washington, DC: American Psychological Association.

Martins, J. & Bicudo, M. A. V. (1989). A Pesquisa Qualitativa em Psicologia. Fundamentos e Recursos Básicos. São Paulo: EDUC e Moraes.

Martins, J., & Bicudo, M. (2005). A pesquisa qualitativa em psicologia. São Paulo: Centauro.

Matos, M. G., & Sampaio, D. (2009). *Jovens com Saúde, Diálogo com uma Geração* (1ª ed.). Lisboa: Texto Editores.

Moita Lopes, L.P. da (1996) Oficina de linguística aplicada: a natureza social e educacional dos processos de ensino/aprendizagem de línguas. Campinas: Mercado de Letras.

Moreira, P. (2001). *Para uma prevenção que previna*. Coimbra: Quarteto.

Moreira, V. (2004). O método fenomenológico de Merleauponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 17*(3), 447-456.

Negreiros, J. (2001). *A prevenção do consumo de drogas: Teoria, Investigação e Prática. A Pedra e o Charco: Sobre o conhecimento e intervenção nas drogas.* Almada: Íman Edições.

Nunes, A. R. A. R. (2004). Os jovens e os fatores associados ao consumo de tabaco. *Educação para a Saúde, 22*(2), 57-67.

Oliveira-Martins, J., J.-M. Burniaux and J.P. Martin (1992), “Trade and the Effectiveness of Unilateral CO2 Abatement Policies: Evidence from GREEN’,OECD *Economic Studies, 19,* 123-40.

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Bureau Regional para a Europa - Saúde 21: Saúde para todos no Séc. XXI: Uma Introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região europeia da OMS*. Lisboa: Lusociência.

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.* Lisboa: Climepsi.

Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Drug Therapy: Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*, 353, 487-497. doi:10.1056/NEJMra050100

Peele, S. (1997). Assumptions about drugs and the marketing of drug policies. In Bickel, W. K., & DeGradpre, R. J. (Eds.), *Drug policy and human nature: Psychological perspectives on the prevention, management, and treatment of illicit drug abuse* (pp. 119-220). New York: Plenum Press.

Pratta, E. M. M., & dos Santos, M. A. (2006). Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia, 11*(3), 315-322.

Rahioui, H., & Reynaud, M. (2008). *Colecção Alcoolismo e Toxicomanias Modernas: Terapias Cognitivo-Comportamentais e Adicções.* Lisboa: Climepsi.

Saraceno, B. (2011). A cidadania como forma de tolerância. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, 22*(2), 93-101.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). *Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências 2013-2020*. Lisboa: SICAD.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2017). *Política Portuguesa - Políticas da droga em Portugal*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Society Foundations., Global Drug Policy Program., & Helsińska Fundacja Praw Człowieka. (2011). *Política da Droga em Portugal - Os benefícios da Descriminação do Consumo de Drogas*. Global Drug Policy Program. Warsaw, Poland: Open Society Institute.

Tavares, J., Pereira, A. S., Gomes, A. A., Monteiro, S., & Gomes, A. (2007). *Manual de psicologia do desenvolvimento e aprendizagem.* Porto: Porto Editora.

Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., Barroso, E., & Monteiro, E. (2007). Adesão nos Doentes Transplantados. *Acta Médica Portuguesa*, *20*(1),73-85.

Torres, A., Lito, A., Sousa, I., & Maciel, D. (2009). Drug addits: socio-psychological trajectories and problematic ties. In Guerreiro, M. D., Torres, A., & Capucha, L. (Eds.), *Welfare and everyday life - Portugal in the European Context, Vol. III* (pp. 129-65). Lisboa: Celta Editora.

Tyrode, Y., & Bourcet, S. (2002). *Os adolescentes violentos* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.

Xiberras, M. (1993). *As teorias da exclusão.* Lisboa: Instituto Piaget.

ANEXOS

Anexo A- Guião da entrevista

Guião da entrevista

Sexo, Idade

Profissão

Quantas vezes esteve internando

Quanto tempo

1. Gostava que me dissesses como e quando é que foi o seu primeiro contacto com " o comportamento aditivo"?

2. Quando é que tomou consciência que passou a ser uma adição na sua vida?

3. A primeira vez que foi internado foi por iniciativa própria ou pelos que estavam ao teu lado?

4. Como é que reagiu ao aperceberes-te que realmente ia ser internado, teve quem o acompanhasse?

5. Descreve-me como foi para si a experiencia de estar internado desde o momento que entrou até à sua saída?

- Como foi lidar com as regras da instituição?
- E a relação com os seus colegas?
- Em algum momento do tratamento teve direito a receber chamadas ou visitas? (Como é que se sentia?)

6. Tinha espectativas para quando saísse da instituição?

7. Como vivenciou a saída do centro de tratamento para o mundo ca fora?

8. E neste momento, o que pensa em relação ao futuro?

9. O que acha que ganhou com a instituição?

Anexo B – Consentimento informado

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clinica

Ano lectivo: 2016/17

Consentimento informado

Declaro que fui informado:

a) da liberdade da minha participação no presente estudo, bem como do meu direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento;

b) da segurança de que não serei identificado, garantindo sempre o anonimato e a confidencial das informações registadas;

c) de que a minha participação é anonima, voluntaria e gratuita, sem que exista algum tipo de recompensa ou desespera pessoal;

d) de que consinto a gravação da entrevista, bem como a disponibilidade de falar abertamente sobre a minha própria experiencia dentro de um centro de tratamento;

e) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados com a aplicação do estudo;

f) de que não serão apresentados quaisquer riscos físicos ou psicológicos para mim e para os meus terceiros na participação do estudo.

Assinatura do participante **Assinatura do investigador**

_____ _____

Lisboa, __ de _____ de 2017.

Anexo C- Entrevista P1

Masculino, 38anos,
Técnico de som,
13 Vezes internado,
5 Meses da última vez.

Transcrição da entrevista	Comentário	Unidades de Carácter Psicológico
E: Gostava que me dissesses como e quando é que foi o teu primeiro contacto com as drogas? P1: A primeira vez que tive contacto com a droga, foi com o haxixe aos 12 anos, estava em grupo, eu já tinha um grupo de amigos em que todos usavam drogas.	1 – Refere que a primeira vez que usou haxixe foi aos 12 anos, em contexto grupal. Afirma que nessa altura todos os seus amigos já usavam drogas.	1- Primeiro contacto com drogas no início da adolescência em contexto grupal.
e depois houve um incidente, uma coisa um bocado trágica na minha vida que foi a minha mãe ter morrido quando eu tinha 12 anos e depois da morte dela eu comecei a usar drogas e álcool.	2 – Revela que o seu consumo começou após um acontecimento tágico que foi a morte da sua mãe.	2- Início do consumo de drogas após a perda da figura materna.
E: Quando é que tiveste consciência que passou a ser uma adição na tua vida? P1: Então, quando eu tinha 21 anos eu já injetava heroína e cocaína há dois anos e percebi que estava numa ratoeira, estava a querer deixar de usar e não conseguia, não sabia que existia centros de tratamento, não sabia que era possível deixar de usar drogas e então já usava sem querer usar porque a heroína dá uma dependência física e se eu	3- Afirma que teve consciência de ter uma adição aos 21 anos, quando apesar de querer deixar de usar drogas não conseguia passar sem elas, não tinha conhecimento da existência de centros de tratamento.	3- Consciencialização da dependência aos 21 anos, no entanto falta de informação sobre a existência de centros de tratamento.

não usasse não conseguia fazer o meu dia e então usava desesperado que não havia solução e aí percebi sem ter contacto nenhum com algum género de tratamento, percebi que qualquer coisa se passa, que eu era doente ou que pelo menos havia uma coisa que eu não conseguia viver sem ela e queria viver sem ela.		
E: Como é que reagiste ao aperceberes-te que seria necessário seres internado, tiveste quem te acompanhasse? P1: Pronto, eu já fiz alguns tratamentos, eu senti-me aliviado porque epá percebi que podia deixar de usar a heroína logo no momento que fui internado,	4 – Menciona que se sentiu aliviado ao aperceber-se que poderia deixar de usar heroína.	4- Apresenta sensação de alívio perante a possibilidade de deixar de consumir drogas.
só que depois houve uma situação, que eu pedi ajuda aos meus dois irmão, nós temos um familiar que é padre, ele tem um amigo que tem um centro, e então eu fui para um centro que tem um tratamento de terapia ocupacional, onde é tudo trabalhar, onde não há terapias, eu não estou aqui a falar mal de uns centros ou de outos, mas para mim aquele não funcionou e passado duas semanas de la estar queria voltar a usar, tanto que saí do centro e voltei a usar.	5- Pediu ajuda aos seus irmãos, foi internado num centro de tratamento de terapia ocupacional e recai imediatamente após a saída do centro.	5- Há um pedido de ajuda que rever-te no internamento em centro de tratamento de terapia ocupacional sem sucesso.
E: A primeira vez que foste internado foi por iniciativa própria ou pelos que estavam ao teu lado?	6 – Indica que foi encostado à parede, pois tinha uma divida enorme e precisava de ajuda para pagá-la, então recorreu aos seus irmãos prometendo	6 – Presença de uma negociação como pedido de ajuda.

