

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

Departamento de Sociologia

Trajectórias e Estilos de Vida Familiar de Ex-residentes de uma Comunidade Terapêutica

A influência do tratamento em comunidade terapêutica e a relação com o passado de toxicod dependência na vida familiar actual.

Rita Isabel Fazenda Vieira

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Família e Sociedade

Orientadora:

Prof. Doutora Maria das Dores Guerreiro

Janeiro de 2008

Agradecimentos

Este trabalho é o resultado de um projecto pessoal, profissional, académico, que aguardava o momento mais propício para a sua concretização. Do final de 2003 a meados de 2007 e, através da conjugação de múltiplos esforços, foi levado a cabo uma tarefa que jamais conseguiria sem o apoio de várias pessoas significativas na minha vida, cada uma contribuindo, com a sua especificidade, para a concretização da mesma.

Em primeiro lugar gostaria de fazer um enorme agradecimento à minha orientadora, Prof. Doutora Maria das Dores Guerreiro, a quem muito admiro pela sua competência como investigadora e pela sua capacidade de a transmitir com a objectividade, rigor, cientificidade e tranquilidade que a caracterizam. A relação estabelecida de certa cumplicidade e os seus estímulos para a progressão desta investigação, foram fulcrais para a efectivação da mesma.

Um segundo agradecimento ao meu marido, cujo alento, apoio, carinho, força motivadora, nunca me deixaram desistir, mesmo quando a vontade de o fazer era voraz. Pelo respeito que demonstrou por este projecto e por mim, apesar de tantas vezes isso implicar a diminuição de tempo e actividades em conjunto, por ambos tão desejadas, do fundo do coração, obrigada querido!

Aos meus pais não tenho palavras para agradecer o amor e a dedicação, com que me deram todo o suporte de retaguarda que lhes era possível, apesar da distância: pelas sopas, pela roupa passada a ferro, pelos telefonemas de ânimo energizantes, pela hospitalidade revigorante com que me acolheram nos meus possíveis momentos de pausa. Por tudo isso, sim, sem dúvida! Mas sobretudo pela vontade que me incutiram desde sempre para querer crescer e evoluir sempre mais, para querer saber e fazer sempre mais e melhor. Pelo testemunho do seu espírito de juventude, que me deram e dão a cada momento, muito, muito obrigada.

À minha família em geral (e em particular) e aos meus amigos que tanto apoio me deram. Tantas vezes ouviram os meus desabafos ora sobre o cansaço e dificuldades sentidas, ora sobre o entusiasmo das descobertas que me sentia a fazer, as associações de ideias, o rumo do projecto. No fundo, um grande obrigada pelo interesse demonstrado na pergunta “-“então e o mestrado?” a cada encontro ou telefonema.

Aos meus colegas e amigos de trabalho, que me estimularam, apoiaram (apesar do meu humor por vezes tão oscilante!) e me deram o suporte necessário para poder despender mais tempo nesta investigação. Sem a sua colaboração, espírito de equipa e compreensão, este trabalho não tinha sido possível.

A todos, o meu profundo e enternecido agradecimento. Bem hajam!

Rita Vieira

Índice

Introdução	1
I Enquadramento teórico	7
	7
1. Modernidade e individualização	
2. Toxicodependência e modernidade	10
2.1 Indivíduo, adolescência e autonomia no seio da família	13
2.2 A família como referencial	14
2.3 O tratamento da toxicodependência em comunidade terapêutica	20
2.3.1 Comunidade terapêutica –pressupostos teóricos	21
2.3.2 Influência da comunidade terapêutica na mudança e reinserção	24
2.3.3 Trajectórias de vida após a saída da CT	30
3. Relações e interacções familiares	31
3.1 As interacções familiares	32
3.1.1 Coesão familiar	34
3.1.2 Integração externa	43
3.1.3 Orientação e regulação	47
3.1.4 Uma tipologia de base	51
II Modelo de Análise e Estratégia Metodológica	53
4. Modelo de análise	53
4.1 Definição das hipóteses	54
4.2 Apresentação do quadro de operacionalização conceptual	55
5. Estratégia metodológica	59
5.1 Objecto empírico, método e técnicas de investigação	60
5.2 Sobre o processo das entrevistas – preparação, realização e tratamento	62
III A Investigação Empírica	65
6. Apresentação dos casos estudados	65
7. Caracterização sócio familiar dos entrevistados	69

8. Trajectória de vida após a saída da CT até ao momento actual	70
8.1 Família	70
8.2 Emprego e formação profissional	80
8.3 Vida social	84
8.4 Relação com os consumos	89
9. Relações familiares na actualidade	96
9.1 Relação consigo próprio	96
9.2 Relação conjugal	99
9.3 Relação parental	107
9.4 Relação com família de origem	118
9.5 Integração externa	124
9.5.1 Caracterização da rede social e actividades desenvolvidas	126
9.6 Orientação familiar	131
9.7 Regulação familiar	133
9.8 Uma aproximação a uma tipologia familiar	136
10. Percepção da Influência da CT na vida familiar actual	139
10.1 Aprendidos na CT directamente referidos	139
10.2 Internalizações da CT inconscientemente referidas	145
11. Relação actual com o passado de toxicoddependência e vivência familiar	146
11.1 Repercussões do passado de toxicoddependência na actualidade	146
11.2 Comunicação hoje sobre o passado de ontem	149
11.3 Acompanhamento técnico na actualidade	152
12. Tipologia de Retratos dos ex-residentes estudados	154
Conclusão	156
Bibliografia	
Anexos	

Lista de quadros inseridos no texto

Quadro nº 1	Esquema de relações conceptuais orientadoras da investigação
Quadro nº 2	Quadro de conceptualização- trajetória de vida
Quadro nº 3	Quadro de conceptualização- relações familiares - Coesão Interna
Quadro nº 4	Quadro de conceptualização- integração externa
Quadro nº 5	Quadro de conceptualização- regulação e orientação
Quadro nº 6	Quadro de conceptualização- percepção da influência da CT na vida familiar
Quadro nº 7	Quadro de conceptualização- relação com o passado de toxicodependência
Quadro nº 8 A e B	Percursos de co-residência ao longo da trajetória pós CT
Quadro nº 9	Relação com consumos de substâncias após a saída da CT
Quadro nº 10	Estratégias para a abstinência
Quadro nº 11	Mapa da rede social pessoal dos ex-residentes
Quadro nº 12	Síntese da tipologia familiar encontrada
Quadro nº 13	Tipologia de Retratos dos entrevistados

Lista de Anexos

Anexo nº 1	Brochura explicativa sobre o modelo da CT e Plano semanal das actividades na CT
Anexo nº 2	Quadro de conceptualização global.
Anexo nº 3	Quadro de evolução dos residentes ao longo dos anos na CT.
Anexo nº 4	Guião da entrevista semi-estruturada.
Anexo nº 5	Sistema de Codificação no Maxqda, base à análise de conteúdo
Anexo nº 6	Ficheiro em suporte informático (CD) das entrevistas transcritas
Anexo nº 7	Quadro de caracterização dos entrevistados.
Anexo nº 8	Quadro de caracterização dos cônjuges dos entrevistados
Anexo nº 9	Quadro de caracterização dos filhos dos entrevistados
Anexo nº 10 A	Quadro de caracterização da família de origem dos entrevistados.
Anexo nº 10 B	Quadro de caracterização da família de origem dos entrevistados (cont.)
Anexo nº 11	Situação parental na trajetória após a saída da CT
Anexo nº 12	Atitude perante as relações ligadas ao passado de toxicodependência
Anexo nº 13	Dificuldades sentidas na trajetória de vida após a saída da CT
Anexo nº 14	Problemas sentidos na relação com família de orientação
Anexo nº 15	Mudanças desejadas na relação com a família de orientação
Anexo nº 16	Rede social individual em relação à rede familiar
Anexo nº 17	Topografia da rede social
Anexo nº 18	Tipos de ajudas recebidas e seus prestadores
Anexo nº 19	Momentos após a saída da CT, ajuda de outros, tipo de ajuda recebida e prestadores.
Anexo nº 20	Percepção das tensões na rede
Anexo nº 21	Maior núcleo de sentido familiar
Anexo nº 22 A e B	Valores familiares
Anexo nº 23	Distribuição dos papéis familiares
Anexo nº 24	Distribuição do poder na família
Anexo nº 25 A	Percepção da influência da CT- relação consigo próprio
Anexo nº 25 B	Percepção da influência da CT- relação conjugal
Anexo nº 25 C	Percepção da influência da CT- relação parental
Anexo nº 25 D	Percepção da influência da CT- relação com família de origem e com a rede

Resumo

Esta dissertação procura dar conta do estudo realizado no âmbito do Mestrado em Família e Sociedade, sobre as trajetórias de vida dos ex-residentes da Comunidade Terapêutica (CT) do Restelo, conducentes ao estilo de vida familiar actual, cerne da investigação. Procura-se compreender qual a influência da experiência de tratamento em CT e qual a relação actual com o passado de toxicodependência a nível familiar. É um estudo exploratório, apesar de a metodologia utilizada ser qualitativa, procurando captar com a maior profundidade possível a realidade dos sujeitos. Pode constatar-se, em traços muito gerais, que as trajetórias se fazem tendencialmente no sentido da autonomização, relativamente à família de origem, constituindo os indivíduos a sua própria família, na qual procuram concretizar o projecto adiado de individualização e realização pessoal. O tipo de família tendencialmente constituído é, na linha de Kellerhals, o “companheirista”. Na educação dos filhos predomina o estilo “contratualista”, procurando não repetir na relação com os filhos padrões familiares considerados como não saudáveis. As relações familiares são, em muitas situações, atravessadas pela culpabilidade inerente ao passado de toxicodependência. A influência da experiência de tratamento na CT é sobretudo evidente na melhoria da relação consigo próprio, por um maior auto-conhecimento e aceitação de si, reproduzindo-se esta influência em todas as áreas da vida: na relação com os outros (profissionais, familiares ou sociais). Do passado de toxicodependência, para além das repercussões relacionais, as repercussões em termos de saúde parecem dominar e obrigar a estratégias específicas.

Palavras-chave: Trajetórias de vida; Família; Comunidade Terapêutica; Toxicodependência

Abstract

This study intends to show the results of the research done into de Master in the area of family and society, about the the ex-residents life's course of Therapeutic Community (TC) of Restelo, that leads to the actual lyfestyle, nucleous of this investigation. We search to understand which are the influences of the experience of treatment in TC and the way ex-residentes are dealing with their drugaddiction past. It is an exploratory study although its qualitative metodology, used to catch as deeply as possible, the subjects reality. We can conclude, in a very general way, that the trajectories are tendency towards the autonomyof the individual, in what concerns to the orientation family . The individuals, inside their own nuclear family try to materialize the delayable project of individualization and personal realization.

The kind of family constituted is, according to Kellerhals, majority type “the companionship”.In the children's education predominates the “contratual style”, searching the subjects not to repeat, in the relationship with their children, unhealthy patterns. Familiar relatinships are, in many situations, crossed by the intrinsic guilt to the past drugaddiction. In what concerns to the influence of the treatment experience inside TC, it is mostly evident in the improvement of self-relationship, by the major self-knowledge and acceptability of himself, reproducing this in all the situations of life: relationships among others (professional, familiar and social). From the past drugs addiction, above the relational effects, the repercussions in terms of health seem to dominate, conducting to specific strategies.

Key Words: Trajectories of life; Family; Therapeutic Community; Drugaddiction.

Introdução

O presente relatório de dissertação situa-se no âmbito do Mestrado em Família e Sociedade, organizado pelo Departamento de Sociologia, do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE).

Desde o início do curso procurou-se encontrar um tema de investigação que reunisse três condições: por um lado que tivesse interesse em termos pessoais para a investigadora; por outro que tivesse interesse científico; e, por último, que tivesse interesse para a área de exercício profissional da mesma.

Tendo em conta o trinómio indivíduo-família-sociedade e tendo em conta a área profissional de trabalho – tratamento da toxicoddependência em comunidade terapêutica – decidiu-se focalizar a investigação no estudo da situação familiar actual do grupo de ex-residentes da Comunidade Terapêutica¹ do Restelo, onde a autora exerce a sua actividade profissional. Precisando um pouco mais, o que se procurará fazer é caracterizar o estilo de vida familiar do indivíduo, no momento actual. Isto sem, contudo, ignorar o percurso ou trajectória de vida desde o momento da saída da comunidade terapêutica até ao presente, como enquadramento necessário à compreensão da actualidade. Reconhecendo que estes sujeitos têm um passado, mas na impossibilidade de o abarcar na totalidade, abarcar-se-á um segmento significativo, pelo atributo de “nova era” na vida dos entrevistados.

Conhecer a situação sócio-familiar dos ex-residentes da Comunidade Terapêutica do Restelo é um tema, do ponto de vista da investigadora, de total pertinência. Com efeito sendo já sobejamente conhecidos os estudos sobre a família de origem do toxicoddependente, pouco se tem investigado sobre a situação familiar do indivíduo no pós-tratamento, sobre a família constituída por si (Fleming 1995). Esta, certamente, será uma realidade com especificidades que interessarão estudar. Procurou-se encontrar a pluralidade de formas de lutar e de conseguir o movimento de autonomização quer o indivíduo tenha regressado à família de orientação, quer este se tenha isolado desse núcleo de origem e formado, assim, a sua própria estrutura familiar.

Para além do interesse pela trajectória do indivíduo desde a saída da CT à actualidade, bem como pela sua realidade familiar interna e externa, interessa também neste estudo captar a percepção que os entrevistados têm da influência da CT na actualidade familiar, dos

¹ Para facilitação de escrita, ao longo do texto a Comunidade terapêutica vai sendo referida pelas iniciais CT.

aprendidos nela, dos recursos internalizados, das “disposições incorporadas”, numa linguagem mais bourdiana (Bourdieu, 1980). A este nível também Broekaert et al (1999) apresentam como uma das conclusões importantes da revisão da investigação produzida sobre as comunidades terapêuticas na Europa “the need for more qualitative phenomenological research to complement the existing quantitative approach”(p.21).

Esta investigação vem também no prolongamento do trabalho que tem sido desenvolvido pela autora na Comunidade Terapêutica do Restelo, a cujo grupo de ex-residentes se reporta este estudo. Por um lado, a autora trabalha directamente com as famílias de origem dos mesmos e em muitos casos com as constituídas também, sendo ambas dotadas de especificidades, dadas as suas condições de existência simbólicas e materiais. Por outro lado, trabalha com a representação de família de cada indivíduo internado, a real e a das expectativas, acompanhando o percurso de reconstrução da representação de si, tanto na sua família de origem, como na sua família de procriação (já existente ou ainda num plano idealizado).

Este universo parece ser também interessante de analisar em termos familiares porque os sujeitos estudados tiveram uma experiência de vida familiar muito marcada pela toxicodependência com todas as particularidades que as famílias com essa experiência evidenciam. Tais ingredientes associam esta população a um contexto familiar que será aqui tido em conta no sentido de perceber se no momento actual há ou não sinais de reprodução de um padrão de funcionamento familiar idêntico ao da família de origem. Procurar-se-á saber se se verifica uma espécie de transferibilidade das disposições apreendidas (Bourdieu: 1980) na família de origem para a família constituída bem como para outras áreas da vida.

Mas não é essa a única especificidade deste conjunto de indivíduos. Além do referido é um grupo que fez um percurso terapêutico numa comunidade terapêutica que certamente terá produzido alguns efeitos na relação com a família de origem e de procriação, na relação consigo próprios e na relação com o outro significativo (outro-conjugal, outro-parental, outro-rede social). A situação actual apresentará certamente influências manifestas ou latentes deste percurso. De alguma maneira tiveram uma oportunidade privilegiada de, durante aproximadamente um ano da sua vida, poderem confrontar-se consigo próprios, com a sua realidade e trajectória de vida, com as suas frustrações, com as suas expectativas, com os seus pensamentos e emoções. Tudo isto na relação com outros, num contexto particular de relação de ajuda, provocando uma crise no sistema de disposições ou “habitus” que possuíam até então. Deste modo foram criando, aprendendo, inventando, outros que no futuro serão ou não

activados conforme as circunstâncias sociais assim o exigam, os seus actores, os interlocutores, os momentos (Lahire:2005).

Por tudo isto, há neste estudo um enorme interesse profissional, em que para além do conhecimento da realidade, se tem a aspiração de chegar a resultados que possam dar pistas de intervenção ao nível da prática. Nesse sentido, os contributos que advierem desta pesquisa poderão ser muito úteis na medida em que, a partir da experiência de vida dos ex-residentes estudados, se possa repensar a intervenção com os residentes e futuros residentes da comunidade terapêutica, dando esta investigação uma mais valia ao tratamento. De alguma maneira estar-se-á a fazer uma avaliação da eficácia do modelo de tratamento em causa ao procurar perceber-se a influência que a passagem pela CT tem, num domínio específico da vida destes indivíduos, que é a família.

Assim, os objectivos norteadores da investigação serão de uma forma geral: a) conhecer a trajectória posterior à saída da CT, em torno de 4 áreas: família e percursos de cohabitação, emprego, sociabilidades e relação com consumo de substâncias; b) compreender as especificidades do estilo de vida familiar actual dos entrevistados, no plano das suas relações internas e com o exterior; c) avaliar a percepção que os sujeitos têm da influência da experiência vivida em comunidade terapêutica, no seu actual estilo de vida familiar; d) captar a relação actual dos sujeitos com o seu passado de toxicod dependência e de tratamento da mesma.

Por tudo o que foi já referido a pergunta de partida poderia definir-se, de uma forma que procura ser clara, concisa e exequível (cf. Almeida, 1994:200), da seguinte maneira:

- ▶ *Qual a trajectória que, no pós internamento, conduziu ao estilo de vida familiar actual do ex-residente da Comunidade Terapêutica do Restelo? Que contornos esse estilo assume nas relações intrafamiliares, bem como na relação com o exterior? Que influência exerceu a CT na estruturação do quotidiano familiar do presente? Qual a relação que agora é estabelecida com o passado de toxicod dependência e respectivo processo de tratamento?*

No momento social da modernidade, o movimento em torno da individualização é uma exigência interna e externa ao indivíduo. Esta individualização não pode ser confundida com individualismo, negativamente conotado, mas no sentido da confrontação de si, com a sua existência, de uma forma reflexiva.

Este movimento é extremamente exigente, tanto com o indivíduo, como com os que o rodeiam. Se o próprio precisa fazer esse trabalho, os outros precisam permitir e criar as condições para que ele o faça, não necessariamente isolado, sozinho, mas, ao contrário, imprescindivelmente através de outros significativos. Nesse sentido a modernidade traz consigo medos, inseguranças, receios. Os dilemas existenciais, sociais, planetários, com que o indivíduo tem de se confrontar diariamente, criam nele uma espécie de “problema novo”, por inerência ao seu novo papel, para o qual precisa de se ir preparando ao longo do seu desenvolvimento pessoal, identitário, relacional.

Como tentativa de resposta do indivíduo a essas novas exigências, ou por dificuldade de resposta às mesmas, desenvolvem-se comportamentos disruptivos, contra si e contra os outros. Inicialmente surgem como uma tentativa de lidar com a insegurança, ambivalência, desproteção da modernidade, mas rapidamente se transformam de resposta em problema e consoante a sua amplitude e intensidade social, assim se transformará num problema social. A toxicodependência é um entre muitos dos problemas sociais da modernidade, com múltiplas causas, que se articulam entre si, mas que tem como uma das funções, percebidas pelo próprio, ajudar o indivíduo a libertar-se desta responsabilidade de confrontação reflexiva da sua existência, evadindo-se dela através de consumos de substâncias que o levam para outros níveis de percepção do real e de si próprio. A sua vida deixa de ser decidida por si e passa a ser definida em função de uma substância que o aliena. Dentro da família de que faz parte, o problema de toxicodependência do indivíduo, é visto pela mesma como o problema em si, apesar de ser apenas uma manifestação possível de muitos outros problemas pessoais e familiares. Apesar de não existir uma família-tipo de toxicodependente, podem encontrar-se alguns traços mais comumente verificados, sendo um deles, muito importante, a dificuldade de o indivíduo se individualizar no seio da sua própria família de origem, separando-se, tornando-se independente e autonomizando-se com uma vida adulta saudável.

Por todos os problemas que a toxicodependência cria e de que é resultado, a vida individual e familiar, torna-se insuportável pelas repercussões dos mesmos. O grupo familiar, e os indivíduos dentro dele, vêm-se em grandes encruzilhadas, bloqueios, precipícios de estratégias tentadas e não eficazes. A família reconhecendo a sua incapacidade de enfrentar o “problema” com que se confronta vê-se forçada a abrir-se ao exterior como forma de pedir ajuda. Aí, a mesma modernidade que faz aparecer novos problemas e desafios, vai também criando estruturas de apoio, de regulação, de suporte, de organização, pelo que ao nível da toxicodependência o tratamento é possível, é evolutivo, é plural, tendo em conta as necessidades do indivíduo e da família e as especificidades de ambos.

A comunidade terapêutica surge assim, como uma resposta da sociedade a um problema individual, familiar e social. Enquanto método e estrutura em si própria, atenta na pessoa na sua globalidade, não a fragmentando, nem a confinando ao seu problema de toxicodependência. Espera do indivíduo, através da experiência comunitária, a mudança do seu estilo de vida e a redefinição da sua identidade, devolvendo-lhe, assim, o seu papel reflexivo, no sentido de se poder confrontar consigo, com a sua história, com as suas decisões, com a sua identidade, com o seu presente, com as suas expectativas de futuro. Existe na CT uma grande expectativa na mudança da vida do sujeito, enquanto actor social, uma mudança assente nos recursos internalizados ao longo da experiência intensa, abrangente, direccionada, vivida na comunidade terapêutica. Deseja-se que essa mudança seja duradoura no tempo, sustentável, assente na transferebilidade dos recursos internalizados na mesma para vários domínios da vida, já fora dela.

O indivíduo adulto, com a vivência de uma experiência tão intensa terapeuticamente, deve ser capaz de se autonomizar da sua família de origem, não como fuga aos problemas familiares atrás referenciados, mas como forma de encontrar o seu espaço no mundo social, com outros que lhe sejam significativos, por escolha e decisão sua.

É nesse sentido que, anos passados, após a experiência da CT se procurará captar a sua forma de estar em família na actualidade, e o seu posicionamento enquanto indivíduo na mesma. Procura penetrar-se o mais possível no universo das relações familiares do ex-residente da CT, tanto internamente como na sua relação com o exterior. Falar de família é falar de famílias, de pluralidade de estilos, de condições de existência, de momentos sociais e, por isso, ela é um objecto de estudo tão complexo com tantas portas de entrada. Como refere Lahire (2005:11): "é o ponto de vista que cria o objecto e não o objecto que fica tranquilamente à espera, no real, do ponto de vista científico que venha revelá-lo". Em torno de quatro eixos principais (coesão interna, integração externa, orientação e regulação) procura-se analisar as relações familiares internas: o sujeito consigo próprio, ou não se fizesse o processo de individualização na família; a relação conjugal; a relação parental e a relação com a família de orientação. As relações da família com o exterior a si: as suas redes sociais, os seus referenciais são igualmente uma dimensão de análise que procura dar conta da integração externa da mesma. Observando-se, na generalidade social, a tendência contemporânea para uma evolução para formas de estar em família mais fusionais e associativas, formas estas mais condizentes com a modernidade e seus princípios, tenta compreender-se as especificidades da população estudada e chegar-se a tipologias,

construções académicas que organizam os traços mais marcantes por tipos familiares, se tal for possível.

É toda esta dinâmica familiar que se procurará captar nas famílias dos entrevistados, ex-residentes da Comunidade terapêutica do Restelo, tendo como enquadramento a trajectória de vida desde a sua saída da CT até à actualidade. Como a CT foi um momento de viragem da vida do indivíduo, procurar-se-á encontrar, nesse estilo de vida familiar actual, por um lado, aquilo que os sujeitos percebem como sendo influências da experiência na CT na sua vida familiar. A toxicodependência deixa marcas na vida das pessoas sob várias formas: pensamentos, emoções, memórias, consequências, o que torna interessante a compreensão de como, na actualidade esse passado se faz ou não presente.

A forma de estar em família na actualidade, é influenciada por muitos factores, que se articulam entre si na trajectória de vida do indivíduo. Neste estudo essa trajectória é abordada num dos seus segmentos, ou seja, a partir apenas do momento de saída da CT. Toda a vida antes disso está presente na análise de conteúdo das entrevistas, com base nos estudos que dão conta dos traços característicos e generalizados da mesma.

I Enquadramento teórico

1. Modernidade e individualização

De um ponto de vista sistémico a sociedade é encarada como o ecossistema dentro do qual outros sistemas se encontram, como por exemplo, a família ou, a um nível mais micro, o subsistema individual. É nesta articulação entre o nível macro, global, societário e o nível micro, familiar, individualizado que Norbert Elias refere nem o indivíduo estar fora da sociedade nem a sociedade estar fora do indivíduo.

Se falar de sociedade é, antes de mais falar de sociedades e num determinado momento histórico, importa desde já referir que este estudo se centra nas sociedades ocidentais e no período da modernidade. Uma modernidade que é produto de uma confrontação da sociedade a si própria sendo resultado de um processo inevitável de mudança. Se a modernidade comporta consigo importantes avanços a vários níveis ela comporta também um conjunto de perigos, problemas e incertezas que caracterizam aquilo que Beck (2000) chama de “sociedade de risco”. Uma sociedade em que os riscos (sociais, políticos, económicos e individuais), a incerteza, os problemas, assumem uma dimensão de proporções tendencialmente globalizadas. A modernidade comporta consigo problemas não só de um indivíduo, região ou país mas também problemas que assumem uma dimensão global, como se pode verificar com a toxicodependência. As transformações ligadas à modernidade são intensivamente e extensivamente mais profundas que as operadas até então. Importa clarificar que o risco é entendido aqui como o próprio perigo em si e não a incerteza ou a probabilidade de um acontecimento ou consequência, e que é independente da consciência que se tem ou não dele.

A sociedade moderna, sendo mais complexa nas suas relações e mais abrangente na escala das suas proporções é também incomparavelmente mais exigente com o indivíduo exigindo dele todo um conjunto de imperativos como o sucesso, o bem-estar, a felicidade, a realização pessoal, entre muitos outros. A modernidade faz-se acompanhar desta forma por um movimento de individualização em que o indivíduo é um projecto em si mesmo, em que a sua missão não é o desempenho de um papel mas a definição, a escolha e a decisão dos papéis a desempenhar. No fundo “os indivíduos têm que produzir, encenar e montar eles próprios as suas biografias” o que pressupõe que o “indivíduo seja o actor, o desenhista, o malabarista e o encenador da sua própria biografia e identidade, das suas redes sociais, dos seus compromissos e convicções”(Beck, 2000:13 e 15). Não significa isolamento, atomização, solidão, mas sim responsabilidade pela determinação das trajectórias assumindo também as

ambivalências inerentes ao risco e as consequências da escolha feita. De uma vida baseada em certezas pré-definidas por outrem, o indivíduo moderno passa a ter de encontrar e inventar as suas novas certezas à medida que as preferências e fases da vida mudam. Assim de uma biografia padronizada onde o indivíduo se tinha de encaixar conformadamente, a modernidade impele a uma biografia escolhida ou uma “biografia reflexiva” (Giddens, 2000).

Se por um lado os modelos únicos são negativos porque não oferecem a possibilidade de escolha, os modelos alternativos de vida são mais exigentes e conduzem a dilemas, a dúvidas, a inseguranças. Esta sociedade moderna, na sua dinâmica tem desta forma focos de tensão. Um deles respeita à segurança ou insegurança existencial no mundo moderno e aquilo a que Giddens (2001) chama de anomia ou despojamento do “significado moral” da vida. Algo que Berger e Luckmann (2004) denominam de “crise de sentido” decorrente da modernidade. Perdendo a auto-evidência no controlo da sua vida (maneira de viver, pensar, agir inerentes a uma determinada época determinando os comportamentos de todos) o pluralismo impõe grelhas várias em que “o mundo, a sociedade, a vida, a identidade são problematizados sempre com mais vigor” pelo que “a modernização significa a troca de uma existência pré determinada pelo destino, por uma longa série de possibilidades de decisão (Berger e Luckmann, 2004:54 e 58).

Numa “sociedade de risco” a sociedade torna-se reflexiva, i.e, um tema e um problema para si mesma porque se a sociedade e o indivíduo se têm de definir a si próprios têm de se pensar a si como objectos de estudo, como matéria de análise tanto científica como pessoal. Assim, se a modernidade traz maior segurança e protecção aos indivíduos, por um lado, pela sedimentação de direitos de cidadania, pelos avanços científicos e tecnológicos, por outro retira-lhe evidências que regulavam o seu quotidiano de forma inequívoca, quase inquestionável: no fundo as coisas eram assim porque eram assim. Ao se introduzir no quotidiano não um único caminho para conduzir a vida mas uma pluralidade de possíveis percursos, então a liberdade tão ansiada traz consigo um revés: que decisões tomar nos vários domínios da minha vida? Como refere Giddens (2001:26) “Viver na sociedade do risco significa adoptar uma atitude calculadora em relação às possibilidades de acção aTeresas, positivas ou negativas, com as quais, enquanto indivíduos e globalmente, somos confrontados de modo contínuo na nossa existência social contemporânea”. A vida social é, assim, complexificada e exige-se do indivíduo que seja maduro, adulto, responsável, não alienado, participativo. Sem dúvida uma missão mais trabalhosa porque a grande batalha dá-se dentro do indivíduo, consigo próprio.