P1: Opá, eu fui um bocado encostado à parede tinha 23/24 anos, tinha uma divida enorme com uma pessoa, essa divida só aumentava e não diminuía, então eu abri o jogo aos meus irmãos que se eles me ajudassem a pagar a divida eu ia para tratamento, e pronto eu negociei com eles ainda um bocado e fui para tratamento.	que se eles o ajudassem, ia para um centro de tratamento, e assim o fez.	
E: Tiveste quem te acompanhasse na altura que foste internado? P1: Tive sempre porque o meu pai, o meu irmão mais velho e a minha mãe já morreram, tive sempre dois irmãos e uma cunhada, que era a mulher do meu irmão que já morreu, a Susana, por sinal também já morreu o ano passado quando eu estava em tratamento, mas que me apoiaram sempre, e sempre que eu precisei de ajuda eles me apoiaram e tiveram lá.	7- Evidência ter tido sempre o apoio dos seus dois irmãos e da sua cunhada já falecida.	7- Presença de um suporte familiar.
E: Descreve-me como foi para ti a experiencia de estares internado desde o momento que entraste até à tua saída? P1: Então é assim, a minha adição começou com 12 anos e tenho 38, até os 36 tive sempre envolvido com drogas, dos 12 aos 36, fui ter três vezes a psiquiatria sem dar por nada, todo louco já fora de mim perdi o rumo da minha vida completamente aos 35 com um género de drogas que é	8- Refere ter perdido o rumo da vida aos 36anos. Fora de si, devido ao consumo de anfetaminas, já foi parar à horrorosa psiquiatria do hospital de Santa Maria três vezes, onde considera ter sido mal tratado. Até então, a sua vontade para deixar drogas não era real, desejava apenas fazer um tratamento para ficar bem e voltar ao consumo. Após ter enlouquecido e ter conseguido sair inesperadamente pelos	8- Sentimentos de desamparo levaram-no à loucura, e posteriormente ao internamento num centro de tratamento baseado nos doze passos.

as anfetaminas, que eu comecei a usar, e então à terceira vez que fui parar à psiquiatria, que aquilo é horroroso, é muita complicado estar ali porque é muita medicação, são brutos, predem-te à cama, fazem "n" coisas. Os médicos disseram ao meu irmão que eu não ia voltar a ser normal outra vez, que eu ia ficar completamente louco, que eu não ia ter um discurso normal, mas não sei porquê voltei a ser normal e houve uma tarde la na psiquiatria que eu disse: eu tenho de para de usar de drogas, eu nunca quis parar realmente, eu queria fazer tratamentos para parar um bocadinho, voltar a estar melhor e voltar a ter a vida que tinha, naquela altura ali em santa maria eu disse eu tenho que deixar de usar porque eu vou ficar maluco, ou vou morrer, ou vai acontecer-me qualquer coisa, depois então entrei num tratamento de doze passos, onde há muita terapia de grupo, onde se fala imenso do nosso passado, onde se percebe os erros que cometemos, onde tens de ser honesto, que eu fui para tirar algum benefício do tratamento, e qual foi a pergunta?	médico dessa loucura, decidiu deixar as drogas e foi então que começou um tratamento de doze passos baseado na honestidade.	
E: Como vivenciaste o internamento? P1: Estar internado foi complicado porque eu já tinha feito alguns tratamentos, e agora da	9- Evidência que estar internado é complicado, ao querer ver-se livre de drogas pediu ajuda aos seus irmãos, que apesar de já estarem fartos o têm apoiada, pouco a pouco	9 – Há um pedido de ajuda para deixar as drogas. Pouco a pouco o p3 está a reconquistar a confiança dos familiares.

última vez eu queria mesmo ficar livre de drogas, então disse aos meus irmão vamos fazer mais um tratamento, eles já estavam fartos, mas apoiaram-me, eu tenho conquistado a confiança deles,	tem conquistado a confiança dos mesmos.	
mas lá dentro foi difícil porque tive que por a claro todo o meu passado, tive que perceber que há coisas que me arrependo e que há coisas que se eu pudesse voltar atrás eu faria de outra maneira e epá, depois foi um desafio porque são 24horas sob 24horas a viver com o mesmo grupo durante cinco, a seis meses que foi o que eu tive, e toda gente se conhece imensamente bem, se estas mais em baixo hoje alguém vai ter contigo e pergunta-te e tu tens que dizer o que se está a passar porque epá é muito intenso a nível emocional, mas epá levava "n" medicação da psiquiatria, larguei as medicações todas.	10 - Considera que o internamento é difícil, pois teve que por a claro todo o seu passado e afirma que estar 24h sob 24h a viver com o mesmo grupo de pessoas é um desafio, emocionalmente muito intensivo.	10 – Dificuldade em lidar com as emoções, com o seu passado e com a falta de privacidade.
E: Como vivenciaste a relação com os teus colegas? Era boa, eu nunca tive muita dificuldade em abrir-me, porque já tive muitos tratamentos, mas é assim há muitas pessoas que chegam no centro e pensam que vão ser julgados e eu sei que as pessoas ali, os técnicos tão só para te ajudar não é?! E porque não abrir o jogo da minha vida se muitos até dos técnicos passaram	11- Considera ter uma boa relação com os colegas, nunca teve dificuldades, nem medo de julgamentos, o que tornava fácil pedir ajuda ou ser ajudado.	11 – Relação de sucesso entre pares.

pelas mesmas situações que nós, que são aditivos também. Nunca tive medo de julgamento e então não foi difícil para mim pedir ajudar ou ser ajudado nem fazer as atividades que propõem.		
E: Como foi lidar com as regras da instituição? P1: É complicado porque por exemplo, eu acordava às cinco da tarde e a partir daquele dia tive que começar a acordar às sere, depois tinha que tomar banho e eu as vezes passava temporadas sem tomar banho e sem fazer a barba, depois comer à uma da tarde, é complicado, mas depois acho eu que nós também somos entres aspas animais de hábitos, habituem-me em vez de viver durante a noite a viver durante o dia, mesmo por exemplo hoje não fui trabalhar e acordei às sete na mesma, levantei-me e fui tomar o pequeno-almoço, epá depois foram cinco meses a criar hábitos que epá já se tornam uma rotina para ti. Ao início não foi fácil não, ao início nunca fui muito de bater na mesa porque eu sei que se eu quero ser feliz de alguma maneira, eu tinha que largar as drogas e se para isso é preciso ao início fazer as coisas básicas, fazer a cama, fazer desporto, fazer yoga, coisas que não me apeteciam fazer mas eu fazia. O primeiro mês que ali estive	12- Afirma ser complicado lidar com as regras, uma vez que não estava habituado a acordar cedo, nem a lidar com questões de higiene diária. Ao início não tinha motivação para fazer nada, no entanto exercia as tarefas impostas sem as questionar.	12- Dificuldade em lidar com as regras de higiene e em cumprir horários impostos pela instituição.

eu fazia tudo o que me pediam, nem questionava, porque no fundo eu nem queria fazer nada, queria era estar deitado na cama o dia todo, mas também não o podia fazer.		
E: Como é que te sentias quando te iam visitar? P1: Eu tinha direito a visitas, mas os meus irmãos já estavam tao saturados da minha adição e dos tratamentos que eu já fiz e de tudo isso que nunca me visitaram. Sentia-me ok, na boa, ya. Gostava de ver as outras pessoas bem, porque por exemplo, entre aspas, outro dos privilégios que tu tens é poderes receber chamadas, isto é certos dias da semana podes receber chamadas, e eu tinha direito a fazer, porque os meus irmão não me ligavam, então eu uma vez por semana podia falar com os dois.	13- Apesar de ter direito a visitas, nunca o foram visitar e sentia-se na boa com isso. Nos momentos em que normalmente as pessoas têm direito a fazer chamadas, o P1 tinha direito a realizá-las.	13- Há a aceitação perante a rejeição, uma vez que o P1 sentia-se na boa por não receber visitas nem telefonemas.
E: Como é que te sentias quando falas com eles? P1: Eu não me sentia bem, porque eu não queria falar com eles tas a ver?! Mas depois de falar um bocadinho, gostava, perguntar pelas minhas cunhadas e pelos meus primos. Mas era complicado porque são os dois irmãos do meio, eu sou o mais novo, o mais velho morreu, e eu nunca tive muita relação com eles, tas a perceber?! Porque estes dois irmãos	14 – P1 não se sentia bem em falar com os seus irmãos numa fase inicial, mas após um pouco de conversa até gostava de saber como é que estavam todos. Antes de ir para o centro de tratamento, considerava que os seus irmãos não eram ninguém para mandar nele, no entanto hoje em dia são as pessoas mais importantes na sua vida.	14 – Presença de sentimentos de culpa relativamente ao comportamento que teve com os seus irmãos e posteriormente há uma tentativa de recuperar a relação.

nunca me puderam dizer nada que eu reagia sempre com quem são vocês para me poderem dizer alguma coisa, porque o meu irmão mais velho já morreu, a minha mãe já morreu, o meu pai já morreu, vocês não valem nada para mim, e neste momento são uma das coisas mais importantes na minha vida, é a família que eu tenho e estou a trabalhar com eles, eles abriram-me a porta novamente e confiaram em mim, pouco e pouco vai ficando melhor.		
E: Quando estavas dentro da instituição tinhas espectativas para quando saísses? P1: Ya, tu quando estás lá dentro chegas a um ponto em que tu, epá eu cheguei a um ponto em que comecei a ter ambições novamente, e a ter sonhos novamente e gostava de trabalhar, gostava de ter uma namorada, gostava de ter uma família, é tudo coisas que no primeiro mês tu nem pensas, é assim, à medida que eu me vou afastando do meu último dia que usei as coisas vão melhorando e a realidade é essa. Depois tu passas para uma segunda fase onde já vais a um voluntariado, onde epá eu consegui encontrar uma rotina a trabalhar com os meus irmãos, tenho uma namorada, vou estudar, epá, ya claro que sim os	15 – Refere que chega a um ponto em que as ambições e os sonhos voltam, manifesta o desejo de ter uma namorada, um emprego e volta a estudar.	15- Ambições e perspetivas para o futuro.

sonhos voltam outra vez, normalmente.		
E: Como é que vivenciaste a saída do centro? P1: Uma coisa é que ali tu vives com um grupo de cinco, seis, três ou quatro pessoas e todos tao ali e der repente à medida que se vai aproximando a data de saída, primeiro fiquei muita contente mas depois quando chegou o dia pensei, agora vou ficar sem esta gente toda, estou sozinho, mas depois tu tens as reuniões, é um misto de medo, de coragem, de força e de quero e ao mesmo tempo eu ainda hoje vou lá ao centro de vez em quando, tas a perceber?!	16 – Considera que a saída do centro é um misto de sentimentos, entre felicidade, coragem, força e medo de ficar sozinho.	16- Misto de sentimentos entre felicidade, coragem, força e medo.
Porque eu preciso de lá voltar, epá sei lá, aquilo é uma segunda casa, uma segunda família e fico contente quando as pessoas saem, e quando eu saí e fiquei bem contente até porque eu não vou ficar internamente a viver no centro de tratamento, até porque isso não me traz felicidade nenhuma.	17- Afirma que o centro é uma segunda casa, é uma família.	17 – Sentimentos de gratificação perante o centro de tratamento.
E: Qual foi a reação dos teus irmãos, quando tiveste alta? P1:A reação dos meus irmãos foi tipo, por exemplo, hoje em dia, passado um ano e pouco, tenho muito mais liberdade, já a tinha, mas por exemplo houve um dia em que eu estava no	18 – Afirma que os irmãos têm medo e receio que o P1 volte a recair, uma vez que já este internando várias vezes, quando há um comportamento menos comum, pedem que sejam feitas analises como prova da sua palavra, no entanto o P1 tem conseguido manter-se isento de drogas e desde modo conquistado	18 - Medo da recaída por parte dos familiares. Perante a apresentação de provas, há uma reconquista da confiança dos familiares.