As exigências associadas a esta realidade provocam angústia, ansiedade, conflitos internos, medos, ambivalências várias e constantes, lançando o indivíduo num projecto quase obrigatório de se pensar a si próprio, internamente e nas relações com os outros. Viver numa sociedade de risco é inerentemente perturbador e os sentimentos de ansiedade tornam-se particularmente pronunciados em momentos decisivos da trajectória individual. Quanto mais frágil for a confiança básica do indivíduo mais intolerável se torna a contemplação, avaliação, o cálculo do risco, porque obriga o indivíduo a lidar com o desconhecido. Apesar disso, esta tarefa é imprescindível à “colonização do futuro”, (Giddens, 2001: 167). Pelo contrário a existência de relações de confiança baseadas na intimidade intensificada e no compromisso voluntário têm efeitos estabilizadores, ajudando o indivíduo no processo de decisão sobre o curso da sua vida.

O processo de individualização faz-se tendo como pano de fundo a tentativa pelo indivíduo de lidar com alguns dilemas existenciais (Giddens, 2001: 184). Um deles tem a ver com o facto de ao longo da sua vida o sujeito ir experienciando acontecimentos, sentimentos, relações, etapas que são elaboradas pelo próprio de forma unificada, estabelecendo interligações entre as mesmas ou de forma fragmentada, clivada sendo organizadas por si de forma quase independente não havendo elo de ligação nem uma percepção unificada de si enquanto todo. Outro tem a ver com o facto de o indivíduo ir-se apropriando da sua biografia, escolhendo as alternativas que lhe estão disponíveis ou sentir-se incapacitado e impotente para o fazer. Também o facto de a auto-definição de si próprio e da sua vida ter de ser feita navegando por entre a dúvida, a incerteza, o compromisso, ao invés de poder confiar em certezas absolutas, relações finitas e decisões impostas pelo exterior a si, é altamente perturbador e exigente para o indivíduo, pois vê-se na obrigação de constantemente se pensar, decidir, escolher, gerir as dificuldades e inerências do processo da escolha mas tendo sempre de ir definindo um caminho no qual se reveja, se espelhe, se realize.

As terapias aparecem assim dentro dos sistemas periciais (Giddens, 2001) a ganhar terreno porque a modernidade assim exige o, ou seja a obrigação de se pensar a si próprio na relação com outro. Como refere “Os sistemas periciais não se confinam às áreas de especialização tecnológica, estendem-se às relações sociais em si e aos aspectos íntimos do self. O médico, o conselheiro e o terapeuta são tão centrais aos sistemas periciais da modernidade quanto o cientista, o técnico ou o engenheiro”(Giddens, 2001:16/17). A mudança social e a mudança pessoal caminham assim lado a lado pelo que estes processos reflexivos de auto-confrontação do eu-eu e eu-mundo não se circunscrevem a momentos difíceis da vida do indivíduo mas são antes ”uma característica da actividade social moderna

em relação com a organização psíquica”(Giddens, 2001:30). Na modernidade não há alternativa à escolha. Até as dependências são escolhas: são modos de lidar com a multiplicidade de possibilidades oferecidas por praticamente todos os aspectos da vida quotidiana.

É possível desde já fazer assim uma ligação entre a modernidade, a individualização e a toxicodependência já que na protogénese desta última problemática estão, não só mas também, questões e dilemas existenciais básicos e primários que se prendem com as respostas encontradas ou não para as questões: Quem sou eu? (identidade), Quem me ama e de que maneira (necessidade de ser objecto de amor), o que quero e posso fazer neste momento da minha vida? (decisão/responsabilização). Isto porque se poderá entender a toxicodependência como a incapacidade de o indivíduo responder àquilo que são as exigências da modernidade porque teve na sua formação enquanto pessoa determinadas falhas básicas em termos de aprendizagem sobre si e sobre os que o rodeiam durante períodos cruciais da sua vida como sejam a infância e adolescência. Por esse facto os sujeitos com esta problemática não se sentem suficientemente capazes para tomar conta de si e da sua vida, da sua biografia, sentindo na pele os dilemas atrás referidos. Sentem-se impotentes, inseguros, sem uma confiança básica em si e nas relações que o rodeiam. Estas sem capacidades estabilizadoras marcadas pelo risco ou iminência do mesmo. À dificuldade de viver as exigências da sociedade de risco, que impelem o indivíduo a pensar-se, a viver o risco de uma forma calculada, encontram como estratégia de fuga a este projecto reflexivo imposto a alienação de si, da sua realidade, da sua história através de dependências patológicas a substâncias e pessoas. Como forma de circunscrever o risco difuso da modernidade criam na sua própria vida contextos e comportamentos de risco, definidos por si, percebidos por si como mais suportáveis apesar de dolorosos. Protagonizam uma biografia caracterizada pela fuga à responsabilização pela mesma.

2. Toxicodependência e modernidade

A modernidade colocou questões e problemas à sociedade e nela ao indivíduo. A individualização da sociedade, no sentido de que cada um procuraria desenvolver ao máximo o que detinha e é impelido às exigências de um projecto reflexivo, obriga os sujeitos a terem consigo próprios uma relação muito mais elaborada.

A toxicodependência é, neste estudo, entendida como reflexo da incapacidade de determinados indivíduos realizarem esse projecto e responderem às exigências da mesma. Ela

é polissémica possuindo sentidos circunscritos espaço-temporalmente. Além disso, ela está sujeita a uma dupla hermenêutica, situando-se entre definições científicas e de senso comum (Valentim: 1997).

A toxicodependência pode ser encarada como uma construção social relativamente à qual se atribuem sentidos subjectivos e esquemas teórico-analíticos de explicação, compreensão e intervenção. Fazendo uma contextualização da toxicodependência dentro do paradigma actual de compreensão, podem distinguir-se três paradigmas na história das teorias da toxicodependência (Nadeau, in Valentim, 1997). Depois do paradigma “unifactorial” e do segundo paradigma, que faz a ligação entre a substância e os factores individuais, o paradigma actual “bio-psico-social” preconiza a compreensão da toxicodependência à luz dos factores individuais, biológicos, físicos, interligadamente com factores de ordem psicológica ambos. Estes, por sua vez, estão interligados com factores do domínio do social, propondo assim uma abordagem interdisciplinar da mesma. Incluir a dimensão social é chamar a atenção para que a articulação indivíduo-substância é contextualizada social e culturalmente, em termos de estatuto social, níveis de educação, grupos de pertença, padrões familiares, valores, culturas e sub-culturas, localização geográfica, entre outros. Existe assim uma tripolaridade na compreensão do fenómeno: substância, indivíduo e contexto.

A generalização e intensificação dos consumos de substâncias psicoactivas, a partir dos anos 60 do século XX, pode ser inscrita num contexto de consumismo social, de procura de pertença a uma cultura alternativa à dominante, de alienação face a esta, uma manifestação da recusa de nela entrar. Pode também ser uma tentativa de resposta à dificuldade sentida na integração individual nos vários contextos sociais significativos de pertença.

Numa “sociedade de risco” (Beck: 2000) generalizado, assustador, correr “riscos cultivados” (Henriques, 2002) pelo próprio é uma forma de circunscrever a angústia e ansiedade ao domínio dos consumos de substâncias psicoactivas, que os próprios insistem em representar como perfeitamente controlável. “Riscos cultivados” porque há uma exposição inicial voluntária ao risco, porque se tem consciência das suas consequências e porque se tem uma expectativa mais ou menos consciente de o ultrapassar pela busca de sensações cada vez mais elevadas (Henriques, 2002). Pelo desencadeamento de emoções sentidas como positivas, inerentes ao efeito das substâncias, reage-se assim ao medo, sofrimento, dúvida. Este risco inerente ao consumo de drogas é diferente dos riscos que decorrem dos contrangimentos da vida social, já que as possibilidades de vida condicionam as escolhas (Giddens,2001). No caso da toxicodependência, correr riscos é sentido inicialmente como compensador, daí a iniciação nos consumos começar por ser voluntária. Contudo com o tempo a capacidade de escolha do

indivíduo fica substancialmente diminuída pelo efeito compulsivo que a substância provoca ao tornar o corpo e o espírito dependentes da acalmia dos sintomas de abstinência e das ilusórias sensações de bem-estar psicológico.

As expectativas individuais face aos consumos e substâncias escolhidas podem ser variadíssimas e a frustração ou satisfação das mesmas apela à interrupção ou à manutenção/aumento dos mesmos. As sensações de liberdade, de afirmação pessoal, de integração grupal, de rebelião, de desinibição e comunicação, são algumas das vantagens frequentemente descritas pelos consumidores. Os consumos têm para já uma função basilar de ajudar o indivíduo a ultrapassar experiências negativas (dor, medo, sofrimento, dúvida, desespero, inibição, entre outras) ao desencadear emoções positivas de prazer, euforia, diversão, alienação face aos problemas. Em termos da vida do indivíduo o que tal provoca a longo prazo é que o conjunto de práticas inerentes aos consumos se transformam de um “sector do estilo de vida” (Giddens, 2001) para um estilo de vida em si confluindo a quase totalidade dos actos individuais e sociais para a busca desse prazer trazido pelas substâncias. Há assim uma dilatação do espaço-tempo destas práticas (Henriques, 2002) sendo possível identificar traços mais ou menos padronizados que, conjugados entre si, dão origem ao que se poderia definir como estilo de vida do toxicodependente. Um estilo de vida alternativo ao “normalizado”, não necessariamente porque não se deseje este, mas porque muitas vezes não se consegue corresponder às expectativas inerentes ao mesmo ou pela visão distorcida que se tem dele como aborrecido e sem prazer.

A toxicodependência é um fenómeno mais visível no masculino, pelo menos em termos da procura das estruturas de tratamento, o que não significa que haja, necessariamente, menos mulheres com o problema. Ela é atravessada por padrões culturais, normas e concepções de género, sendo que os padrões masculinos e femininos da toxicodependência não resultam de uma natural diferença entre homens e mulheres, mas antes de um conjunto de normas e valores sociais que determinam a condição social dos indivíduos em função do sexo, neste campo como noutros (Amâncio, 1997).

Em contextos de construção individual imperativa como projecto da modernidade, Alain Ehrenberg (in Valentim, 1997:87) define a toxicodependência como “a experiência da superação ilimitada do próprio, encerrado num mundo próprio sem o outro (...) é a superação sem limite e permanente de si próprio, na tentativa ilusória de ser mais que o próprio no projecto irrealizável de se evadir totalmente de si próprio”.

2.1 Adolescência e autonomia no seio da família

É na adolescência que o indivíduo se sente capaz de decidir por estilos de vida alternativos aos impostos pela família, contexto de pertença mais influente até aí. A curiosidade, o desejo de aventura, o desejo de pertença outros grupos que não o familiar apenas, os constrangimentos que daí decorrem, o desejo de experimentar sensações novas, a procura de prazer, tudo isto faz da adolescência um momento fulcral da vida do indivíduo. Ele deverá experimentar no seu processo de socialização experiências de interacção, que lhe permitam estruturar a sua identidade, sentir a pertença e a segurança necessárias para a autonomia a qual é inerente à sua condição de futuro adulto.

Tendo em conta que o adolescente tem como contexto de integração a família, isto implica compreender que este processo individual se faz ao mesmo tempo de um processo de evolução familiar crescendo que às expectativas individuais e familiares se junta a pressão social. Durante este percurso a família procura resolver com sucesso duas tarefas: a criação de um sentimento de pertença ao grupo e a individualização/autonomização dos seus elementos (Relvas, 1996). Acresce que o sucesso da última depende quase sempre do sucesso da primeira.

A adolescência comporta consigo momentos de grandes mudanças e conflitos inerentes, que podem ser vividos como uma grande ameaça à ordem estabelecida, traduzindo um futuro receado por todos. Apesar disso é dentro desse contexto familiar que a busca de identidade se realiza. Num processo de desenvolvimento individual saudável a maturidade do adolescente vai-se construindo por um conhecimento cada vez maior de si, e mais realista das suas potencialidades e limitações, necessitando de constantes reajustamentos. Este conhecimento vem-lhe tanto pela relação individual consigo próprio como pelas relações estabelecidas por outros significativos. À medida que a capacidade de responder às necessidades básicas vai aumentando a dependência face à família vai podendo ser relativizada. Isto implica que, a partir de determinada altura, o adolescente seja capaz de se descentrar da sua família e experimente outros contextos relacionais. No seu desenvolvimento individual o toxicodependente ficou bloqueado nesta fase, ficando o seu desenvolvimento e crescimento a todos os níveis claramente comprometidos. Ele não conseguiu responder aos desafios que essa nova etapa representa, nem a sua família. Só através de substâncias psicoactivas o indivíduo toxicodependente conseguiu realizar, ainda que de forma artificial, o projecto de individualização, de ganhar espaço interno e externo dentro da sua família e fora dela.

2.2 A família como referencial

As famílias dos toxicodependentes apresentam traços comuns. A família de orientação (usando uma terminologia parsoniana) perpetua-se na vida de cada um pelos referenciais simbólicos nela apreendidos e vivenciados. Só será possível nesta investigação compreender a relação actual dos sujeitos com a família de orientação e a repetição, ou não, de um padrão de interacção familiar, interna e externamente, na família actual dos indivíduos estudados, à luz dos traços caracterizadores dessa relação durante um período temporal sobejamente longo na vida dos mesmos.

Este olhar sobre a família, é feito sob o ângulo sistémico. Considera-se, desta forma, a família um “sistema de interacção que supera e articula dentro dela os vários componentes individuais”(…), um sistema entre sistemas e que é essencial a exploração das relações interpessoais e das normas que regulam a vida dos grupos significativos a que o indivíduo pertence, para uma compreensão do comportamento dos membros e para a formulação de intervenções eficazes” (Adolfi, 2000:38). Apesar de dentro do paradigma sistémico da família poder encontrar vários enfoques de análise e intervenção familiar, sejam de orientação processual, estrutural ou para a visão do mundo (Sluzki, 1993:11-18), a abordagem será bastante eclética buscando items de análise e características destas famílias aos vários modelos.