trabalho, tinha saído do centro à três semanas, e estava a trabalhar com eles lá no escritório e disse ao meu irmão que ia fumar um cigarro, e o meu irmão achou estranho eu ter ido fumar um cigarro e então pediu-me para eu ir fazer analises, porque achou estranho eu ter ido a meio da manhã fumar um cigarro, porque em três semanas eu nunca o tinha feito, e eu fiz, pronto aliás, eles estavam cheios de medo, e ainda hoje estão com receio de se vai correr tudo bem ou não, mas o que é certo é que a pouco e pouco as barreias, os muros e isso se tem dissipado, yeah. Nós crescemos numa vila que é tipo uma aldeia, todo o mundo sabe o meu passado, mas eu não me importo com isso, eu preocupo-me mais comigo, se eu estou bem ou não, se eu preciso de ligar a alguém a pedir ajuda ou não. A mim não me afeta ser rotulado, desde que eu viva feliz, não me importa o que os outros pensam, yeah.	pouco a pouco a confiança dos irmãos.	
E: O que pensas sobre o futuro? P1: Epá eu imagino, epá eu tenho estado a trabalhado no meu futuro, eu não imagino daqui a 10 anos mas se calhar penso neste ano que vem, olha eu consegui inscrever-me numa escola a estudar engenharia de som outra vez, outra vez não, fazer	19- O participante tem como objetivo a longo prazo de ser feliz, começou um curso na universidade, tirou a carta de condução, reconciliou uma relação amorosa, planeia construir uma família e manter uma boa relação com os seus irmãos.	19- Apresentação de ambições futuros.

um refresh e ao mesmo tempo aprender mais porque eu trabalhei na oxigénio, na radar, na margina como técnico de som e eu gostava de la voltar. Tenho uma namorado que temos alguns planos a nível familiar, que foi a minha primeira namorada, a quem eu fiz uma reparação porque o nosso namoro acabou por causa do uso de drogas, e voltamos a estar juntos, ya tamos a 8 meses juntos outra vez, epá e com os meus irmãos tenho estado junto com eles outra vez, vejo-os numa base regular, coisa que durante vinte anos não acontecia e agora acontece, eu vê-los todas as semanas duas ou três vezes, estou la no escritório e eles me vem também, é um bocado estranho mas também a nossa relação vai crescendo, epá agora grandes planos também não faço, é assim vivo bem, vivo tranquilo, gosto imenso, não adoro o trabalho lá na vila mas também estou a ajudar os meus irmãos, tirei a carta entretanto, vou de carro para todo o lado e pronto os meus planos é ser feliz.		
E: O que achas que ganhas-te com o internamento? P1: Ganhei muito, com o internamento percebi que sou uma pessoa que posso ser feliz e eles deram-me a possibilidade de me libertar	20- Revela que a instituição ajudou-o a libertar-se do seu passado e conseguir levar uma vida feliz sem drogas.	20 – Sentimentos de gratificação e de sucesso perante o centro de tratamento.

do meu passado e de poder fazer aquilo que eu quiser sem drogas, é isso.		

Anexo D- Entrevista P2

Masculino, 48anos,
Oficial de justiça,
2 Vezes internado,
8 Meses e meio da última vez.

Transcrição da entrevista	Sumário	Unidades de Carácter Psicológico
E: Gostava que me dissesses como e quando é que foi o teu primeiro contacto o álcool. P2: A primeira vez que bebi álcool era criança, porque a minha família era do Gerês em Trás-os-Montes e havia a cultura de lá. Por exemplo à base daquelas sopas que havia lá que misturavam vinho com o pão para dar força, portanto o álcool era sempre um hábito, entretanto sei que percorri o caminho da aldeia da minha mãe à aldeia do meu pai e sei que uma vez deram-me um garrafão de vinho para eu beber na brincadeira, mas sem maldade nenhuma, eu fiquei logo um pouco confuso. Uns anos mais tarde recebi visitas em casa e os meus pais levaram-nos a Cacilhas para apanhar o barco e eu fiquei em casa onde havia whisky e uns petiscos na mesa, eu aí peguei no whisky e bebi, lembro-me de começar a	21- Recorda-se das suas primeiras experiências com o álcool em criança, junto da sua família no uso da culinária. Posto isto, aos 21 anos, tornou-se um hábito o consumo de álcool entre amigos.	21 – Início do consumo de álcool na infância em contexto familiar, de forma mais regular na adolescência entre amigos.

ver o candeeiro a andar à volta, bem estas foi uma das minha primeiras experiencia com 7 anos, depois nunca mais me voltei a servir do álcool, só aos 21 anos é que comecei a beber com amigos, na garagem do meu pai que ele tinha muitos vinhos, e ali numa patuscada com chouriço lá bebíamos.		
E: E com as drogas? P2: A droga foi com 21 anos, ninguém me a deu, eu é que a procurei, não foi num contexto social. Fui até à praça do comércio, eles andavam a vender haxixe, mas aquilo não era haxixe nenhum, era folha de louro, por isso é que a polícia não lhes podia deitar a mão, porque aquilo não era haxixe nenhum, mas eu próprio procurei, depois falei com um amigo de escola que ele sabia onde havia de arranjar.	22- Revela que o seu primeiro contacto com a droga surgiu aos 21 anos por iniciativa própria.	22- Primeiro contacto com as drogas na fase da adolescência por iniciativa própria.
E: Quando é que tomaste consciência que tinhas uma adição? P2: É assim, eu nessa altura que comecei a fumar isso, apercebi-me que não conseguia parar, eu ia sempre à procura, se não encontrava ficava frustrado, não é aquela coisa de que se não havia eu ficava ok com isso, ficava era mesmo frustrado e irritadíssimo, mas ainda não sabia que era uma adição, só fiquei a saber que era uma adição no primeiro tratamento que eu	23 – Refere que percebeu ter uma dependência quando sentia-se frustrado por não conseguir passar sem fumar. No entanto, a consciencialização da adição, surgiu apenas em tratamento.	23- Consciencialização da dependência quando não conseguia passar sem a droga.

tive.		
E: Como foste parar ao centro de tratamento? P2: Eu fui parar ao tratamento, é assim, isto foi esta fase das drogas leves, isto ao fim ao cabo é tudo drogas, até comprimidos. Pronto, cheguei ao tratamento quando mais tarde comecei nas drogas duras e eu pronto, não conseguia parar, ressacava, tinha que consumir todos os dias, e via que tinha perdido o rumo à minha vida.	24- Afirma ter perdido o rumo à vida quando começou a utilizar drogas duras.	24- Perdição pelo uso de drogas mais pesadas.
E: A iniciativa para ir para tratamento foi sua? P1: Foi, foi, não, agora é assim, da primeira vez que fui para tratamento, não, me propuseram para ir e eu aceitei. **E: Quem propôs?** P1:A terapeuta do C.A.T.	25 – Menciona que a iniciativa para realizar um tratamento veio por parte do C.A.T., no entanto aceitou a proposta.	25 – Aceitação da ajuda proposta pelo C.A.T.
E: Como reagiste ao aperceber-te que realmente ias ser internado? Tiveste quem te acompanhasse? P2: É um bocado apreensivo, e sim tive sempre o apoio dos meus pais. Eu fui porque quis porque precisava de ajuda, porque sou uma pessoa doente, porque não conseguia, ora vamos lá ver, não é beber álcool nem nada disso, Dânia, isto é um problema que é a adição, a adição é, pronto, enquanto por exemplo uma	26- Informa que teve sempre o apoio dos pais, e que se sentiu apreensivo, no entanto tinha consciência que precisava de ajuda, pois sozinho não era capaz.	26- Revela a importância do suporte familiar, pois sozinho não era capaz.

pessoa consegue saborear um copo, beber socialmente, tipo é um dia e no dia seguinte vai trabalhar e pronto é só um dia ou num casamento ou dia de festa, o adito não consegue para, tem a ver com adição e eu precisava de ajuda porque eu não parava, não controlava, era impotente e eu precisava que algum me ajudasse porque eu sozinho não consigo, e cá está, acabei por fazer tratamento, deram me ajuda porque eu quis, porque isto não há ca tratamentos milagrosos, eu tenho que querer.		
E: Como é que foi para ti a experiencia do internamento, desde que la entrou até à tua saída? P2: É assim, foi difícil, foi difícil porque primeiro tinha uma vida cá fora, tinha trabalho, tinha compromissos, porque ao fim ao cabo, a pessoa quando trabalha tem um posto de trabalho, tem responsabilidades, mas eu ao fim ao cabo precisava de ajuda, a pessoa ao fim ao cabo também pensava naquilo em beber álcool e em usar drogas, foi difícil adaptar-me mas sei que estava a fazer por mim, ao início estava contrariado, mas a vontade de recuperar sobrepôs-se a isso tudo.	27- Considera que estar internado num centro de tratamento foi difícil, ao início estava contrariado, teve dificuldades em deixar a sua vida cá fora, pois apesar de tudo estava minimamente "organizada".	27- Sentimento de revolta e dificuldade em deixar uma vida ca fora para adaptar-se ao centro de tratamento.
E: Como era lidar com as regras? P2: Era difícil, mas não pensava, tenho que fazer	28- Considera que lidar com as regras era difícil mas que nunca foi um problema, obedecia para não arranjar problemas.	28- Dificuldade em lidar com as regras, no entanto submetia-se para não ter problemas.

faço, obedecia porque se não obedecesse ia arranjar problemas, e eu precisava da ajuda deles, eles estavam a olhar por mim, porque o centro acaba por ser um negocio, mas claro há muitas despesas para pagar, mas eles estavam a olhar para mim independentemente do negocio, salva vidas e claro que eles também têm que viver, os terapeutas tem que ser pagos, todo o pessoal trabalha desde as cozinheiras, aos técnicos, ao pessoal que trata do jardim, as pessoas precisam de viver não é?! Eu sempre tive as expectativas muito abertas, é para fazer eu faço, para mim as atividades nunca foi um problemas.		
E: E a relação com os colegas? P2: Às vezes é um bocado difícil, às vezes é difícil, há choques de personalidades, por exemplo, havia uma atividade que era os mini grupos, que eramos grupos de três pessoas que pediam pedidos de ajuda e pronto havia pessoas que não se mostravam disponíveis quando eram obrigados a fazer, ou eram menos empáticos com os outros e não colaboravam, ou aquelas pessoas que entravam em confrontações, coisa que sem sentido, mas pronto tinham as dificuldades delas, foi difícil às vezes pelo choque de	29- Demonstra dificuldade em relacionar-se com os colegas, devido ao choque de personalidades.	29- Dificuldade em relacionar-se com os colegas.

personalidades.		
E: Em algum momento do tratamento teve direito a receber chamadas ou visitas? P2: Sim, a dada altura tínhamos direito a 10 min de conversa, duas ou três vezes por semana. **E: Nesses 10 min, falava com quem?** P2: Com os meus pais. **E: Como é que se sentia quando falava com eles?** P2: Sentia uma, como é que eu hei de dizer, sentia saudade, gostava. A verdade é que havia ali um certo receio a não estar a corresponder às expectativas ou de sentir-me já uma pessoa um bocado diferente e acho que era um sentimento de culpa em relação a eles, não sei explicar bem, não era aquela coisa muito anciã de querer falar com eles mas era o medo de estar a corresponder ou não, o que eles pensam, e também era muito curto 10 minuto. Às vezes não da para resumir aquilo tudo. Mas, mas eu acho que fez-me bem estar um bocado longe deles, para a pessoa criar, é que depois eu já não sabia que relação tinha com eles porque as coisas mudam, parece pessoas estranhas.	30 – O P1 sentia culpa e medo de não estar a corresponder às expectativas dos pais. Quando falava com eles no início não tinha muita vontade mas depois até gostava, sentia saudades.	30- Sentimentos de culpa e medo de não estar a corresponder às expectativas.
E: Tinhas expectativas para quando saísse da	31- Afirma que por um lado queria sair do centro	31- Sentimentos de ambivalência relativamente

instituição? P2: Não tinha, por um lado queria sair mas por outro estava com muito medo da vida que ia encontrar. Eu não pensava em nada quando saísse, estava focado só no estar ali.	de tratamento mas por outro lado tinha medo do ia encontrar, estava focado no aqui e agora.	à saída do centro de tratamento.
E: Como vivencias-te a saída da instituição para o mundo ca fora? P2: Eu estranhei muito, o movimento, os carros, a confusão, estranhei muito. Os meus pais estavam felizes, muito satisfeitos, sabiam que estava a fazer por mim. É assim, o álcool parecendo que não mete uma pessoa deprimida, uma pessoa anda ali naquela onda, chega a um ponto que se sente impotente, infeliz, a sentir-se menos que as pessoas. Começo a pensar que não mereço ser feliz, viver a minha vida, ter as minhas coisinhas, ter uma relação, dar felicidade aos meus pais, fazer pela minha vida, fazer pelos meus pais, uma pessoa entra numa depressão muito grande.	32- Revela ter estranhado muito o regresso ao mundo cá fora, devido ao movimento da cidade. Diz que os pais ficaram muito satisfeitos com o seu regresso. Até a entrada no centro de tratamento considera ter estado deprimido e com uma baixa expectativa de vida.	32- Sentimentos de estranheza ao deparar-se com o mundo ca foram. Sentimentos de felicidade por parte dos pais.
E: E neste momento, o que pensas em relação ao futuro? P2: Eu acho que o futuro vai ser uma vida mais honesta comigo próprio a enfrentar as dificuldades e a ultrapassar, não sei se vou ter um futuro radioso ou não, não tenho que ser rico, mas quero ter uma vida estável, e saber	33- Demonstra não pensar muito no futuro, mas deseja ter um futuro diferente, uma vida estável, organizada e honesta com ele próprio.	33- Incerteza relativamente ao futuro. Presença de desejos como a felicidade e a estabilidade na vida.

manter-me nesta caminho, que agora eu sei que tenho uma doença, que é a adição, reconhecida pela organização mundial de saúde, existe e está provado, pode ser genética ou criada com a personalidade, ou seja o que for, eu não sei entender isso, portanto eu mantendo-me neste caminho sei que vou ser mais feliz, independentemente das dificuldades que eu tenho ou não, vou crescer como pessoa, e crescer como pessoa é ser coerente, honesto comigo se eu quiser, honesto comigo, com os outros, mais responsável, eu acho que eu vou ter um futuro diferente.		
E: O que achas que ganhas-te com a instituição? P2: Ganhei-me a mim, ganhei-me a mim, o que é muito importante, porque às vezes agente não se têm, as vezes estamos iludido e ganhei-me a mim, eu acho que isso é um grande ganho, saber o que quero da minha vida e se não souber tenho que partir de um ponto não é, eu ganhei-me a mim porque sei que portanto, não posso beber álcool porque uma é de mais, como se costuma dizer uma é demais e mil nunca são suficientes, porque eu não consigo ao contrário de outras pessoas, mas seja qual for a	34- Considera que ganhou-se a si mesmo, passou a saber o que quer da vida.	34- Ganho próprio.

substância, o problema não são os comprimidos, não é o álcool, o problema sou eu com o que eu faço, há pessoas que são por exemplo aditas ao sexo, ao jogo, e o que acontece é que a pessoa pode estar horas nisso e nunca está satisfeita, não é? Porque serve-se de qualquer coisa para esconder, ou para fugir aquilo que quer sentir, portanto a adição é isso, é qualquer coisa que não há aquele equilíbrio e que a pessoa rapidamente desequilibra-se para uma coisa que não lhe dá qualquer satisfação e destrói a vida esquecendo o resto.		

Anexo E- Entrevista P3

Masculino, 49anos,
Monitor educacional,
2 Vezes internado,
2 Meses da última vez.

Transcrição da Entrevista	Sumário	Unidades de Carácter Psicológico
E: Quando é que foi a primeira vez que consumiste álcool na tua vida? P3: Devia ter os meus 9/10anos, é assim, a primeira vez foi sem querer, a minha mãe costumava guardar no frigorífico umas garrafas, ao pé da água gelada, umas garrafas de Martini, para aí aos 9 anos, fui ao frigorífico beber água, nem reparei, meti a garrafa de Martini à boca e bebi para aí meia garrafa, quando a minha mãe chegou eu estava deitado no chão, foi a primeira vez que eu consumi. Depois, epá, eu sempre fui um miúdo com grandes problemas de aceitação, sou de uma família um bocado disfuncional, o meu pai nunca estava em casa e a minha mãe trabalhava fora. Eu vivia praticamente com a minha irmã que era mais velha, o meu pai na altura tinha uma discoteca, então eu volta e meia levava os meus amigos para la, para bebermos uns copos, então eu comecei a beber muito cedo, tinha para ai dez anos, e depois comecei a	35- Conta que a primeira vez que bebeu álcool na sua vida foi através de um incidente em criança. Posto isto, criou a rotina de ir beber com os seus amigos na discoteca do seu pai, aos nove anos. Afirma ter tido uma família disfuncional e muito ausente, durante a sua vida sempre teve problemas de aceitação.	35- Inicio do consumo de álcool ainda em criança, devido à falta de supervisão e ausência das figuras parentais e de autoridade.

beber às escondidas do meu pai, às escondidas da minha mãe, à noite quando saia, porque eu tinha uma grande liberdade, opa, a minha mãe como saia de manha e vinha à noite, dava-nos a liberdade que nós queríamos.		
E drogas? P3: Por incrível que pareça, eu nunca fumei, nem tabaco, a primeira vez que eu toquei em droga foi em 2003, com 34 anos para aí, epá, foi uma sequência, os meus amigos sempre usaram drogas, íamos para uma festa usavam pastilhas, epa, mas eu nunca olhei para isso, nunca me deu interesse. Em 2003 nasce o meu filho Valter, o meu filho nasce com uma doença degenerativa, sem cura, portanto não havia cura no mundo, percorri o mundo inteiro com ele, fui a Inglaterra, fui ao Estados Unidos, fui à Alemanha, fui a França, fui a Espanha, fui à Islândia, que eu andei lá à procura de uma solução para aquilo, ele era um bebé, epá, não havia nada. Na altura, eu e a Jacinta que foi a minha última mulher já tínhamos uma outra filha que é a Vanessa, uma miúda normalíssima, sem problemas nenhuns. Epá, a Jacinta entrou em depressão, não trabalha, não saia de casa, eu na altura tinha uma empresa e epá era eu que andava com	36- Revela nunca ter fumado, e que o seu primeiro contacto com a droga foi na vida adulta. Teve um filho com uma doença degenerativa, sem cura, percorreu o mundo inteiro em busca de uma solução que não encontrou. A mulher entrou numa depressão e o P3 é que andava com a casa para a frente, trabalha demasiadas horas, e o dinheiro nunca foi um problema, numa brincadeira experimentou cocaína dada por um amigo, e gostou pois aumentou-lhe os níveis de energia. Confessa que o álcool sempre esteve presente.	36- Início do consumo de droga na vida adulta, em contexto social.

aquilo tudo para a frente, trabalhava 14, 15, 16 horas, andava com os miúdos para a frente, para aqui e para ali, para tentar manter as coisas, e epá um dia um amigo meu que numa brincadeira disse tens que experimentar isto, e epá aquilo foi, eu quando experimentei aquilo epá isto, isto é fantástico, se eu normalmente já trabalho o que trabalho com isto ainda mais. Mas eu sempre bebi, nunca deixei de beber, desde os 9, parei ali um aninho mas comecei logo a beber, sempre socialmente bebia whisky, bebia vinho, houve uma altura que bebia tudo o que houvesse, mas nessa altura bebia whisky, bebia vinho, opá e em 2003 opá comecei a usar cocaína, opá eu tinha dinheiro, alias, dinheiro não era a coisa que me faltava, tinha uma vida minimamente estável, familiar, económica, portanto o dinheiro era o que não faltava e comecei a usar cocaína, mas comecei a usar epá repente, comecei a usar bastante, usava, num dia normal usava 5g de coca.		
E: Quando é que percebeste que isso já era uma adição? P3: Opá, eu nunca percebi que era uma adição, percebes?! opá eu nunca levei isso como um problemas, só me apercebo que estou minimamente a cair, quando começo, opá,	37- Revela que sempre teve problemas em casa, e que se agravaram com o nascimento da sua filha Carlota com a mesma doença degenerativa que o seu outro filho. Percebe que está dependente quando depois de estar em coma e internado na ala psiquiatra de um hospital,	37-Dificldade em lidar com os problemas familiares. Após estado de coma, esteve internamento na ala psiquiatra. Insight da dependência após regressar a casa quando sente necessidade de voltar a consumir cocaína, e por impossibilidade acaba por refugiar-se no álcool.