Se se recusarem causalidades lineares na compreensão da toxicodependência, entende-se como consensual a confluência de vários factores individuais, familiares, culturais, sociais que interagem entre si. “Para poder compreender o que acontece a um elemento da família é necessário ter uma visão circular das interacções, isto é, cada um dos comportamentos tem de ser equacionado no jogo complexo de implicações, acções, retroacções, que o liga aos restantes” (Alarcão, 2000:45). A família é uma referência para qualquer pessoa, sendo aí que se forja muito do nosso aparelho emocional (Gameiro, 1994) cognitivo, cultural, relacional, pelo que “ (...) a conduta toxicodependente deve ser compreendida num contexto de disfunções severas entre sujeito e rede familiar” (Gomes, 1996:39).

Não há uma tipologia de famílias com toxicodependentes, mas sim a prevalência de algumas características. Como refere Bergeret “(...) não existe nenhum modelo específico de adolescente nem nenhum modelo de situação relacional familiar que possam ser definidos como modelos próprios da toxicomania”(Fleming, 1995:51). Há, no entanto, correlações que não podem deixar de ser evidenciadas. Seguidamente, ao fio condutor o trabalho de Fleming

(1995) e das grelhas de análise familiar de Fleck e Seywert (Barker, 1998), juntar-se-ão os contributos de outros autores bem como decorrentes da experiência profissional da autora.

Se a toxicodependência é socialmente transversal, atingindo famílias de todos os estratos. A classe social não é especialmente importante enquanto explicativa do aparecimento da toxicodependência numa determinada família, mas pode assumir maior relevo na capacidade da mesma lidar com o problema, tanto na maneira como o percebe, como nos recursos que possui para lhe fazer face.

A grande dependência psicológica do indivíduo à família, muito presente nestas famílias, resulta em processos de separação-individação muitos problemáticos ou porque não existem ou porque se fazem de forma abrupta. Ausloos (1996:144) utiliza a propósito do adolescente delinvente uma imagem que me parece muito pertinente nesta reflexão: “Tenho o costume de dizer que o adolescente delinvente é um adolescente que saiu pela janela e não pode levar as suas bagagens; é portanto importante que ele possa voltar para casa, agarre as bagagens e saia pela porta”. Verifica-se, assim, um sentimento generalizado de dependência face aos outros significativos, mas mascarada por um consumo ou dependência de uma substância psicoactiva. Além disso “as dificuldades de separação e autonomização não dizem só respeito ao toxicodependente mas também aos outros elementos da família, revelando um todo parado no tempo” (Martins, 2002:65).

Com frequência se encontram nestas famílias situações de morte ou separação física, de um dos progenitores, vivendo os seus membros frequentes situações de stress advindas por este motivo. Há também muitas situações em que a morte dos avós ainda não foi suficientemente elaborada, constituindo um factor de stress tanto para o consumidor como para os seus pais. É muito frequente os jovens em tratamento referirem as relações com um ou vários avós como as relações mais próximas e afectivas, de onde se pode concluir o peso que a morte dos mesmos pode ter na vida do indivíduo. A morte real ou simbólica (enquanto separação) está muito presente nestas famílias, bem como as situações de ausência por abandono. Em ambos os casos, para além dos processos relacionais inerentes, tal traduz-se em grandes dificuldades no processo de socialização, pela ausência de uma imagem parental identificatória, ora do papel expressivo ora do instrumental.

A maior parte dos estudos refere relações intrafamiliares com uma coesão familiar fraca, com uma falta de proximidade afectiva, só conseguida em muitas situações pela fusão e quase perda das identidades próprias. No modelo de Olson (1991), estas famílias situar-se-iam sempre nos pólos extremos, ou numa situação de desmembramento ou de emaranhamento traduzindo a perturbação de que são um indicador.

A relação conjugal dos pais é tendencialmente descrita como em risco assumido ou latente, ou então descurada em prol da relação parental assumida como imperativa devido ao “problema”. Muitos pais só voltam a ver-se como casal, com actividades de casal, com redes de sociabilidade próprias durante o internamento dos filhos. É um traço verificado com regularidade o facto os filhos assumirem, por várias questões, o papel de adulto na família, ficando parentificado (Fleming, 1995:32), ascendendo à categoria de “pai” ou “mãe” pelas funções que desempenha. Uma das situações frequentes que suscita o aparecimento desta parentificação é uma situação de doença em que o filho tem de cuidar de um dos pais. Preso no lugar de progenitor, dependente, o indivíduo tende a desenvolver mecanismos para lidar com essas amarras.

Na relação parental verifica-se uma grande dependência mútua. Anteriormente à dependência da substância, parece ter havido uma co-dependência com as figuras parentais, nunca tendo o toxicodependente sido capaz, por vários motivos de levar a cabo o seu processo de autonomia (Gomes, 1996; Gameiro, 1996; Fleming 1995; Relvas, 1998; Alarcão, 2000). Presos a desvinculações precoces ou a lealdades familiares o indivíduo acabou por não ser capaz de fazer o seu processo de individuação e diferenciação face à família que tende a aglutiná-lo. Muitas vezes este processo só é conseguido pela ruptura (Samaniego, 1999; Sampaio, 1991; Fleming, 1995; Ausloos, 1996), não havendo uma separação saudável (com a compreensão de novos papéis e novas responsabilidades) mas uma separação acompanhada de uma grande culpabilidade, sentimentos de traição, de abandono, rejeição... Esta dependência é sobejamente referida na relação mãe-filho, o que é possível de se observar pela sobre-representação masculina na população toxicodependente, pelo menos a que recorre aos serviços. Apesar de aumentar a dependência em relação à família a droga cria, assim, uma sensação de autonomia e de individuação mais concretamente definida por Stanton como pseudo-individuação (Fleming, 1995:68; Relvas, 2000:258) Criar um espaço que torne possível a verdadeira separação, através da elaboração do que foi a tentativa passada (falhada) e introduzir de novos dados que permitam ver a autonomia como maturativa e não como negadora da família é um dos enfoques do tratamento. Trata-se de permitir coordenar as finalidades individuais com as finalidades familiares sem que se fundam, permitindo ao indivíduo transitar para a vida adulta, com as implicações e representações que acarreta, materiais e simbólicas (Pappámikail, 2004).

É frequente assistir-se, nestas famílias, à correspondência entre movimentos de autonomia por parte dos filhos com situações de desencadeamento de doenças somáticas e psíquicas por parte dos pais (Gomes, 1996; Gameiro, 1994; Ausloos 1996; Fleming, 1995;

Alarcão, 2000). As famílias estão longe de imaginar esta ligação entre factos, sendo importante, no trabalho com as mesmas, devolver-lhes este aspecto. Ausloos (1996) fala destas doenças como “doenças de controle” e “doenças de dependência”. Este tipo de doenças podem aparecer também quando finalmente o filho se vai tratar, ou quando no decurso do tratamento está a fazer movimentos de autonomia e responsabilidade crescentes. De alguma forma, a dependência foi durante anos alimentada por pais e filhos. Alarcão (2000:48) refere que “toda a dependência é uma co-dependência e que toda a separação se tece num contexto co-evolutivo”. Este aspecto é bastante verificável nos centros de tratamento, e se quiser ir um pouco mais longe pode ver-se aqui uma das funções da droga, que seria a de permitir uma pseudo-indivuação do indivíduo, dando-lhe uma sensação de liberdade, crescimento, capacidade de enfrentamento dos pais, mas que na prática, ao contrário, acentua a dependência (Fleming, 1995:68).

Os estilos educativos presentes na relação parental nestas famílias raramente são democráticos. Mais frequentemente se verifica ou um estilo assente na rigidez e autoritarismo ou um estilo baseado numa definição pobre das regras (tipo *laissez-faire*). Pode encontrar-se também uma combinação dos dois estilos em simultâneo criando regulações muito paradoxais (Fleming, 1995). É frequente, para não dizer quase generalizável, que os pais muitas vezes adoptam posturas diferenciadas e clivadas, dentro do próprio casal, sendo a perturbação gerada facilmente compreendida. Abre-se assim campo para triângulos relacionais muito perturbados, que Haley denominou de “triângulo perverso” (Alarcão:2000:263), marcados por coligações, isto é alianças intergeracionais negativas de um elemento com um elemento de outra geração contra outro elemento do mesmo subsistema que o primeiro. A coligação mais fortemente analisada nestas famílias, mas negada ou activamente escondida é entre a mãe e o filho contra o pai. Os elementos aliados apresentam uma grande semelhança no comportamento, muitas vezes simbiótico.

Esta aliança negativa mãe-filho pode ser relacionada com as teorias da divisão de papéis preconizadas por Parsons (1970). Nela, a dificuldade que o homem tem em separar-se do modelo identificatório da mãe, para corresponder ao modelo socialmente exigido de identificação com o pai, a figura masculina, com um papel instrumental que deverá ser o seu, constitui-se como um problema. Esta necessária separação no sentido de individuação para corresponder ao papel masculino, não é conseguida de uma maneira adequada, podendo o consumo de drogas ser entendido como um sintoma dessa dificuldade de se identificar ao referencial masculino. O que pode acontecer tanto por ausência (muitas vezes física outras vezes simbólica) do modelo, como por reacção. Se por um lado se deseja ser parecido com o

modelo paterno, por outro a masculinidade hegemónica (Connel, 1995) é rejeitada, já que não quer reproduzir um indivíduo que é visto por si como ausente da vida familiar, pouco expressivo, muito ligado ao trabalho e à sua vida social. A mãe, que vê no filho e na família a sua razão de existir e o seu papel social não está disposta a abdicar dele sob pena de se sentir frustrada, sozinha, inútil, não se conseguindo o indivíduo libertar das amarras dessa relação. É um dilema brutal, o vivido pelo toxicodependente, porque sente uma zanga enorme e mais explícita ao pai e uma zanga enorme mas sub-reptícia à mãe, a quem culpa implicitamente por não o ter deixado individualizar-se como ser autónomo. Por estas dificuldades de identificação ao referencial masculino, a alexitimia, por impressão pessoal, mais acentuada no masculino, traduz a dificuldade do indivíduo em ser capaz de reconhecer, identificar e expressar os sentimentos vividos já que estereótipo masculino relega para a mulher o papel expressivo, sendo os sentimentos vistos como uma fraqueza.

Na comunicação, são famílias em que o fosso comunicacional é enorme, evidenciando falhas graves no circuito, com mensagens contraditórias ou paradoxais, com a utilização de uns como meios de comunicação para comunicar com outros, onde o segredo, as mensagens ambivalentes e contraditórias (double bind), os mitos familiares, estão muito presentes. Estes problemas comunicacionais foram criando porventura, durante anos, a possibilidade do aparecimento e manutenção do comportamento toxicodependente, pelo que é necessário ajudar a família a trazer o não dito ao dito, o subentendido à palavra (Ausloos, 1996; Gameiro, 1994; Fleming, 1995; Sampaio, 1991; Relvas, 1998; Alarcão, 2000). Além disso, pela sua vulnerabilidade e evitamento das situações-problema a família não consegue metacomunicar (Marc e Picard, 1984:48), i.e., comunicar sobre como se comunica naquela família, que conteúdos são passados, sobre a relação em que se comunica, procurando formas mais eficazes. Estes traços comunicacionais permitem à família paralisar a sua história e a sua evolução ficando presa a uma reprodução *ad eterno* de um circuito ineficaz, mas seguro porque é do domínio do conhecido já que está instalado no código relacional da família.

A patologia comunicacional pode surgir pela rigidificação dos modelos, simétricos ou complementares de Bateson (Marc e Picard, 1984:49) que é o que acontece nos padrões comunicacionais das famílias com toxicodependentes. No caso do modelo simétrico se cada um dos sujeitos se fechar rigidamente na sua posição, mostrando obsessivamente que é igual ao outro, tendo o mesmo comportamento que ele teve consigo originando uma espécie de escalada simétrica. No segundo se cada um se fechar rigidamente na sua posição resulta daí relações de vítima-culpado e opressor-oprimido (Marc e Picard, 1984:50, Alarcão, 2000:71-73).

O segredo enquanto valor e o mito familiar, ambos com funções protectoras da organização familiar, são de realçar nestas famílias. O segredo, que pode assumir vários conteúdos, assume um valor importante no equilíbrio familiar mas também na perturbação familiar, num jogo de conhecimento/desconhecimento de uma determinada situação, ou eventualmente num jogo de faz de conta em que todos sabem mas não se fala porque é segredo. Os mitos, transmissores dos referenciais simbólicos na perspectiva de Kellerhals (2002), podem assumir nestas famílias formas variadas quanto ao seu conteúdo. Os mais frequentemente evidenciados pela prática e arrolados por Alarcão (2000:267) são o mito da família feliz, o mito da família unida, o mito da loucura, o mito da marginalidade, o mito da expiação entre outros. Eles são partilhados pelos membros da família, e traduzem o que deve ser o papel de cada um e em que moldes se desenrolam as relações, infiltrando-se nas práticas do quotidiano (Marc e Picard 1984:34), sendo elementos extremamente perturbadores e patológicos do relacionamento familiar.

A estrutura destas famílias é caracterizada, utilizando a classificação de Minuchin (Alarcão, 2000:56), por fronteiras, difusas internamente, entre os pais e filhos, já que há uma permeabilidade excessiva que põe em causa a diferenciação dos sistemas, assumindo uns as posições dos outros na hierarquia do poder familiar. No entanto se esta fronteira internamente não é nítida, a fronteira externa da família com o meio envolvente é frequentemente rígida. O meio é visto como ameaçador à estabilidade desejada e culpabilizado pelo "problema". Os amigos, a insegurança social, os "outros" na generalidade são considerados como os despoletadores da situação de toxicodpendência dificultando assim a comunicação e compreensão entre a família e o meio envolvente, gerando o isolamento a que muitas destas famílias se votam. Com limites internos difusos, são dominadas por movimentos centrípetos e pelo mito da unidade familiar, fechando-se sobre si próprias. Mas pode também encontrar-se famílias com toxicodpendentes classificadas a este nível como desmembradas, já que estabelecem internamente fronteiras rígidas mas difusas com o exterior. A família funciona, assim, numa espécie de "cada um por si" dentro das regras internas, com uma socialização dos seus membros pouco investida e geradora de integrações difíceis na vida social, sendo muitas vezes esta feita por condutas anti-sociais (Alarcão:2000:61).

Por último, a cada dia, a prática do tratamento revela-nos através destas famílias, o outro lado da família, oposto ao lado romântico, (no qual a família é vista como lugar de segurança, pertença, suporte afectivo, aprendizagem, enfim, o lado idealizado e procurado). Ao contrário, estas famílias mostram como a família pode também ser um espaço de histórias

de vida marcadas pelo sofrimento, pela violência, pelo abuso sexual, pela desprotecção, pelo medo, pela doença, pela dependência, pela morte, pelas vivências traumáticas.