eu problemas em casa já eu tinha, a minha mulher teve sete meses numa negação muito grande por causa do Vladimir, a nossa relação em casa era bastante má, opá e eu escondia-me fora de casa, ia a casa de vez em quando, e de resto andava fora de casa, andava na noite, tinha outras mulheres, fazia a minha vida, apesar de que em casa não faltava absolutamente nada. Nunca levei isto como um problema, entretanto em 2007, nasce a minha filha Carlota, a mais nova, e nasce exatamente com o mesmo problema que o Válter, os dois com o mesmo problema, nós fomos a Paris onde estava o médico que também viu o Válter, e ele diz que sim que era exatamente o mesmo problema que o Válter. Epá, se as coisas aí não estavam bem, pior ficaram. Eu em 2009 tive um acidente muito grande, estive em como 1mês e meio, ligado às máquinas, quando eu saio de coma é que eu me apercebo o quanto eu estava degradado fisicamente e psicologicamente, mas mesmo assim eu nessa altura já estava completamente agarrado, eu tive um mês e meio em coma, depois tive um mês na ala psiquiátrica do são José, e quando saio e vou para casa, estou completamente dependente, eu não me	não consegue regressar a casa sem consumir. Ressacava todos os dias, como não conseguia sair de casa substituiu a cocaína pelo álcool.	

aguentava em pé, eu não podia andar, eu já parti esta perna em 4 sítios, não consegui andar, eu estava em casa completamente dependente, eu ressacava todos os dias, todos os dias transpirava, todos os dias não conseguia dormir, andava às voltas na cama, exatamente como a ressaca da cocaína, mesmo assim eu não peço ajuda. Tenho a minha irmã mais velha que está minimamente ligada, trabalha nas medicinas alternativa, é professora de acupuntura, por isso é que trabalha esta área também. Eu continuo a minha vida, não peço ajuda e começo a substituir, agarro-me novamente ao álcool, não podia sair de casa, comecei a beber tudo o que havia em casa, tudo o que havia la em casa menos a água, opá nessa altura saiu de casa, vou viver para outro sitio e continuo agarrado ao álcool, o álcool foi aquilo que me seguiu, tanto que eu paro com a cocaína e agarro-me sempre ao álcool, álcool, álcool, álcool, ao ponto de eu vender a minha empresa, dividi o dinheiro, dei metade à minha ex esposa e fiquei com metade, portanto eu gastei o dinheiro todo.		
E: Como chegaste ao centro de tratamento? Tiveste quem te acompanhasse? P3: Sim, eu costumo dizer que eu tenho uma luz la em	38- Descreve a sua irmã como uma salvação na sua vida. Revela ter chegado ao centro de tratamento após a morte da sua mãe que lhe passou completamente ao lado.	38- Suporte familiar como salvação.

cima, a minha irmã foi uma pessoa que, epá eu comecei a degradar, eu fui viver para uma casa, saí dessa casa, vivi numa garagem, era um amigo meu que era a única coisa que tinha para me ajudar, vivi numa garagem, foi a minha irmã que me foi buscar. Eu vivia num quarto mas dormia na rua, a minha vida, era, a minha irmã, dava-me dinheiro para pagar o quarto todos os meses, e para comer todas as semanas, eu juntava esse dinheiro para ir beber, não dava para a cocaína mas dava para ir beber. Em Julho de 2014 a minha mãe morre, epá foi uma coisa que ainda hoje eu ressinto um bocado com isso, foi uma coisa que me passou completamente ao lado, a minha mãe morava em Faro, a minha irmã morava aqui, nós fomos la baixo para o Algarve, a minha mãe estava no hospital, eu na noite que la cheguei enquanto a minha irmã dormia eu fiz uma visita à garrafeira da minha mãe, epá passou-me completamente ao lado, a morte da minha mãe passou-me completamente ao lado, isto em Julho, eu em Outubro, a minha irmã, através de uma amiga dela, conheceu o centro de tratamento e a minha irmã disse-me assim eu vou-te internar, tu vais morrer. Portanto eu tinha este tamanho que tenho, tinha menos 30kg, tinha barba		

por aqui assim grande, não falava, além disso, o meu psiquiatra dizia que eu era bipolar, porque eu chegava lá e manipulava-o, eu queria era comprimidos para tomar e misturava comprimidos com álcool, era um cocktail em peras, então em Outubro de 2014 fui para o centro de tratamento.		
E: Como reagiste ao saberes que ias ser internado? P3: Epá, eu estava tão desesperado com a minha vida nessa altura, que não passava de levantava-me ir para o jardim, encontrar-me com mais três ou quatro pessoas que estavam no mesmo estado que eu, juntávamos o dinheiro que tínhamos, íamos comprar bebida, bebíamos. Muitas vezes, o meu estado alcoólico era tal, que eu não conseguia chegar ao quarto, dormia na relva, ou no banco do jardim, e esta era minha vida, estava completamente à toa. Muitas vezes, o meu entretimento era ir andar de metro de um lado para o outro, ir até às linhas finais ou então ia andar de autocarro até vir o picas, quando vinha o picas saltava fora. Quis suicidar-me duas vezes, tentei, uma delas sentei-me na beira do metro, estava à espera que o metro passasse ali em entrecampos, estava uma senhora sentada nos bancos, levanta-se e senta-	39-O P3 vivia num desespero demasiado grande ao ponto tentar se suicidar. Quando lhe sugeriram ir para tratamento nem questionou.	39- Desespero perante a vida.

se ao meu lado e diz você não faça isso, você é tão novo, não faça isso e puxou-me para trás, eu estava à espera que o metro viesse.		
Epá, quando a minha irmã me diz que eu ia ser internado, o mais complicado para mim foi quando me disseram que eu tinha que dividir o quarto com alguém, eu estava habituado à minha bagunça, à minha confusão, o meu era assim uma coisa muita complicada, cheia de roupa por lavar, adito, completamente adito.	40- Apresenta dificuldades em aceitar partilhar quarto com outras pessoas, pois estava habituado a viver na sua bagunça.	40- Desorganização do próprio espaço. Dificuldades em partilhar quarto.
E: Descreve-me como foi para ti a experiencia de estares internado desde o momento que entraste até à tua saída? P3: Eu primeiro fui lá ter uma entrevista com o dono daquilo, eu disse-lhe para ele ter atenção que eu era bipolar, ele começou-se a rir e disse, ai é, você é bipolar?! Você quer entrar hoje, quer entrar hoje? E eu disse-lhe não, eu tenho umas coisas la fora para tratar e tal, tinha que ir fazer uma despedida e vim para casa uma semana, ficou logo marcado para eu entrar na semana a seguir, vim fazer uma despedida e depois entrei. Epá, nos primeiros dois meses, eu não dizia nada, ia para os grupos eu não falava, não partilhava nada, não interagia com ninguém, e um grande amigo que eu	41- Descreve que antes de entrar no centro de tratamento teve que realizar uma entrevista, onde deram-lhe a opção de entrar logo no centro de tratamento, no entanto o participante resolveu voltar a casa primeiro para fazer uma despedida. Após a entrada na instituição, não interagia nem falava com ninguém, estava em modo vegetal, desejava morrer. Confessa que a instituição acreditava mais nele do que ele próprio.	41- Isolamento social e desinteresse pela vida.

fiz la dentro foi o Manuel, nós passávamos um pelo outro riamos e tal, mas também não falávamos, eu não falava com ninguém, eu estava completamente em modo vegetal, eu psicologicamente estava completamente arrasado. Dizia ao meu terapeuta, epá eu não faço aqui nada, eu não tenho nada para dar a ninguém, os meus filhos estão bem, epá que quero morrer, deixa eu morrer e ele ria-se. Epá, eles acreditaram mais em mim do que eu, eu acho que o me final era ter morrido.		
E: Como foi para ti lidar com as regras impostas pela instituição? P3: Epá, muita complicada porque é assim acordas às 07:30, qual acordas às 07:30?! Quando o monitor ia lá bater à porta eu dava voltas na cama, gritava. Estava habituado a acordar quando me apetecia, la para as 11:00, 12:00, muitas vezes acordava às 6:00 da manhã mas era quando me apetecia. Epá, uma das coisas mais difíceis era exatamente essa, e tomar banho todos os dias, eu entrei num adito, adito, ficava uma semana sem tomar banho, levava um mês sem fazer a barba. Quando era confrontado, eu revoltava-me, dizia que não queria, tanto que eu tive uma altura em que eu ia tomar banho e tinha o monitor comigo para a casa de	42 – Afirma ter sido muito complicado lidar com regras, pois não estava habituado a ter horários, nem higiene básica. Sentia-se confrontado quando lhe era imposto algo, pois durante toda a vida foi patrão. Revela que um dos maiores danos que causou foi aos seus filhos.	42 – Dificuldade em aceitar ordens, cumprir horários e lidar com as regras de um modo geral.

banho, ele sentava-se na sanita e eu tomava banho, eu para fazer a barba tive que ir a um barbeiro num shopping, para me fazerem a barba e me cortarem o cabelo, porque eu tinha a barba de tal maneira que não consegui fazer com a gilete. Epá, mas foi um bocado essas regras que me fizerem entrar nos eixos, eu saber que tinha uma hora para me levantar, eu saber que tinha uma hora para me deitar, eu saber que tinha uma hora para tomar o pequeno-almoço, para almoçar, e depois aquilo tens regras lá dentro que te são impostas, ou seja, tu tens tarefas, um dia fazes uma coisa outro dia outras. Eu sentia-me muito confrontado, eu toda a minha vida fui patrão, toda a minha vida quer dizer, nos últimos 15anos fui patrão, ter alguém que me dizia agora tem que, epá agora tu tens que, o tu tens que, era assim uma coisa muito complicada, mas epá entrei ali nos eixos, porque cheguei ali a uma fase em que baixei muito os braços, eu via colegas meus que estavam ali dois e três meses que me diziam quando eu entrei, e aí aí via-os muito melhores, e fui me entregando, baixei um bocado os braços, tanto que cheguei ali uma altura que deu-me o clique, comecei a fazer trabalhos, até a minha historia de vida foi uma miséria, normalmente as historias		

de vida tem oito, nove páginas, tas a ver?! Eu com 46 anos, com uma historia do caraças para trás, fiz uma historia de vida com uma página e meia, o meu terapeuta ia-me matando, e levei não sei quanto tempo para fazer, epá, mas depois daí eu até comecei, entrei no ritmo, comecei a participar nos grupos, confrontar e ser confrontado, eu tinha muitos danos, um dos maiores danos que eu fiz foi aos meus filhos, levei-os para bairro de uso, muitas vezes acontecia, na altura eu morava ali na estrela, eu levava-os para a escola, passava num sitio, comprava, eles ficavam no carro eu ia comprar, levava-os à escola, epá fiz muitos danos, fui um pai muito ausente, os maiores danos que fiz foi aos meus filhos, foi ali que eu trabalhei. O meu filho mais velho, era uma pessoa que eu não tinha relação, nós não nos saludávamos, não nos falávamos, eu tive 5 filhos, o meu filho Marco, nesta altura era um miúdo, ele tinha 15 anos, foi ele o único que me foi ver ao centro, a Vanessa era uma criança, e os outros dois não podiam sair de casa porque eram completamente dependentes.		
E: Fala-me um pouco sobre a relação com os teus colegas lá no centro de tratamento.	43- Apesar de se isolar numa fase inicial, considera ter estabelecido uma boa relação com os colegas.	43- Isolamento social numa fase inicial, que posteriormente resultou numa boa relação e integração entre pares.

P3: Epá era boa, porque eu sou uma pessoa muito dada, falo com toda gente, converso com toda gente, no início não era, porque na altura, como eu não falava, eu também não me metia com ninguém. Eu sentia muito nas pessoas que como eu não falava, eles não sabia como é que haviam de vir a mim.		
E: Como é que te sentias com isso? P3: Um bocado isolado, houve ali uma ou duas pessoas, o Manuel foi uma delas, outro rapaz que era o Telmo, eram duas pessoas que puxavam por mim, iam la falar comigo, apesar de eu as vezes não dizer nada, eles falavam comigo, conversavam, estavam ali ao pé de mim, de resto eu não tinha grande interacção com ninguém, epá depois comecei, houve ali uma altura que tive um despertar, abri-me, comecei a falar, comecei a rir-me, que era uma coisa que não fazia à não sei quanto tempo, era rir-me, epá comecei a ter cuidado comigo, comecei a ouvir o que me diziam e a tirar daí qualquer coisa, e epá as coisas foram mudando, Fiz uma primeira fase muito intensa, quando chegou a hora de ir embora eu fui para a segunda fase, porque eu não tinha nada ca fora, não tinha casa, não tinha trabalho, tinha a minha irmã, está bem que tinha os meus filhos, foi uma coisa	44 – O P3 sentia-se isolado numa fase inicial, como não falava as pessoas não iam até ele, mesmo assim fez dois amigos que tentavam puxar para que ele falasse. A certo ponto, começou a abrir-se e dar de si, voltou a sorrir. Revela não ter nada ca fora, e que a melhor coisa que fez enquanto esteve institucionalizado foi fazer uma reparação na relação com os seus filhos.	44- Apresentação de momentos de sucesso ao conseguir abrir-se com os colegas e recuperar a relação com os seus filhos.

que eu consegui recuperar la dentro, inclusivo com o mais velho, que eu hoje em dia consigo ter uma conversa, epá não somos pai e filho, somos dois amigos, falamos, jantamos de vez em quando, com o meu filho Marco tenho uma relação extraordinário, talvez o meu melhor amigo, e com a minha filha Vanessa, hoje é giro porque ela tem 12 anos e sempre viveu com a mãe, e de vez em quando confidencia-me coisas e diz-me não digas nada à mãe, epá há alguma confiança, confia, tive 9 meses em secundária.		
E: Como é que te sentias perante as visitas ou telefonemas a que tinhas direito? P3: Ao princípio era um bocado complicado, era vergonha, medo, apesar de que a única pessoa que me telefonava era a minha irmã, e mais para o fim o meu filho Marco, era sempre uma tentativa de dizer que as coisas estavam a correr minimamente bem, epá para dar alguma segurança à minha irmã e ao meu filho. É assim, na primeira semana não temos direito a telefonemas, e daí para a frente temos direito, a duas a três vezes por semana a 10 minutos cada um, epá medo, vergonha e culpa. Depois quando desligava ficava a pensar no que se passará lá fora, como é que a minha irmã	45- Ao falar com a sua irmã e o seu filho, sentia que era importante mostrar que as coisas estavam a correr bem, pois havia um sentimento de culpa e de vergonha perante o sofrimento que causou à sua irmã, que apesar de tudo teve que lidar com os problemas sozinha.	45- Medo, vergonha e culpa em falar com a família.

estaria, porque epá quando eu entrei foi a minha irmã que levou com o meu internamento, com a morte da minha irmã, foi ela que levou com isso tudo.		
E: Quando estavas la dentro o que imaginavas para quando saísses? P3: Sempre imaginei, eu gostava muito de ter voltado à minha área, tinha uma empresa de transportes, eu sempre pensei em voltar à minha área, mas epá eu tive cinco anos afastado, quando eu comecei a aperceber como é que as coisas estavam, as coisa estavam completamente diferentes, eu não tinha capacidade para lá chegar, epá e entreguei-me um bocado aquilo que eu podia fazer na altura, comecei à procura de trabalho, comecei a ser confrontado um bocado com a minha idade, também tinha 46 anos, era muito velho para fazer certas coisas e muito novo para ir para a reforma, portanto a coisa estava um bocado complicada, desesperei um bocado. Houve uma altura que eu entrei em paranóia, pensava pá o que vou fazer à minha vida, lidar muito com o sentimento de culpa, porque não conseguia ajudar os meus filhos, não conseguia fazer nada com eles, lidar um bocado com a frustração, com a incapacidade de fazer alguma coisa. Epá, e eu	46- O participante gostava de voltar à sua área profissional, no entanto não era fácil. Quando estava na segunda fase do tratamento, começou a lidar com a realidade de ser muito velho para trabalhar e muito novo para ir para a reforma, começou a desesperar, pois sentia-se culpado por não poder ajudar os filhos, mais tarde conseguiu um trabalho num centro para crianças deficientes onde já tinha estado a fazer voluntariado.	46- Sentimentos de impotência perante a dificuldade em arranjar um emprego para ajudar os filhos.

então que sempre fui uma pessoa que sempre, é assim, eu morei em Portimão, vim para Lisboa com vinte e dois anos, e epá no dia a seguir eu já estava a trabalhar, nunca estive sem trabalhar, nem nunca tive dificuldade em trabalhar, epá depois nós começamos a fazer voluntariado numa associação com crianças deficientes e aquilo a mim, não sei se era por ter os meus dois filhos deficientes, os meus filhos eram completamente dois vegetais, então o voluntariado fez-me algum sentido, tive lá, de Março a Novembro, como voluntário e quando chegou a Novembro, era para vir embora, estava na altura de sair do centro e eles convidaram para lá ficar a trabalhar, epá e eu fiquei, e foi ali que eu consegui fazer a minha vida.		
E: Como é que vivencias-te a saída do centro de tratamento, e a chegada ao mundo ca fora? P3: Foi muito complicado, eu nunca mais me esqueço que a minha irmã, epá o Manuel já estava cá fora, ele saiu primeiro do que eu, e eu fui viver com ele, e o que eu nunca mais me esqueço, é que a minha irmã foi-me buscar e o caminho para Lisboa eu vinha em pânico, sozinho, agora vou começar a andar sozinho, transportes	47- Considera que o regresso ao mundo cá fora foi muito complicado, recorda-se que na primeira noite não conseguiu dormir, pois tinha que ir a uma reunião sozinho, o que causava-lhe imensa impressão. Achava-se incapaz capaz de gerir um ordenado sozinho.	47- Desamparo perante a necessidade de voltar a ter autonomia e assumir responsabilidades sem o apoio da instituição.

sozinho, tratar da minha vida sozinho, gerir o meu dinheiro, epá e agora?! Eu saí a um de Dezembro, e recebi o meu primeiro ordenado no dia vinte e dois de Novembro, gerir aquilo tudo sozinho, eu dizia há minha irmão, eu não vou ser capaz, ou vou-me esticar todo, eu não vou ser capaz, e ela dizia tem calma. A primeira noite que dormi em casa do Manuel, eu não dormi, andei às voltas na cama e não me esqueço que no dia a seguir eu tinha uma reunião de equipa, e tive que ir, eu trabalhava em Sintra, tive que ir de Lisboa a Sintra, apanhar comboio e autocarro, epá fiz o caminho, fui à reunião, voltei a casa, e disse épa isto correu tudo bem, isto afinal de contas até se faz, e epá comei a entrar no ritmo de vida, a fazer reuniões, que é das coisas mais importantes que há para um adito, fazer reuniões, estar com pessoas.		
E: Hoje em dia, o que pensas em relação ao futuro? P3: Epá, se queres que te diga eu tenho vivido um bocado dia após dia, eu estou num trabalho que eu não me identifico, epá não gosto, faço uma coisa que não gosto, onde eu trabalho são vendas de telemarkting, sabes aqueles gajos que te ligam a chatear, a perguntar se tu	48- Revela viver um dia de cada vez, sem grandes expectativas, pois neste momento encontra-se a realizar um trabalho com o qual não se identifica.	48- Não apresenta grandes expectativas para o futuro, está focado em viver um dia de cada vez.

queres comprar alguma coisa?! É isso que faço, trabalho por objectivos que é uma coisa que me frusta bastante, eu sou muito de pessoas, contacto com pessoas, por isso é que eu me identificava muito no sitio onde eu estava, trabalhar com crianças, epá eu chamo crianças mas eram crianças dos catorze anos aos sessenta e dois anos, esse é muito o meu estilo, estar em contacto com as pessoas.		
E: O que achas que ganhas-te com a instituição? P3: Ganhei quase tudo, deu para eu me conhecer deu-me para perceber que eu sozinho não sou capaz, não vale a pena, porque se eu me ponho a pensar sozinho, isto é uma desgraça, é uma coisa assim aflitiva, epá, deu-me para aceitar que eu tenho uma doença, que não posso minimamente tocar em álcool, porque vai-me levar a outras coisas. Tenho que tratar a minha doença, dia sim, dia sim, tenho que ir tratar a minha doença, tenho que ir a uma reunião, partilhar o meu dia-a-dia, partilhar aquilo que sinto, epá deu-me para conhecer um P3, que eu não conhecia. Eu um gajo muito egocêntrico, eu era uma pessoa que em toda a minha vida eu consegui tudo sozinho, trabalhar, tirei um curso de hotelaria, eu trabalhei nos melhores	49- Afirma que com a instituição ganhou tudo, deixou de ser egocêntrico e passou a perceber que precisa dos outros. Reconhece que tem uma doença e que precisa de a tratar frequentando reuniões.	49- Com a instituição, ganhou tudo, deixou de ser egocêntrico e passou a perceber-se melhor. De modo a tratar a doença considera muito importante frequentar reuniões.

restaurantes em Lisboa, eu trabalhei quando comecei a trabalhar nas melhores empresas de estafetas em lisboa, abri uma empresa, fui PML líder, em 2008, o meu pai podia, a minha mãe também podia, e eu nunca quis pedir nada, conseguia sempre sozinha, eu achava que eu quero, eu posso, eu posso, sempre pode, agora posso, esse foi o barco que me deu em relação ao meu filho Válter, eu pensava que eu pode chegar até aqui, eu pode ajudar toda gente, eu ajudo toda gente, e agora o meu filho que é sague do meu sangue não consigo ajudar, não consigo fazer nada por aí, foi um confronto com a minha realidade, o tratamento deu-me exatamente a possibilidade de eu perceber que eu sozinho não sou ninguém, que eu preciso de outras pessoas e que o mundo não gira à minha volta.		