Mais uma vez é importante reforçar a ideia que não há um perfil de toxicodependente nem de famílias de toxicodependentes, sendo os traços apresentados apenas amplamente verificados nas famílias com toxicodependentes que procuram as estruturas de tratamento, o que não significa que todas as famílias tenham os mesmos, com a mesma configuração.

A família quando procura um serviço “porque tem um familiar toxicodependente” já tentou as suas próprias soluções para a resolução dos problemas e mesmo assim sente que está em risco. Ela apercebe-se que os seus mecanismos de ajuda interna não estão a ser suficientemente eficazes, sendo até muitas vezes criticados pelo mundo externo (Samaniego, 1999:41). Mergulhadas na vergonha, culpabilidade, impotência, cansaço, desespero, zanga, estas famílias têm ao longo do processo de tratamento por vezes intervenções paradoxais já que por um lado desejam acima de tudo o tratamento do seu familiar, mas por outro têm dificuldade em reconhecer a competência que uma estrutura e os seus técnicos têm na mudança daquele. Apela-se em todo o processo para a “competência das famílias” (Ausloos: 1994) no sentido de ela própria ir descobrindo as suas potencialidades e potencialidades, enquanto estrutura viva e dinâmica.

2.3 O tratamento da toxicodependência em comunidade terapêutica

Falar em tratamento, na área da toxicodependência, é falar de um mundo de dimensões e portas de entrada por onde se poderia focalizar a análise. No entanto, apenas interessa a este estudo a contextualização da estrutura de tratamento percorrida pelos sujeitos, na qual se enquadra a comunidade terapêutica.

O tratamento da toxicodependência, como o de qualquer outra doença, está permanentemente a evoluir, a considerar outras hipóteses, a confrontar-se com novos dados. No entanto, poder-se-ia falar de uma multiplicidade de serviços e de uma multiplicidade de combinações dos mesmos nas trajectórias dos indivíduos com este problema. A rede de serviços oferecidos vai ser utilizada pelo toxicodependente, bem como pelos técnicos que intervêm na área, consoante as especificidades e indicações terapêuticas de cada um, as estratégias já tentadas, o estado actual de saúde, a motivação. Uma panóplia de instituições e programas que, articulados entre si, devem contribuir para um resultado final. A Comunidade Terapêutica do Restelo faz parte desta rede e a especificidade da sua intervenção deverá ser

consultada em anexo (nº 1) para melhor compreensão do enquadramento institucional do estudo.

Basicamente, o processo de tratamento tem três componentes gerais (Leon, 2000). (1) Tem múltiplas intervenções, todas elas destinadas a produzir efeitos terapêuticos e educacionais, sendo que a CT (com a estrutura do programa, as pessoas, a rotina diária de actividades e interacções sociais) constitui o método em si para induzir a mudança individual. (2) A mudança individual é multidimensional, tendo em conta o indivíduo no seu todo. Procurando atingir objectivos sociais e psicológicos e percepções e experiências subjectivas, a mudança ocorre gradualmente, ao ritmo de cada um e de acordo com as suas especificidades e expectativas bem como da comunidade. É feita numa aprendizagem contínua, através da participação no programa e envolvimento na comunidade. A mudança comportamental é irregular e instável, fazendo-se por tentaviva-erro e com avanços e recuos. É também assimétrica, podendo acontecer de forma não uniforme, centrando-se sobretudo num ou noutro domínio da vida do indivíduo em detrimento de outros. Com o tempo na CT, esta variabilidade e instabilidade vão-se reduzindo, assim se espera, espelhando assim uma mudança mais estável. (3) Por último, o processo de tratamento tem princípios de aprendizagem social e comportamental e mecanismos subjectivos como experiências críticas, percepções e internalização que fazem a ligação entre as intervenções múltiplas e as mudanças (Leon, 2000:394). Na CT quando se está a tentar mudar já se está a mudar, porque o processo é uma grande mudança, envolvendo a aprendizagem de comportamentos positivos e eliminação de comportamentos negativos, o que se faz por meio do erro de percurso. No entanto não chega o residente mudar comportamentos, é preciso que ele percepcione essa mudança e a veja como vantajosa para a sua vida, reconhecendo assim a mesma e integrando-a na sua maneira de ser e estar em sociedade e traduzindo-se num estilo de vida e identidade diferente ao que possuíam quando entraram na CT.

2.3.1 Comunidade terapêutica - pressupostos teóricos

A Comunidade Terapêutica é, neste estudo, enquadrada na sociedade do risco e da auto-reflexividade. Originalmente, ela é o resultado da confrontação da sociedade civil com os seus próprios problemas, já que as primeiras comunidades resultaram de um grupo de ex-alcoólicos que, com base na sua experiência de recuperação, decidem ajudar outros com o mesmo tipo de problema no seu processo. Actualmente pode ser definida, como “uma estrutura de tratamento da toxicod dependência e problemas relacionados. Assim, o termo

“Terapêutica” denota os objectivos sociais e psicológicos, nomeadamente a mudança individual de identidade e estilo de vida”. O termo “Comunidade” denota o método primário ou enfoque utilizado para atingir o objectivo da mudança individual. A comunidade é usada para tratar emocionalmente os indivíduos e para os treinar nos comportamentos, atitudes e valores de uma vida saudável” (Leon, 2000:32).

Neste estudo entenda-se a CT, na óptica de Berger e Luckmann (2004), como uma comunidade de vida que pressupõe um mínimo de comunhão de sentido. Comunidade de vida, enquanto unidade residencial, pelo que o quotidiano dos indivíduos nela internados, gira neste contexto, obviamente em contacto com outros contextos. Comunidade de sentido porque há, nesta experiência de Comunidade Terapêutica, obrigatoriamente, uma partilha de sentidos de vida, inerentes à filosofia da Comunidade, modelo de tratamento, regras, valores inerentes que enquadram a acção e a experiência. Muito desorientados nas suas relações consigo próprios e nas suas relações sociais *latus senso*, esta comunhão de vida, que pressupõe uma comunhão de sentido, permite ao indivíduo situar-se socialmente, não esquecendo a sua individualidade, mas encontrando-a progressivamente, pelo reconhecimento de si, da sua identidade, do reconhecimento pelos outros, pelo sentir de pertença a um grupo, a uma rede de relações.

George De Leon, (2000), é uma referência internacional por se ter dedicado à construção de uma cada vez mais actualizada sistematização dos elementos essenciais inerentes às Comunidades Terapêuticas, sempre suportado pela sua vasta pesquisa que vem desenvolvendo há vários anos. Ele apresenta a comunidade terapêutica enquanto contexto e enquanto método em si. Enquanto contexto ela aborda o tratamento da pessoa inteira, por meio do uso da comunidade de companheiros (Leon, 2000:94), pelo seu desempenho gradual na vida comunitária. O baixo nível sócio económico, desestruturação familiar, cuidados parentais deficientes, modelos comportamentais negativos, aprendizagem social excludente, traços precoces de personalidade contestatária, sofrimentos físicos e psicológicos, ânimo baixo, necessidade de escapar à realidade, necessidade de se afastar ou fazer parte de determinados grupos sociais, evitamento de exigências interpessoais, caracterizam globalmente os denominadores comuns deste contexto. É um contexto assente na responsabilização individual e na participação activa para que o mesmo possa ser terapêutico e produzir mudanças de vida. Apesar de todos diferentes, os residentes da CT partilham características pessoais comuns. Nesse sentido são comuns a dificuldade de tomar decisões, de autocrítica, a dificuldade na resolução de problemas, falta de capacidades de aprendizagem, problemas na maneira como se vêem a si próprios enquanto indivíduos e

enquanto parte de um todo social, dificuldades na vivência, na comunicação e administração dos próprios sentimentos (nomeadamente uma fraca tolerância à frustração, aos incómodos, à dor), hostilidade, comportamentos e atitudes problemáticos que perturbam as suas relações sociais com outras pessoas e com o mundo em geral, dificuldade em confiar e em ser confiável, mentira e manipulação, apresentação nos seus comportamentos de muitos mecanismos de defesa, histórico de actividades criminosas ou de problemas com a justiça, problemas de saúde física prévia ou decorrente do consumo de drogas (nomeadamente doenças infecto contagiosas) para referir algumas das mais frequentes. Não há um perfil ou tipologia de “toxicodependente” o que, pelas diferenças individuais, todo o percurso terapêutico é feito, tendo em conta a especificidade de cada caso, dentro da estrutura global do tratamento.

O tratamento evolui como um processo de desenvolvimento feito por uma passagem em sequência por estágios de aprendizagem incremental, sendo que cada estágio recorre a todo o percurso que vem atrás, em termos de maturidade, autonomia, socialização, correspondência às expectativas. A CT tem, para o efeito, posições claras que orientam o comportamento dentro da mesma e fora dela, uma espécie de código moral construído pelas regras básicas, pelas regras da casa, expectativas dos comportamentos desejados, princípios de actuação. Esses valores incluem a “verdade e honestidade (em palavras e acções) a ética do trabalho, a necessidade de ser recompensado, o valor da aprendizagem, a responsabilidade pessoal perante os outros, a auto-suficiência económica, a atenção responsável em relação aos companheiros e à família, o envolvimento com a comunidade e a boa cidadania” (Leon, 2000:84). Esses valores, conceitos, princípios, crenças, são expressos na CT por meio de uma linguagem peculiar. Aprender essa linguagem, integrá-la na sua comunicação com os outros, reflecte o progresso clínico do residente assim como mantém a micro-cultura inerente à CT.

Com tudo o que se referiu até agora pode compreender-se que o indivíduo vai construindo neste processo de mudança uma nova identidade social com o apoio da pertença a um grupo, com a sua linguagem própria, os seus conceitos, a sua rede, sendo que esta é a primeira etapa de um processo para preparar o indivíduo para a sua reintegração no mundo exterior. A Comunidade proporciona assim um “habitat base” psicológico (Leon, 2000:95) à semelhança das famílias saudáveis, a partir do qual o indivíduo, pela estabilização da abstinência, pela socialização e pela crescente responsabilidade e autonomia vai progressivamente fazendo incursões para fazer parte, de uma forma consciente e participativa, do mundo mais amplo que o rodeia.

Como método, pela sua dualidade ontológica (Leon, 2000:93): “O elemento mais importante da abordagem da comunidade terapêutica é a comunidade. A comunidade é tanto o contexto como o método no processo de mudança. É o elemento de comunidade que distingue a CT de todas as outras abordagens de tratamento ou reabilitação de uso de substâncias e transtornos relacionados.” Há actividades desenvolvidas, estratégias, técnicas, estrutura, materiais, equipas, procedimentos, todos eles organizados num todo. Os seus vários componentes articulam-se uns com os outros para atingir um determinado resultado, ou seja, a mudança de estilo de vida e de identidade do indivíduo, correspondendo desta forma às expectativas do próprio e da CT em relação ao mesmo. Essas expectativas traduzem-se em exigências implícitas e explícitas feitas a cada um pelo conjunto dos membros em termos de padrões de participação e comportamento no programa, mas são também aquilo que cada um espera individualmente que a CT seja, para que possa mudar. O ambiente físico da CT é organizado para responder a essas expectativas e promover uma cultura de mudança. Toda a organização, arrumação, decoração, estão ao serviço de criar um ambiente contentor, protector e seguro, com ordem e que proporcione uma aprendizagem saudável do “bem viver”.

2.3.2 Influência da comunidade terapêutica na mudança e reinserção

O grande objectivo da CT é a mudança, uma mudança que se pretende que seja feita a várias dimensões, dentro da CT e que seja estável e duradoura e transponível para o pós-CT. Como dimensões da mudança individual Leon (2000:331) apresenta quatro: membro da comunidade, socialização, desenvolvimento e psicológica.

A primeira, a evolução enquanto membro da comunidade, refere-se à agregação que o indivíduo faz à CT, o seu envolvimento, participação, identidade comunitária e também no exemplo que se vai tornando para outros por corresponder ao que é esperado pela CT, evidenciando o sentido das coisas pelas consequências positivas que têm.

Na segunda dimensão da mudança encontra-se a socialização, ou seja, a evolução do indivíduo para um estilo de vida adequado socialmente. Esta compreende o grau em que o indivíduo está ou não ligado a um estilo de vida social ou anti-social, tanto nos seus comportamentos, como valores, relações e expectativas de futuro. A dimensão de socialização ainda se refere à internalização, ou não, dos valores associados a um “bem viver”, se o indivíduo os compreende, os aceita e pratica.

Na dimensão do desenvolvimento procura perceber-se o nível de crescimento pessoal a dois níveis: maturidade e responsabilidade do indivíduo. A maturidade descreve a adequação do indivíduo em termos de comportamentos, relativamente à sua idade e contexto social. Refere-se ainda a como reage face ao desconforto, à (in)atingibilidade das metas definidas, à (in)capacidade de controlar os impulsos, à forma como lida com a autoridade e como gere as emoções. A responsabilidade descreve o cumprimento ou não das obrigações do indivíduo consigo próprio bem como das suas funções sociais. Refere-se também à capacidade de assumir a responsabilidade pelas suas decisões, comportamentos, pensamentos, prevendo e arcando com as consequências que deles advêm, investindo na solução de problemas.

Por último, a dimensão psicológica da mudança, subdivide-se em três áreas: habilidades cognitivas, habilidades emocionais e bem-estar psicológico. Nas habilidades cognitivas procura-se que a mudança se traduza numa aprendizagem de como estar consciente, no pensar de forma realista, no solucionar de problemas e no usar o bom senso (Leon, 2000:339). Nas habilidades emocionais procura-se que a mudança se traduza numa aprendizagem em identificar, administrar e comunicar emoções apropriadamente. No bem-estar psicológico procura-se que a mudança se traduza numa redução dos sinais, sintomas e incómodos conhecidos associados à saúde mental (disforia, anedonia, ansiedade, depressão, irritação e hostilidade, dores somáticas), aprendendo a lidar com os que ainda persistem.

Estes domínios de mudança foram apresentados de forma estanque, apenas por facilidade académica mas, na prática, estas dimensões de mudança estão intrinsecamente interrelacionadas. As mudanças num determinado domínio apelam e facilitam mudanças em outros. Cada indivíduo, ao longo do seu processo de tratamento, foi integrando na sua vida, determinados recursos que possibilitam que as referidas mudanças aconteçam, ao seu ritmo, tendo em conta as potencialidades e limitações de cada um.

O residente durante o processo de tratamento, e durante o resto da sua vida, tem de ir fazendo progressivas auto-avaliações que lhe permitam ir corrigindo determinados aspectos do seu comportamento, ir compreendendo a eficácia das estratégias tentadas e os resultados conseguidos com as mesmas melhorando assim a relação que tem consigo próprio. Todas estas experiências vão procurar contrariar aquilo que são as tendências naturais de ser, estar, pensar e sentir dos residentes, dada a sua história pessoal.

Dinâmica do processo de mudança

Na vida do residente essas características organizaram-se num estilo de vida pouco saudável na maior parte das dimensões da vida do indivíduo. O tratamento é, nesse sentido, encarada como a mudança do estilo de vida e da identidade do indivíduo, a qual é multidimensional e desenrola-se num processo evolutivo de aprendizagem social baseado na auto e inter ajuda. A interajuda não é apenas um princípio de filosofia de base mas a condição sine qua non do tratamento.

A eficácia do tratamento resulta da combinação entre as influências do programa terapêutico e os factores individuais como a motivação, a preparação e o compromisso. Das pressões externas procura-se evoluir para uma motivação interna para o tratamento. Essa mudança vai-se alicerçando por meio de uma aprendizagem por tentativa e erro, num contexto social específico por meio de interacções sociais, experiências variadas e elaboração das mesmas. Só participando no programa se pode mudar (Leon, 2000:76).

Mudar é difícil pois espera-se que num período relativamente curto da vida do residente ele consiga atribuir novos significados a experiências passadas, organizar melhor o presente, tomando decisões conscientes e projectando o futuro a um prazo mais alargado.

É necessário que à mudança objectiva se alie a percepção dessa mudança pelo próprio indivíduo, de forma a validá-la. Uma mudança que é uma mudança de si, enquanto sujeito global. Estão a mudar a sua identidade, a auto percepção abrangente, que descreve como se vêem a si próprios como indivíduos, como eles se vêem em relação aos outros e como membros sociais do mundo. Portanto o auto-conceito alterado é um elemento chave da mudança de identidade, que pode ser descrita em três estágios (Leon, 2000: 369): 1) a dissipação de elementos da identidade antiga; 2) a estruturação de elementos da nova identidade social e pessoal e o desenvolvimento continuado da “nova identidade” (que agrega elementos de todas as fases e experiências da vida do indivíduo); 3) depois do tratamento, na macrosociedade e nos microcontextos específicos de interacção do indivíduo (família, emprego, redes sociais).

No entanto, como foi já referido, para que isso possa acontecer, não chega que o indivíduo tenha mudado comportamentos. Tem que ter internalizado uma nova forma de estar na vida, sendo que “internalização é um conceito psicodinâmico conhecido que indica uma aprendizagem que envolve absorver o comportamento e ensinamentos de outros. (...) Internalização refere-se à integralidade com que o indivíduo aceita, pratica e aplica o que aprendeu na CT a novas situações dentro e fora do programa”(Leon, 2000:381). Esta

internalização passa por vários níveis e por várias fontes de influência (das mais externas para as mais internas) até chegar ao nível do comprometimento do indivíduo consigo próprio, em que o indivíduo faz as coisas de uma determinada maneira porque validou a sua eficácia em resultados para a sua vida. Por diversas razões, a internalização pode ser incompleta: ou porque se participou superficialmente, ou porque não se abordaram dimensões importantes durante o processo. Por vezes ainda, a internalização é situacional valendo apenas para um determinado contexto como a CT e não sendo transposta para a sociedade mais ampla. Nesse sentido é a extensão da internalização que prediz a estabilidade e manutenção da mudança.

O processo de mudança é um processo dinâmico, não acabado, que se vai fazendo, o que significa que ele é começado na CT, ou antes, mas que tem de ser continuado fora dela. Acontece muitas vezes, à semelhança do que acontece nas famílias, que só depois de saírem de casa dos pais, os filhos percebem algumas das mensagens que estes lhe quiseram passar. Também na CT muitas vezes os ex-residentes referem só ter compreendido o sentido de algumas coisas e validado algumas experiências, já fora dela. São estas validações e revalidações dos aprendidos na CT que vão mantendo o processo de mudança fora da CT.

Numa primeira fase da internalização da mudança, o indivíduo resolve manter o comportamento, as atitudes e os valores associados a um estilo de vida livre de drogas. Procura organizar-se numa série de áreas da sua vida, implementar projectos, eventualmente tem uma psicoterapia de apoio, e a sua rede social é constituída quase exclusivamente por pessoas ligadas à CT. Numa segunda fase, já com um maior afastamento do tratamento e com um período relativamente grande de sobriedade, o indivíduo vê melhor a sua experiência na CT, (as vantagens, as limitações, as utilidades) e vê a sua vida como algo que vai continuar em aberto, com várias possibilidades de escolha (Giddens, 2001) e áreas por descobrir e explorar. O centro da vida já não é o não consumo de substâncias. A abstinência é, no entanto, para si, uma condição sine qua non para um estilo de vida saudável, de acordo com os seus projectos. O ajustamento social no trabalho, na família, no lazer é agora a sua preocupação.

Este percurso de mudança faz-se, vai-se fazendo, e com ela o sentimento de maior segurança para enfrentar novos desafios. Há toda uma preparação desde o dia de entrada na CT para que o indivíduo regresse à sua vida plena, de uma forma autónoma e responsável pelos seus comportamentos, decisões, consequências. Contudo é durante a fase final de tratamento que as questões da reinserção social assumem maior visibilidade, maior premência porque é a fase da transição propriamente dita. Portanto os objectivos desta fase são: “ajuste à vida pró-social, o fortalecimento de aptidões para o viver quotidiano e a manutenção da sobriedade e do bem viver fora das instalações da CT” (Leon, 2000:222).

Todo o percurso na CT transmite ao residente os instrumentos necessários a um estilo de vida saudável numa sociedade mais ampla que a CT. Apela, posteriormente, a um processo contínuo de mudança que não termina na CT mas que continua fora dela. O fim do programa representa assim um início num outro estágio. Pode nesse momento verificar-se, por vezes, o sentimento de imunidade por parte dos residentes, sem que isto seja transmitido ao longo do programa, um sentimento de que tal processo de participação no programa terapêutico os deixa preparados para tudo, como se tivessem bebido uma espécie de poção mágica que os torna inatingíveis. Quanto maior é este sentimento maior é o risco.

Sendo que a mudança precisa de tempo para acontecer, está suficientemente estudado, conforme os estudos citados por Leon (2000:226) que quanto maior for a permanência dos residentes no programa maior a probabilidade de sucesso. No entanto, a maioria das admissões na CT não completa a duração planejada, procurando, muitas vezes, cerca de um terço, uma nova readmissão no mesmo programa, (Leon, 2000:227). Contudo não é o tempo que por si só opera mudanças mas sim a correcta utilização do tempo no envolvimento e participação nas múltiplas actividades do programa de tratamento atingindo, assim, os objectivos das várias fases com sucesso.

Sucesso que, já no pós CT, pode ser descrito como “individual’s change to a life-style that is drug free, economically productive, and without antisocial behavior” (Leon, Wexler, Jainchill, 1982:704). Contudo o sucesso no programa terapêutico (avaliado pelo índice de retenção no programa e saída com alta clínica) não pode ser confundido com eficácia de tratamento porque esta é validada pelo sucesso mantido, em continuidade, depois da participação no programa (Leon, 1982:704). Apesar disso, a permanência numa CT de longa duração parece ser uma condição para uma saída estável, pelo que a retenção no programa é uma das mais significantes indicações de sucesso, sendo o tempo de permanência ideal relativo. Nos estudos de Holland (Broekaert, 1999), relativamente aos consumos, 25 a 40% dos residentes que tinham abandonado o programa se encontravam abstinentes e 80 a 90% dos que tinham terminado estavam abstinentes. Também aqui a criminalidade tinha diminuído e o emprego tinha aumentado. Portanto o tempo que se permanece no programa é um dos maiores preditores de sucesso do tratamento. Além disso a influência do programa tem sempre de ser equacionada tendo em conta factores relativos à pessoa (família, relacionamentos, saúde, situação judicial, trabalho, educação, motivação, maturidade, sentimentos de culpa e ódio...)

Fazer um follow up muito tempo depois da saída do residente do programa (mais de 3 anos), coloca importantes dificuldades na avaliação da influência directa da CT na vida actual

do mesmo já que se receberam múltiplas influências de várias outras origens (outros tratamentos, novos ambientes sociais etc.): “ the specific impact of the treatment experience is most apparent during and immediately following residency; thereafter, though less recognizable, its effects may integrate with (or perhaps alter) the contribution of the experiences in maintaining successful status” (Leon, 1982:745). Dessa forma aquilo que se pode procurar captar, num período superior a 3 anos após a saída da CT, serão as percepções que os sujeitos têm da importância e influência do tratamento e da CT no seu estilo de vida actual, que será uma das dimensões da presente investigação.

A maior parte dos estudos (Leon, 1982:703) referem a diminuição dos índices de criminalidade e de consumos e o aumento dos de emprego como indicadores de sucesso no pós-CT. No entanto estes indicadores são parciais em relação à realidade do indivíduo, difícil de captar na sua totalidade. Por exemplo, o domínio familiar, central na vida de qualquer indivíduo, de que forma poderá denotar sucesso ou insucesso no tratamento, ou, pelo menos influência do mesmo?

Um outro aspecto curioso que pode influenciar os resultados dos follow up tem que ver com a idade dos sujeitos já que “the maturation out of addiction or desviancy is more apparent after 35 years old” (Leon, 1982:744), o que significa que a partir dos 35 anos parece haver uma tendência para a diminuição de comportamentos ligados aos consumos de substâncias e desviância. É atingida a partir desta idade uma maturidade na decisão e no processo de saída do estilo de vida associado à toxicodependência. Se os entrevistados tiverem idades acima da referida os resultados serão, eventualmente, mais positivos. Supostamente a vida, nesses dois domínios pelo menos, tornar-se-á um pouco mais estável.

Quanto aos resultados dos estudos europeus (Broekaert, 1999) há que referir que cada grupo de investigadores se focou em questões diferentes e complementares em relação às demais. Assim, começando pelos estudos alemães, os resultados foram que muitos ex-residentes referiram as experiências positivas que tiveram depois do tratamento como um sentimento novo de felicidade sem drogas, um aumento de auto-confiança e de competência para resolver os problemas e lidar com eles. Já os estudos italianos apontam para as características individuais do ex-residente no que se refere à sua psicopatologia pelo que nos quatro anos seguintes do tratamento esta evoluiu para melhoras significativas. Concluíram também a importância do trabalho com as famílias no sucesso do tratamento. Já os estudos holandeses apontam para taxas de sucesso de 25% relativas a todos os admitidos e de 85% dos que terminam o programa e concluem também a influência indirecta do envolvimento familiar nesse sucesso. Já os estudos suecos concluíram que as mulheres beneficiam mais do

tratamento que os homens e que os mais novos beneficiam mais que os mais velhos. Concluem, ainda, comparando três contextos (comunidade terapêutica, programa de metadona e prisão), que a melhoria de qualidade de vida relativamente à CT é de 87%, da metadona é de 73 e da prisão é de 46%, sendo que o tempo de permanência nos vários programas só é um preditor de sucesso no caso das comunidades terapêuticas.

2.3.3 Trajectórias de vida após a saída da CT

No processo terapêutico, especificamente em comunidade, o indivíduo faz uma reflexão sistemática sobre o curso do desenrolar da sua vida. O estar consciente, não adormecido, não alienado, não passivo cria as condições para que o indivíduo se possa pensar, tendo como pano de fundo o seu background mas também as suas expectativas face ao futuro, de maneira que pela conjugação dos tempos passado, presente (aqui e agora) e futuro o mesmo possa construir uma trajectória ou carreira de vida de acordo com o resultado desta experiência de reflexividade. Após a saída da CT desenrola-se uma determinada trajectória de vida (Bourdieu, 1992), ou carreira de vida (Becker, 1985, Sommer, 2004). Como Goffman refere (Sommer 2004:23) “uma das vantagens do conceito de carreira é a duplicidade do termos. Por um lado toca nos temas importantes da imagem de si e do sentimento de identidade; por outro lado refere-se ao estatuto oficial, as condições legais, assim como ao estilo de vida e é parte de um total institucional acessível a todos. O conceito de carreira possibilita-nos assim mexermos-nos entre o pessoal e o público, entre o Eu e a Sociedade relevante sem sermos demasiado dependentes de como o indivíduo se vê a si próprio”. Kauffman (2000) a este respeito: “o objectivo é compreender o movimento biográfico como cruzamento dos processos íntimos e dos quadros sociais da experiência”.

Na CT ao analisar a sua trajectória de vida até esse momento, ao mesmo tempo que se experimenta viver o “aqui e agora”, permite fazer um auto-diagnóstico do estilo de vida tido até ao momento, do estilo de vida diferente a ser experimentado na CT e tomar decisões sobre que estilo de vida para o futuro, não esquecendo as condições materiais de existência de cada um que geram hipóteses de vida sobre as quais recairá a escolha. Como refere Giddens (2001:76) “falar de uma multiplicidade de escolhas não significa subentender que todas elas estão a Teresas a toda a gente (...)”.

No sentido em que “Uma componente fundamental da actividade do dia-a-dia é simplesmente a escolha” (Giddens, 2001:76) após o tratamento o indivíduo está constantemente a ter esta possibilidade de escolher, mas ao mesmo tempo uma possibilidade

que se transforma num “ter de ser” mais ou menos consciente mas ao qual não se pode fugir. A cada momento está a tomar decisões, a escolher sem se dar conta, por vezes, da maneira como uma decisão influi sobremaneira no curso da sua vida. É que por este meio que se devolve ao indivíduo a responsabilidade de tomar conta da sua trajectória. Há um reforço do papel activo do indivíduo enquanto agente da sua história, mesmo não dependendo tudo dele, nem da sua vontade, nem do seu empenho e aqui entram as condições objectivas, sociais de que se falava há pouco e que também compõe as trajectórias.

Mas ainda assim, apesar de nem tudo depender da sua vontade, o indivíduo tem a responsabilidade de escolher, dentro das hipóteses objectivas de escolha, o estilo de vida que mais lhe convém daí por diante. Entenda-se por estilo de vida “um conjunto mais ou menos integrado de práticas que um indivíduo adopta não só porque essas práticas satisfazem necessidades utilitárias, mas porque dão forma material a uma narrativa particular de auto-identidade” (Giddens, 2001:75).

Neste estudo interessa incidir sobre um ambiente de acção específico que é a família, captando assim o estilo de vida familiar, um dos sectores de estilo de vida, i.e. “uma fatia do espaço-tempo no total das actividades de um indivíduo, dentro do qual é levado a cabo um conjunto relativamente consistente e ordenado de práticas” (Giddens, 2001:78).