Anexo F- Entrevista P4

Feminino, 48anos,
Secretária,
2 Vezes internado,
9 Meses da última vez.

Transcrição da entrevista	**Sumário**	**Unidade de Carácter Psicológico**
E: Quando é que foi a primeira vez que consumiu álcool e drogas na sua vida? P4: Na adolescência, aos 14 anos, num contexto escolar, numa saída com amigos. Começou com o álcool, em festas que havia na escola, fins de ano, quando acabava o ano letivo havia sempre festas e eu normalmente já bebia de mais em comparação com as outras minhas colegas, eu bebia mais que a conta, mesmo de início. A droga lembro-me perfeitamente, foi na escola, no meu oitavo ano, foi com um grupo de amigas para experimentar, fumava-mos erva na altura, fumávamos charros era entre todas, costumava-mos fumar às vezes.	50- Revela que o seu primeiro contacto com o álcool e com as drogas foi na fase da adolescência, em contexto escolar entre amigas.	50- Primeiro contacto com álcool e com as drogas na fase da adolescência em contexto grupal.
E: Quando é que apercebeste-te que tinha uma adição? P4: Adição só me apercebi quando fui para tratamento, eu não tinha noção que tanto o uso se álcool como o de drogas associava-se a uma doença, porque na altura quase todos da minha geração ao fim de semana consumia, quando	51- A P4 tomou consciência de ter uma adição apenas quando esteve internada, até então teve houve um dia em que ficou doente e teve de deixar de consumir álcool por completo, não reagiu muito bem com a situação acabando por recorrer às drogas como meio de diversão. Só mais tarde, com o uso de drogas	51- Consciencialização da adição em centro de tratamento, no entanto teve consciência de ter uma dependência com uso de drogas mais pesadas.

saíamos bebíamos, era normal utilizarmos drogas e álcool para nos divertirmos. Depois com o tempo, tornou-se uma prática diária, e mais tarde, foi com o consumo de drogas mais pesadas, porque enquanto foi com o álcool e charros não. Por acaso é engraçado, estou-me a lembrar agora, foi com o álcool, porque eu com dezanove anos, recordo-me que tive uma doença associada ao álcool, era ainda muito novinha, mas eu já na altura bebia imenso e lembro-me que tive de ficar sem beber de um dia para o outro, e aí eu sentia já muitas alterações em mim, eu estive três meses de repouso e o médico disse-me mesmo que eu nunca mais podia beber, eu aí senti alterações, não me sentia bem, recordo-me que depois chegou uma altura em que eu comecei a consumir drogas mais pesadas, com os meus vinte, vinte um, se eu não podia beber, eu tinha que substituir por alguma coisa, porque não achava piada sair sem utilizar álcool ou outras drogas.	pesadas é que começou a perceber que dependia de algo.	
E: Como é que chegaste ao centro de tratamento? P4: Depois do consumo de drogas pesadas, na altura a heroína, é muito rápido, sentimos ressaca física da heroína porque basta poucos consumos, para quem já tem aptidão sentir	52- Afirma que o uso de drogas pesadas leva a uma ressaca física horrível, para além de criar dependência. Tentou deixar a heroína várias vezes, frequentou reuniões de NA mas sozinha não teve sucesso.	52- Sentimento de impotência para deixar as drogas de forma autónoma.

logo uma ressaca física que é horrível, além da psicológica, a ressaca física é horrível, e depois de várias tentativas e não conseguir para de usar aquelas drogas, tive conhecimento do programa de NA numas reuniões, mas só pelas reuniões eu não conseguia, parei de usar a heroína, voltei a beber, parei de beber voltei à heroína, até que houve uma altura que tinha um amigo que entretanto já faleceu, que eu sabia que ele tinha sido internado e falou-me muito deste programa, e aí eu fui mesmo por iniciativa própria.		
E: Tiveste o apoio de alguém? P4: Na altura falei com os meus pais, como eu tinha estado um período sem consumir heroína e pronto a maioria das pessoas o álcool é mais ou menos aceite, e como eu tinha estado um tempo sem consumir heroína, apesar de beber, eu já estava bem e quando souberam que eu tinha voltado a usar heroína, eu nessa altura pedi-lhes ajuda, é claro que me fecharam as portas, acabou-se o dinheiro, eu na altura já vivia sozinha, foi mesmo ou vais para o centro e pedes ajuda ou então vais viver para a rua.	53- Revela ter tido o apoio dos pais.	53- Presença de suporte familiar.
E: Então foram os seus pais que propuseram ires para tratamento?	54- Descreve que pediu ajuda aos pais para frequentar um centro de tratamento devido ao	54- Desespero perante a vida, leva a participante a pedido de ajuda.

P4: Não, eu também pedi, porque eu já estava muito cansada daquela vida, com 28 anos, eu já estava muito cansada, mesmo os meus amigos dos meus 19 anos, muitos já tinham parado de usar e eu já não sabia o que fazer, porque eu já não me sentia bem em usar, era mesmo para tirar a ressaca física. Psicologicamente estava completamente desgastada e sem vontade para nada, e então recorri ao centro.	desespero da vida que levava.	
E: Como é que reagiste ao aperceber-te que realmente ias ser internada? P4: Estava com muito medo, porque ouvir falar é uma coisa, estar no sitio é outra, entra-se num sitio completamente às escuras, porque por muita teoria que se tenha, só tanto lá é que começamos a sentir as coisas, só mesmo quem passa pela experiencia, mas ao mesmo tempo, era algo como a esperança para qualquer coisa, porque eu estava cansada da vida ca fora, tanto que no fim destes anos todos, não foi por consumos mas o desespero começou a ser o mesmo e eu pedi ajuda de novo ao centro de tratamento.	55- Transmite medo de ser internada pois sabe que por muitas teorias que se tenha, só quem passa pela experiencia é que sabe.	55- Sentimentos de medo ao saber que ia ser institucionalização.
E: Como foi para ti a experiencia do internamento? P4: A primeira vez foi, como todos nos, de inicio vamos todos muito	56- Confessa que no início estava muito iludida, achava que ia para uma colonia de férias, que sabia tudo, no entanto, com o passar do tempo e com o passar da ressaca, começou	56- Ilusão perante o centro de tratamento, onde apresenta comportamentos de impulsividade.

iludidos, cheia de roupas, recordo-me muito dessa imagem minha, cheia de malas, de roupas e que sabia tudo, com um ar super arrogante, altivo e que sabia tudo e que conhecia toda gente e que já sei, e que tinha ouvido falar do programa, mas eu tinha consumido. Primeiro fui la fazer uma entrevista, ver a casa, ver as instalações, queria um quarto só para mim, assim um bocadinho eludida, porque olhando para trás dá-me vontade de rir, porque é mesmo assim, pensa-se que se vai para uma colonia de férias. Quando cheguei, eu tinha consumido e então levei o dia inteiro a falar, sabia tudo, recordo-me na altura que a minha concelheira disse-me que nunca tinha recebido ninguém assim, que só eu é que falava na entrevista. Claro que no outro dia quando comecei a ressacar, a ressaca física foi só uns dias porque tomei uma medicação durante quatro, cinco dias e andei ali meia adormecida, quando passou é claro que eu passei ali quase um mês a chorar, a pensar no que tinha feito, no que não tinha feito, no que tinha deixado ca fora, não aceitava muito bem regras, horários, confrontações, ouvirmos aquilo que nós não gostamos de ouvir, reagia muito, era muito impulsiva e muito resmungona.	a refletir sobre tudo o que tinha feito. Considerava ser muito impulsiva e resmungona.	

E: Como era lidar com as regras da instituição? P4: Muito mal, muito mal, recordo-me que pronto, quem era aquela gente para me dizer para não fazer isto ou não fazer aquilo, e dizerem-me que era uma menina. Eu não tinha horários para nada, chegava atrasada e há hora que queria, hoje eu chego quase sempre um bocadinho antes, para mim os atrasos são terríveis, mas isso é um problema meu não é com as outras pessoas que eu vejo que às vezes eu tornei-me um bocadinho exigente de mais com certas coisas, mas eu preciso, e é engraçado que eu ouvi alguém dizer isto, eu preciso de regras porque eu muito facilmente deixo de ter regras, e se eu própria não as compro, eu descambo, é muito fácil, se calhar outra pessoa chega atrasada e nem pensa nisso, eu se chego atrasada num dia, se calhar no outro dia já vou chegar e eu sei que eu própria preciso de regras para me manter estável**.**	57 – Afirma que lidava muito mal com as regras, não gostava que a confrontasse. Não tinha horários e daí ter dificuldade em adaptar-se.	57- Dificuldades em lidar com regras e cumprir horários.
E: Como era a relação com os colegas? P4: Bem, o partilhar quarto recordo-me que eramos seis raparigas a partilhar quarto em beliches, e pronto há alguma dificuldade com as mulheres, porque há, em partilhar os quartos, em	58-Revela que havia algumas rivalidades entre as mulheres, e que normalmente afastava-se daquilo que não gostava. Foi para o centro com o intuito de melhorar-se a si como pessoa, apesar de no início não ser essa a intenção, pouco a pouco tornou-se um objetivo.	58- Retirada ou afastamento em momentos de rivalidade e desagrado.