3. Relações e interacções familiares

A família é uma realidade passível de ser abordada sob vários ângulos, pelo que, ao estudá-la, o investigador se detém apenas em algumas das suas possíveis dimensões. Assim é, também, neste estudo. Procurar-se-á conhecer e compreender como, no grupo estudado, se operam as interacções familiares entre os membros da família e as relações dos mesmos com o exterior a ela. Sociologicamente pode-se encontrar algum consenso ao definir família como um grupo de pessoas que vivem juntas e partilham o mesmo espaço físico para comer, dormir, repousar, crescer, unidas por critérios espaciais, funcionais (reprodução, realização sexual, socialização das crianças e garantia da sobrevivência e do bem-estar), e de parentesco (por laços de sangue ou por afinidade) em que existem responsabilidades sociais de os adultos criarem as crianças do grupo inserindo-as no contexto mais global de que fazem parte, i.e. a sociedade (Almeida et al, 1994: 101 e 227). Sem dúvida parece uma definição muito simplista. Dificilmente se conseguirá abranger a complexidade desta forma de estar em sociedade, pelas múltiplas estruturas existentes, pelos vários tipos que podem ser delineados, pela criatividade das relações e maneira de se estar nelas.

Num mesmo momento histórico, numa mesma sociedade, coexistem várias formas de família, (Goode 1963, 1965) pode no entanto haver uma tendência para a predominância de uma dessas mesmas formas, mas está a falar-se sempre de uma tendência e não da generalidade. Nas sociedades modernas a família nuclear é a forma mais comum, coexistindo com toda uma panóplia de estruturas desde as mais tradicionais até às mais modernistas.

Vários autores (Shorter, 1975; Saraceno, 2003; Ariès, 1981) dão conta da passagem da família por vários estádios historicamente. Contudo, como refere Torres (2002:255) “Como os clássicos da sociologia já vinham indicando desde o final do século XIX, as principais tendências de evolução da família e do casamento ao longo do século seguinte viriam a concretizar-se pela afirmação da livre escolha do cônjuge como condição necessária de êxito do casamento, pela acentuada conjugalização da família, pela democratização das relações entre os cônjuges e pela maior proximidade nas relações entre pais e filhos.” Cada um com um determinado foco de análise da família, numa perspectiva de continuidade ou ruptura com os demais, múltiplos foram os autores e seus imprescindíveis contributos para o conhecimento da família hoje: Durkheim (1975), Simmel (1998), Burgess (1960), Parsons (1970), Goode (1963, 1969), Andrée Michel (1972), Singly (1992) Rousell (1989, 1992), Kellerhals (1989) entre muitos outros. Este estudo vai fazendo apelo a muitos destes contributos.

3.1 As interações familiares

Falar de família é falar de famílias porque existe uma multiplicidade de configurações familiares. Analiticamente, para melhor se compreender a diversidade de formas familiares podem construir-se diferenciações analíticas em termos da estrutura que a família pode assumir e dos tipos de interações que caracterizam a relação entre os seus membros.

Na proposta analítica de Laslett (Saraceno, 2003:28) quanto à estrutura, ou seja, o tipo de vínculo que liga os membros de uma convivência sejam de afinidade e consanguinidade de casamento e de descendência, podem encontrar-se: os grupos domésticos “sem estrutura; os grupos domésticos simples; os grupos domésticos extensos e os grupos domésticos múltiplos”. Estes grupos domésticos, grupos de pessoas que vivem na mesma casa e partilham ou não os recursos disponíveis (Wall, 2005), vão variando, eventualmente consoante a trajetória da vida familiar, pelo que em vários momentos da vida a sua configuração de co-residentes pode ser distinta. A tendência de privatização da família pode levar a pressupor que a maioria das configurações será simples (casal/ casal com filhos/ progenitor com filhos). Contudo, é possível, na realidade, encontrar-se uma multiplicidade de estruturas familiares

construídas com base no afecto ou na necessidade. Ainda assim, co-residir não significa necessariamente viver em comum. Pode partilhar-se o mesmo espaço sem que isso signifique orçamento comum, sociabilidades comuns, etc. Nestas situações “é, portanto, uma solidariedade mais de tipo funcional ou assistencial que predomina na sociedade contemporânea. A co-residência de outras pessoas pode ser desencadeada por factores materiais, como as carências económicas e de alojamento, por factores associados a cuidados prestados a pessoas dependentes ou doentes e ainda por problemas provocados por certas situações de crise (solidão, crianças abandonadas) ou transições familiares difíceis como a viuvez, a gravidez imprevista de uma filha solteira, um divórcio ou uma separação” (Wall, 2005:557). Apesar de os factores de ordem económica serem os mais visíveis geralmente enquanto factor desencadeador, os significados da co-residência são diversos o que complexifica a questão.

Além da análise das estruturas familiares importa tipificar o género de relações que nela se dão, encontrando assim tipologias, cada uma conseguida pela configuração de determinadas dimensões de análise específicas (Kellerhals, 1989:30): o modo de integração na família (na proposta de Roussel); a relação com o meio envolvente (na proposta de Reiss), a orientação predominante (na proposta de Farber); as fases familiares (na proposta de Duvall e Hill). Estas tipologias foram sendo utilizadas e adaptadas ao longo de vários estudos, desenvolvendo-se a partir delas outras tipologias que, embora partindo destas, foram fazendo progressivamente uma análise mais fina e microssociológica das relações familiares. Kellerhals (1987), ao debruçar-se sobre o tipo de interacções na família, refere que é possível reagrupar as tipologias familiares em três grandes perspectivas: a histórica ou culturalista, a classista e a sistémica, dentro da qual se situa este estudo, que coloca a tónica na dinâmica de grupo, o qual tem uma estrutura e processos de funcionamento “trans-históricos” e “trans-classistas” próprios a qualquer sistema de acção colectivo.

Analisando estas tipologias que procuram dar conta das dinâmicas familiares pode perceber-se que elas se constroem implícita ou explicitamente em torno de quatro processos de grupo fundamentais que são: a coesão interna, a integração externa, a orientação e a regulação do grupo (Kellerhals, 1987:54), constituídas como dimensões de análise na presente investigação. Nesse sentido procura-se de seguida fazer convergir para cada uma delas os contributos que vários autores foram fazendo na análise das relações familiares, dando-lhe assim o conteúdo necessário para a sua melhor compreensão.

3.1.1 Coesão Familiar

Numa aproximação ao conceito, dentro da perspectiva interaccionista, muito atenta à dinâmica interna da família e às interações nela operadas, por coesão interna entenda-se “a natureza do laço social que une internamente os membros da família, laço que pode assentar em relações e normas familiares mais centradas na fusão ou na autonomia” (Aboim e Wall, 2002:479). Se a família põe o acento na fusão, então o grupo familiar define-se “pela similitude dos seus membros, pela partilha de tempo, locais e actividades, pelo consenso, sendo uma boa família neste caso aquela em que se pensa e se faz em comum”. No pólo da autonomia, “os indivíduos percebem-se como diferentes, desejam manter os seus territórios e propriedades distintas, insistindo mais na partilha das diferenças do que no aumento das semelhanças” (Kellerhals, 1991:38). Na primeira, o grupo familiar define o território do indivíduo, na segunda o indivíduo define a influência possível da família no seu espaço próprio. A ideia de coesão preconizada pela família pode passar pelo esbater ou pelo acentuar da individualidade de cada um, na sua identidade, nos seus recursos pessoais

Nesta dimensão procura-se compreender na família: quem faz o quê? com quem? em que tempos? e de que maneira? Os indicadores mais comuns são as semelhanças vs diferenças entre os membros do casal, controlo nós casal vs autonomia individual, práticas de fusão ou de autonomia, relação entre os subsistemas familiares internamente e entre si, identificando subgrupos de interação (o indivíduo, o casal, o casal e os filhos, os filhos entre si, a mãe e os filhos, o pai e os filhos, ...), estratégias de preservação dos recursos pessoais nas expectativas que cada um tem para as relações com este ou aquele subsistem, entre muitos outros.

Neste lato conceito procura compreender-se a dinâmica familiar nos e entre os vários subsistemas. É, por isso, nesta análise importante destrinçar o indivíduo, a relação conjugal, a relação parental e a relação intergeracional (avós-pais-filhos), para mais fácil compreender a complexidade da trama de relações entre si.

Relação consigo próprio

Ao nível do indivíduo a tendência é para que a modernidade se faça acompanhar por um processo de individualização. Através dela dá-se relevo às questões pessoais e individuais, não como ausência de relação com os outros, de isolamento, mas como coexistência deste respeito da individualidade nas várias relações quotidianas nomeadamente as familiares. Nestas, a tendência segundo Kellerhals, é para uma evolução da família instituição, para a

fusão e mais actualmente para a associação (a forma de estar em família em que mais espaço há para a liberdade e realização de cada um dos elementos), coexistindo várias formas neste mesmo momento histórico temporal e reportando-se esta tendência à classe média. Durkheim (1975) refere que os indivíduos são mais importantes que as coisas dando conta da perda de peso da família enquanto instituição, baseada na propriedade. A vontade, os interesses, expectativas, desejos individuais seriam mais importantes. Ainda assim, na evolução da família para a forma de fusão, a família submete os seus elementos a uma comunhão, a uma identidade familiar, submetida à lógica do afecto do amor, mas que obriga ao sacrifício da abdicção do “eu” em prol desta nova identidade em relação a qual o indivíduo se referencia. A família associação é a forma de estar em família onde o espaço individual está mais preservado, não porque não exista afecto, mas porque são muito valorizados a realização e a felicidade pessoal dentro da própria família.

Singly (2004) aborda precisamente este processo de individualização não contra a família mas no contexto da família e as consequências que daí advêm, como os conflitos de lealdades, as culpabilizações, os riscos, as tensões. O que o autor refere é que a sociedade contemporânea cria a imperatividade do indivíduo, com um fundo em si mesmo, com uma interioridade e identidade pessoal e que simultaneamente cria a imperatividade da autonomia do indivíduo. O “indivíduo individualizado” (Charles Taylor cit. in Singly: 2004:16) deve ser autónomo como uma das dimensões dessa individualização. Contudo, este movimento de individualização não deve ser julgado nem conotado negativamente como individualista, egoísta, egocêntrico. Este movimento de individualização não pode, ao contrário, ser feito sem a ajuda do “outro”, pelo que a vida privada assume assim uma nova função, a de ajudar cada um dos seus membros a encontrar-se, a descobrir-se. “Nas sociedades individualistas a família (qualquer que seja a sua forma ou estrutura), toma para si a função de (tentar) consolidar em permanência o “eu” dos adultos e das crianças. Inversamente ao que o termo individualismo pode levar a crer, o indivíduo precisa assim, para tornar-se ele mesmo, do olhar das pessoas a que ele atribui importância e sentido. Esses outros significativos são, frequentemente, o cônjuge, ou o parceiro para um homem ou uma mulher, os pais para os filhos, (e reciprocamente), ainda que outros próximos possam preencher tal função” (Singly, 2004:14). Às famílias actuais que, (por contraposição à família parsoniana que seria a “moderna 1”), chama-as de “moderna 2” em que o peso da individualização se impôs. Imposição essa não através da diminuição do sentimento, do amor, mas pela tónica não no grupo reunido em si, mas nos membros que o compõem. O espaço privado está ao serviço dos indivíduos, com todas as consequências que daí podem advir como o divórcio, a maior

independência das mulheres, a necessidade de negociação das necessidades dos filhos com novas formas de pedagogia em que a natureza da criança deve ser respeitada. A família actual torna-se, por isso, possivelmente mais instável e frágil pela incerteza sobre a durabilidade da sua existência mas, simultaneamente, forte porque cada um se revê naquela família, deixando a mesma de ser a imagem de uns à custa da abdicação dos outros. A família, deve ser designada por “relacional e individualista” (Singly, 2004:15) sendo que é na tensão destes dois pólos que se constroem e destroem as famílias de hoje. Procura-se assim, na conjugalidade, uma vida a dois que permita a cada um satisfazer as suas necessidades relacionais mas respeitando a autonomia de cada um. Como etapas este processo tem a independência e a autonomia. A independência diz respeito à possibilidade do indivíduo, por meio dos seus recursos próprios, advindos da sua actividade laboral, fazer face às suas necessidades, dependendo o menos possível dos outros próximos. A autonomia é mais ampla e diz respeito à possibilidade de cada um ter o seu próprio espaço interno e externo, um mundo próprio “definido pela elaboração tanto de regras pessoais quanto, no caso de vida em comum, de regras construídas na negociação entre várias pessoas. Quando essas duas dimensões estão reunidas – independência e autonomia – então, o indivíduo moderno tem o sentimento de estar livre, pelo menos na sua vida privada” (Singly, 2004:18).

Relação conjugal

São múltiplas as abordagens e autores que sobre esta relação se debruçam. Apesar disso há uma convergência para distinguir as formas de conjugalidade em institucional, fusional e associativa. A primeira, associada às sociedades tradicionais apesar de coexistir com outras nos nossos dias, caracteriza-se pelo encarar da família e casamento como um destino, natural, e como algo a manter por meio de todos os esforços. O divórcio é, assim, impensável e encarado como uma fatalidade (Torres, 1992). É uma forma de conjugalidade em que a permeabilidade reguladora do exterior é maior, já que a tendência é para acatar as responsabilidades e deveres, compromissos e papéis definidos. A família e o casamento confere estatuto aos cônjuges bem como o papel de pais lhes traz reconhecimento de uma condição adulta, responsável. O centramento na relação parental é maior do que na relação conjugal, a qual só pode ser equacionada dentro do casamento. A parentalidade tem, assim, de ter por base um contrato conjugal formalmente assumido. Há uma clara divisão de papéis sexuais bem como uma assimetria reveladora do poder masculino. Apesar de tudo, nesta lógica institucional, a mulher tenta a todo o custo conseguir casar e manter o casamento

porque isso lhe traz uma mais valia pelo reconhecimento do seu estatuto de mulher casada, enquanto o homem foge até não poder mais, já que concebe o casamento como uma perda de liberdade. É uma lógica muito arreigada à moral tradicional e religiosa (Torres, 2002).

A conjugalidade fusional é caracterizada por se fundar no amor romântico enquanto ideal de relação. Há uma livre vontade de estar nessa relação encarada como um projecto único de ambos. O centramento dos cônjuges é, ao mesmo tempo, na relação conjugal e parental porque se entende que uma e outra se fundem, sendo os filhos vistos como um reflexo do amor entre ambos e objecto do mesmo. A individualidade está completamente submetida ao conjunto da conjugalidade, sendo a relação exclusiva e para toda a vida. Não porque é obrigatório que assim o seja, como no institucional, mas porque os cônjuges assim o desejam. O divórcio não é negado, mas encarado como culpabilizador do outro, porque este deixa de ter o mesmo projecto. Continua a haver assimetria e diferenciação de papéis (mulher-expressivo, homem-instrumental) mas mais atenuado.