partilha a casa de banho, aquelas rivalidades, aquelas invejas, acho que é próprio mas ali torna-se tudo com uma dimensão maior. Eu não sou uma pessoa muito de discutir, não digo as coisas, mas depois afasto-me um pouco daquilo que eu não gosto, ou quando me sinto magoada com os outros, com algumas injustiças eu também me afasto, o que também não é bom, mas la dentro havia. No primeira tratamento que eu tive, eramos poucas mulheres, nunca houve assim muitas, neste havia mais mulheres, mas nós saímos todos de uma vida complicada e para livrar-nos a nós pomos um pouco de culpas nos outros e lá dentro é igual, é igual de início, justificamos quase os nossos erros com os erros dos outros, nem toda gente porque nem toda gente é igual, mas há um bocadinho isso. Eu ainda hoje sou um pouco assim, eu afasto-me, visto que no centro há terapeutas, normalmente recorria a eles quando alguma coisa se passava e tirava a duvida com eles, porque eu fui para ali com o intuito de me melhorar a mim como pessoa, claro que no inicio não se tem essa noção, mas depois melhorar-me muito a mim como pessoa e recorria muito aos terapeutas para me tirarem duvidas.		
E: Como te sentias	59- Revela que chorou	59- Sentimentos de culpa

quando recebias visitas ou chamadas? P4: Chorei imenso a primeira vez que falei com os meus pais ao telefone, quando recebia a visita deles sentia muita culpa, muita culpa porque parece que se dá conta la dentro do sofrimento que os familiares têm com o nosso uso e recordo-me que sentia muita culpa quando via-os, mas sentia-me bem, sentia aquele carinho. **E: Quem é que te costumava visitar?** P4: A minha mãe não, algumas vezes o meu irmão, uma vez o meu pai, normalmente iam os meus irmãos, porque na altura os meus pais já tinham uma certa idade, tinham mais dificuldade em deslocar-se, eram os meus irmãos, normalmente íamos almoçar fora e depois voltava para dentro, isso nos três meses e meio. Eu sentia muita culpa na altura, sentia mesmo muita, muita, muita culpa.	imenso a primeira vez que falou com os pais, quando iam visitá-la sentia um grande sentimento de culpa perante o sofrimento que lhes causou.	para com os pais.
E: Quando estavas na instituição o que imaginavas para quando saísses? P4: Eu tinha sido uma miúda sozinha, muito introvertida e procurei sempre um bocado no álcool e nas drogas essa desinibição e essa companhia, e la dentro eu apercebi-me que eu era	60- Revela ter sido uma miúda muito sozinha que procurava a desinibição no álcool. Dentro da instituição começou a sentir-se valorizada.	60- Autovalorizarão através da relação com o outro.

uma rapariga com qualidade, que as pessoas gostavam de mim como eu era, com os meus defeitos, com as minhas qualidades, que não era tudo mau nem era tudo bom, que era uma junção		
e vinha com a expectativa de vir ca para fora, de ter um emprego, daquela vida que eu via as pessoas ter, minimamente normal sem ser aquele euforia ou aquela depressão, principalmente não ter que andar a pedir dinheiro para usar drogas, nem ressacar de manhã ou pensar o que ia fazer para usar, e vinha com essa expectativa de ter uma vida normal.	61- Quando saiu do centro de tratamento tinha expectativas de encontrar um emprego e de ter uma vida minimamente normal	61- Esperança de ter uma vida normal no futuro.
E: Como vivenciaste a saída da instituição para o mundo cá fora? P4: Eu já na altura tinha uma relação não muito boa com a minha mãe, muitos ressentimentos e tentei aproximar-me dela, claro que com um grande esforço, tentei aproximar-me da minha mãe. Terminei uma relação que eu tinha na altura já antes de ir para o centro, não me fazia sentido, fazia-me sentir-me mal porque havia muitos ressentimentos. Tentei ir trabalhar porque eu nunca tinha tido praticamente um emprego e governei-me com o meu dinheiro, com o meu ordenado.	62- Após a saída do centro a P4 fez um grande esforço de reaproximação para com a figura materna. Afirma ter terminado uma relação amorosa de longa data que já não lhe fazia sentido e arranjou um emprego.	62- Com a saída do centro de tratamento foram resolvidos vários aspetos, tais como: reaproximação à figura materna, fim de um relacionamento e início de uma atividade profissional.
Eu quando saí tive muito	63- Revela ter tido o apoio	63- Presença de suporte

apoio dos meus pais e dos meus irmãos, reagiram muito bem mesmo, estavam muito contentes por me ver, eu já tinha tirado a carta antes de ir mas eu nunca tinha conduzido, e o meu pai deu-me um carro na altura e ficou todo feliz, tive só dois meses sem trabalhar e andei nos primeiros anos muito certinha mas a viver só para a família, de inicio fugia muito das pessoas que conhecia de uso, fiz reuniões de NA.	dos pais e dos seus irmãos quando saiu do centro de tratamento.	familiar.
Quando já estava limpa à uns três anos, o meu pai adoeceu e aí vi-me muito aflita, porque deixei o trabalho para lhe dar apoio, monetariamente eles sempre me ajudaram e não precisavam do meu dinheiro, mas foi uma altura muito difícil porque estava à pouco tempo limpa para lidar com tanta coisa, aí já tinha noção que o problema não era o álcool ou as drogas, mas sim eu que tinha uma doença que era a adição, considerada uma doença de sentimentos e lidar com isso tudo sem usar foi muito difícil, mas pronto dediquei-me muito à casa, à mãe, ao pai, sei que na altura tinha dois cães que me preenchiam muito e tinha alguns amigos.	64- Descreve que depois de estar limpa durante 3 anos, o seu pai fica doente e passa por momentos muito difíceis dedicando o seu tempo a cuidar da casa (mãe, pai, irmãos e cães).	64- Há a presença de uma tentativa de reparação do sofrimento que causou à família, passando a dedicar o seu tempo aos mesmos.
No centro de tratamento nós estamos muito protegidos, estamos habituados a ter apoio, a ter	65- Revela que dentro do centro de tratamento estava muito protegida e que ao chegar ao mundo ca fora	65- Sentimentos de falta de proteção e desamparo ao sair da instituição.

pessoas sempre pertinho de nós e mesmo a confrontação é para nosso bem, nós saímos muito ingénuos, deixamos as drogas parecemos umas crianças que acreditamos em tudo, que toda gente é boa e depois aqui fora começasse a levar algumas pancadas que não é bem assim e é difícil, ca fora é difícil, mas é a vida como ela é, nós cá fora como tivemos muito tempo a usar drogas achamos que se calhar só nós é que estamos mal, então se calhar nós é que ao mudarmos vemos que os outros estão bem e não é bem assim, depois o mais difícil aqui é o discernimento, temos de ver o que realmente temos que mudar.	depara-se com algumas realidades bem difíceis lidar.	
E: Neste momento, o que imaginas para o futuro? P4: Neste momento, este tratamento foi quase como se fizesse uma reciclagem destes vinte anos, porque foram anos a tentar muito me afastar da pessoa que usou drogas e quase que vivi como se fosse outra pessoa, tudo muito certinho. O meu pai entretanto faleceu há 17 anos, e dediquei-me muito a casa, mãe, irmãos e fui quase a filha perfeita. Há dois anos, a minha mãe faleceu, foi quase o descalabre, não em uso mas em comportamentos.	66- Considera que o tratamento foi quase como uma reciclagem dos últimos vinte anos, viveu como se fosse outra pessoa. Após a morte dos pais, considera que foi tudo um descalabro.	66- Após a morte dos pais foi o descalabro, no entanto o regresso ao centro de tratamento foi uma reciclagem dos últimos 20 anos.
Agora a minha perspetiva para o futuro é muito boa	67- Perspetiva o futuro como uma junção do	67- Busca de um futuro com base no equilíbrio

parece que está haver uma junção, não é tudo certinho, nem tudo muito mau, parece que eu própria estou-me a aceitar como sou, não tenho que ser perfeita, mas também não tenho que mandar tudo para o ar, é como se sentisse quase um equilíbrio, já posso ser quem sou, porque já não me sinto vinculada ao uso de drogas, é a minha personalidade, uns dias estou bem-disposta, outros dias estou mal disposta.	equilíbrio onde nem tudo é mau nem tudo é perfeito, afirma que já pode ser ela própria.	emocional, onde pode ser ela própria.
É como se tivesse vivido muito estes anos com sentimentos de culpa em relação à mãe e ao pai, e ao mesmo tempo a dor que eu sinto da perda é um alívio de agora posso ser eu, já não tenho quase que me sacrificar por ninguém, há aqui um misto de sentimento.	68- Ao longo dos últimos anos viveu muito com o sentimento de culpa, de tal modo que vivia numa tentativa de reparar o sofrimento que causou. Deste modo, a perda das figuras parentais, está a ser vivida como um misto de sentimentos entre sofrimento e alívio de poder ser ela própria.	68- Sentimentos de culpa dominaram os últimos anos, de tal modo que durante o período de vida dos pais, viveu sempre numa tentativa de reparação, considerando a morte dos mesmos um misto de sentimentos entre sofrimento e alívio (de poder ser ela própria).
Nos anos que estive limpa esforcei-me imenso para o bem-estar deles, não foi para o meu, foi muito para não os desiludir e agora acho que estou a viver para mim, apesar de não ter sido fácil se não, não ia para tratamento novamente porque senti quase o mesmo desespero quando a minha mãe faleceu e agora o que é que eu vou fazer à minha vida, parece que já não tenho ninguém para tomar conta ou para provar qualquer coisa.	69- Confessa que a perda dos pais não foi fácil pois voltou a vivenciar o mesmo desespero de quando consumia drogas, sentia-se perdida por já não ter ninguém de quem tomar conta.	69- Dificuldade em lidar com a perda dos pais. Sentia-se perdida porque já não tinha que viver para agradar alguém, o desespero foi tão grande que acabou por voltar a pedir ajuda no centro de tratamento.
E: O que achas que ganhaste com a	70- Considera que ganhou-se a si própria, aprendeu a	70- Sentimentos de sucesso para consigo mesma,

instituição? P4: Eu acho que me ganhei, ganhei-me a mim própria porque eu andava ai um bocado perdida a querer ser o que a minha mãe se calhar queria que eu fosse, o meu pai não, ele não era tão exigente, o que os vizinhos queriam que eu fosse, o que os amigos queriam que eu fosse, o que os ex-namorados queriam que eu fosse, eu nunca era aquilo que eu realmente era, e depois de imensas relações falhadas, porque eu nas relações deixava de ser eu, tornava-me outra pessoa, acho que me ganhei a mim própria, hoje em dia eu gosto de mim como eu sou e foi neste tratamento que eu tive oportunidade.	aceitar-se como ela é.	ganhou-se a si própria.