A forma de conjugalidade associativa é caracterizada por ser uma relação entre dois indivíduos, que não se fundem, que prezam a sua autonomia e que estão cientes dos seus direitos e deveres. Funda-se na realização pessoal e na felicidade, ao serviço das quais está. Não há um projecto individual único, sobreposto, mas a coexistência de vários projectos individuais (dos quais o familiar é um deles), não sendo a relação conjugal a única dimensão da identidade dos indivíduos. O móbil da relação é o amor e a relação parental dá a esse amor a continuidade desejada. O garante do bem-estar colectivo é o bem-estar e realização de cada um dos elementos. O que se pede aos indivíduos não é um sacrifício, nem a unissonidade, mas o investimento pessoal voluntário na relação. O divórcio é encarado como um desencontro de projectos, reflector da não realização e felicidade pessoal foco do centramento da relação (Torres, 1992). Ao nível da divisão de papéis e das assimetrias, a tendência é para uma maior indiferenciação, mas isto no plano dos discursos, porque no das práticas os estudos revelam realidades diferentes (Torres, 2002).

Quanto à simetria de relacionamento e papéis conjugais Almeida (1990), distingue três tipos de relações familiares: o simétrico (correspondendo ao associativo), o simétrico atenuado (correspondendo ao fusional) e o assimétrico (ao institucional).

É possível que nem sempre cada membro do casal tenha a mesma representação e expectativa e vivência face à conjugalidade. Na prática, a forma de um acaba por se sobrepor à do outro (gerando a frustração de uma das pessoas para que a relação resulte) ou há espaço para a negociação, ou, ainda, há uma ruptura por incompatibilidade verificada de formas de estar em casal.

Numa relação conjugal como em qualquer relação social há trocas. Cada um dos membros do casal traz para a relação um maior ou menor número de capitais individuais (conhecimentos, experiência, dinheiro, tempo, sentimentos, crenças, opiniões...) que, consoante o tipo de relação conjugal assim serão trocados (Kellerhals et al, 1982:26). Os capitais que cada um traz influenciam, à partida, a escolha do outro cônjuge, tanto porque quem escolhe o faz com base nos capitais que detém, como quem é escolhido o é também porque detém determinados capitais. No caso de indivíduos que tenham tido um percurso de toxicodependência e uma ou mais experiências de tratamento em comunidade terapêutica, isso entrará como capital individual na relação e seguramente influenciará a escolha do parceiro conjugal.

Além disso tanto a escolha do cônjuge, como a forma de conjugalidade assumida por cada um e por ambos é influenciada pela classe social de pertença não podendo as tendências gerais fazer esquecer as especificidades inerentes à posição social ocupada pelos indivíduos.

Apesar de a evolução histórica da família se dar no sentido da livre escolha do parceiro conjugal e baseada no sentimento amoroso, esta escolha não é totalmente livre, nem espontânea, nem os indivíduos passivos face aos sentimentos. O próprio amor que se afirma estar na base das escolhas conjugais é uma construção social e particular e, portanto, também histórica e socialmente situado. Mas apesar disso a tendência é para que ele esteja na base da escolha, a qual, consoante a pertença social fica restrita a um conjunto de probabilidades estatísticas que circunscrevem os parceiros ao interior de um círculo relativamente estrito. Tal como afirma Girad (Kaufmann, 1993) a homogamia (ou a tendência para escolher o parceiro dentro do mesmo círculo social de pertença ou de frequência), é extremamente forte nos dois extremos da escala social. Michel Bozon (Kaufmann, 1993) isola inclusive os lugares ou domínios de encontro: os lugares públicos, os lugares reservados e os lugares privados, cruzando-os com as categorias socioprofissionais. Contudo, e como refere Singly na crítica que faz à teoria da homogamia (Kaufmann, 1993, Guerreiro, 1992 e 1996) esta pode, se entendida exageradamente, anular as diferenças entre cada um dos cônjuges e as especificidades sexuais, com vista a uma certa manutenção da ordem social. Neste entendimento, por pertencerem ao mesmo círculo, as semelhanças seriam predominantes. Na realidade, nem o que procuram na união é o mesmo, nem o que levam para ela (capitais) o é também. E acrescenta que esses mesmos capitais (escolares, culturais...) podem permitir fazer um casamento acima do seu grupo de pertença, oferecendo a possibilidade de uma mobilidade social ascendente.

Outro aspecto ainda não referido mas importante é que esta relação conjugal pode ser formalizada legal e religiosamente ou pode constituir-se informalmente. Pode ainda acontecer que a informalidade da coabitação anteceda a formalização da relação, uma espécie de estágio prévio, ou pode constituir a maneira pretendida de estar na relação sem qualquer outra aspiração. No entanto e apesar de especialmente as gerações mais novas defenderem esta informalidade como forma de preservação da sua liberdade e de defesa dos interesses individuais, recusando um sentimento enquadrado por um quadro institucional (Kaufmann, 1993) a tendência é para que uma grande maioria (Torres, 2002) acabe por ritualizar a relação. E isto por vários motivos entre os quais porque a identidade e o estatuto social se tornam mais reconhecidos e visíveis.

Ainda no que se refere à realidade portuguesa Aboim e Rosa (Wall, 2005:85-165) chegaram a algumas conclusões quanto à formação do casal, por um lado, e quanto à escolha do cônjuge, por outro. A propósito da formação do casal constatam a dominância da conjugalidade formalizada pelo vínculo religioso apesar da tendência de diminuição do casamento católico. Verifica-se que “a pluralização de formas de entrada na conjugalidade constitui na sociedade portuguesa, uma crescente evidência, criando raízes transversais a vários grupos sociais e albergando diferentes significados” (Aboim, 2005:111). A idade da entrada na conjugalidade no caso das mulheres ronda os 20-24 e os namoros duram em média três anos. A coabitação pode assumir várias formas, segundo lógicas diferentes, consoante o contexto social do casal. Qualquer delas aponta para o facto de o casamento não ser já a única forma de entrada na conjugalidade, desinstitucionalizando-o. Para esta informalização da conjugalidade articulam-se factores mais modernistas e tradicionalistas pelo que não é linear nem possível a associação directa entre a sua crescente visibilidade e a modernidade. Muitas vezes a coabitação encontra-se ligada a lógicas muito afastadas da autonomia individual e paridade entre os indivíduos e prende-se a situações de fracos recursos económicos, a situações de gravidezes entre muitas outras possibilidades.

Já quanto à escolha do cônjuge Rosa (Wall, 2005) conclui que no caso português se verifica a homogamia sócio-profissional restrita, havendo uma tendência para as mulheres casarem com um homem que ocupa a mesma posição sócio-profissional. Além desta proximidade social também a proximidade espacial/geográfica tem relevância no condicionamento da escolha pelo que a maioria reside a uma distância do futuro parceiro que lhe permite encontros quotidianos, sobretudo nas mulheres de meios sociais mais desfavorecidos. Nas idades a hipergamia é dominante já que as mulheres casam em regra com homens mais velhos. No entanto quanto maior é a idade da mulher no início da vida conjugal,

maior é a probabilidade de escolher um homem da mesma idade, ou até mais novo. Quanto aos locais de encontro estes variam consoante a posição social da mulher sendo que em posições mais favorecidas, os contextos de lazer, estudo/formação, rede de amigos, são os mais privilegiados e, em classes menos favorecidas, são os locais públicos, as sociabilidades locais, o parentesco e as relações de proximidade. O local de trabalho é o contexto mais transversal socialmente em termos de local de encontro e que serve a homogamia sócio profissional verificada.

As relações conjugais são relações sociais com um status privilegiado na vida dos adultos da nossa sociedade, sendo essa relação uma constante dramatização em que dois estranhos caminham juntos e se redefinem a si próprios (Berger e Keller, 1964:303). São portanto relações significativas com um outro significativo. Elas são produtoras de identidade do casal, tanto individual, porque a cada dia o indivíduo se vai reconhecendo e redefinindo o seu “eu”, como colectiva do casal, em que os “eus” individuais dão origem a um “nós” que é influenciado pelos “apports” que cada um traz da sua identidade pessoal. Além da relação conjugal ser produtora de identidade ela é também produtora de sentido, de *nomos*, de sentido existencial, (Berger e Keller, 1964:311), um sentido trazido pela necessidade existencial de se sentir amado, de ter relações satisfatórias, pelo desejo de intimidade, mas também porque desta necessidade de partilha vem como *continuum* a relação parental como perpetuação da existência. Este processo de construção de identidade e de existência é dinâmico, vai acontecendo a cada dia no quotidiano podendo inclusive identificar-se um ciclo de vida conjugal com etapas não estanques que se sucedem com o tempo da relação (Kaufmann, 1993).

Relação parental

Ao longo da história a criança foi adquirindo no seio da família um espaço afectivo e um papel indissociável da pertença social da família, bem como da forma de conjugalidade. Pode, nesse sentido, fazer-se uma correspondência entre essa forma de conjugalidade e a maneira como a criança é perspectivada na família. Na conjugalidade instituição, a criança é vista como o herdeiro, a quem se deixará todo o património que se conseguir em vida. Na fusional corresponderá à visão da criança rei, como centro do bem-estar afectivo, relacional e, por último, na associativa a criança é vista como parceiro, numa posição mais simétrica com os pais sem que isto signifique a abolição do papel de adulto dos pais (Torres, 2001).

Várias podem ser as funções que a criança cumpre na família, sendo certo que ao longo do tempo se foi assistindo à diminuição do peso do papel produtivo da criança na

economia familiar, para crescer o peso da importância do retorno afectivo que se espera ter através dela (Becker, cit. in Cunha 2005:p.466). Partindo das propostas de Kellerhals et al (1975, 1980), Cunha (2005: 465-497) agrupa em quatro dimensões as funções que os filhos podem ter na família: a afectiva (afectivas, afectiva extrema e afectiva alargada), instrumental (produtiva, de solidariedade material e de solidariedade emocional), estatutária (identitária, de aquisição de autoridade, de mobilidade social, de linhagem) e, por último, a expressiva (de papel, de sociabilidade lúdica e socializadora). No contexto português, a função afectiva aparece em primeiro lugar, seguida da função simbólica de coesão em que a criança não está já ao serviço da legitimação da relação conjugal, mas incorpora e personifica o amor conjugal dos pais. No entanto, é importante referir a enorme variedade de expectativas que são colocadas nas crianças, pelo que as restantes funções estão também consideravelmente representadas, excepto a função produtiva e a solidariedade material, que foi a menos generalizada. Também aqui a classe social de pertença influencia as expectativas colocadas na criança. Enquanto às classes mais favorecidas se associa a dimensão mais expressiva às menos favorecidas associa-se a dimensão mais instrumental.

É no seio desta relação que se dá o processo de estruturação da identidade da criança e de adaptação e acção ao meio em que se está inserido, a que se chamará socialização. Mais rigorosamente, pode ser definida como o "processo de aquisição de uma atitude a interpretar, a compreender as normas e os valores dos outros, de modo a poder trocar e comunicar segundo diferentes registos, em perpétua evolução"(Montandon, cit in Seabra 1999:23). Este processo é contínuo e não deve ser entendido num único sentido (pais-crianças) mas, ao contrário, multidimensional e sistémico. As estratégias de socialização familiares entendidas aqui como "o produto do sentido prático como sentido do jogo, de um jogo social particular, historicamente definido, que se adquire desde a infância participando nas actividades sociais (...) e que supõe uma invenção permanente, indispensável para se adaptar às situações infinitamente variadas"(Bourdieu cit.in Seabra, 1999), traduzem os estilos educativos no contexto familiar.

Kellerhals e Montadon (1992) reforçam a ideia que os estilos educativos são modulados pela origem social dos pais, pelo seu nível de educação, a sua profissão e, poder-se-ia acrescentar, pelo seu trajecto de vida. Referem também as duas dimensões do comportamento educativo que mais frequentemente são estudadas: o controlo da criança, por um lado, e o suporte parental por outro. Para a primeira os indicadores mais utilizados são as actividades das crianças, as responsabilidades que lhe são conferidas, o rigor com que as regras são aplicadas, a maneira como os pais exercem o poder, a indução à conformidade e a

utilização de ameaças. Para a segunda os indicadores mais frequentes são o tempo que os pais consagram às actividades escolhidas pela criança, o entusiasmo que lhe conferem, a sua sensibilidade ou indiferença aos estados emocionais e necessidades das crianças.

Na articulação entre meio social, estilo educativo e género de interacção ou coesão parental podem ser distinguidos, segundo os autores (Kellerhals e Montadon, 1991), três estilos educativos: o estilo educativo maternalista, o estilo educativo estatutário, e o contratualista. O primeiro, maternalista, baseado na acomodação pela obediência e conformização, no controlo com uma autoridade coerciva, numa grande diferenciação dos papéis dos pais, embora sendo as actividades entre os pais e a criança muito frequentes com uma comunicação relativamente fluida e íntima, e a influência externa muito reservada. O segundo, estatutário, é caracterizado pela obediência e disciplina e pelo controle. Há uma grande distância entre pais e filhos revelada na comunicação escassa e nas reduzidas actividades comuns. Quanto à relação com o exterior, estão bem definidas e rígidas as fronteiras com o exterior à família. Os papéis dos pais estão nitidamente diferenciados, com uma clara presença enfraquecida do pai e basicamente instrumental. O terceiro, contratualista, mais que a normatividade valoriza a empatia, sensibilidade relacional e a autonomia da criança colocando a tónica na auto-regulação, na motivação em detrimento do controle, na criatividade e imaginação, na abertura ao exterior e às influências externas, não havendo grande diferenciação nos papéis educativos masculinos e femininos, cada um deles integrando a expressividade e instrumentalidade. Segundo Singly (2004:18): “Hoje a educação familiar transformou-se, depreciando a obediência e valorizando a iniciativa, a autonomia e a satisfação pessoal. Contrariamente à representação comum, a criança aprende a ser um indivíduo individualizado no seio da família de origem (...). Ela torna-se autónoma numa relação de dependência”. Contudo, nas sociedades da Europa do Sul, este processo de independência e autonomia e de identidade pessoal só se completa muito tardiamente, por várias ordens de factores circunstanciais, sofrendo muitas vezes os jovens adultos com a dificuldade de não atingirem essa meta.

Pode também fazer-se corresponder os estilos educativos a diferentes tipos de coesão familiar definidos por Kellerhals (1987) que serão abordados mais adiante. Ao tipo de família “bastião” corresponderia o estilo estatutário, ao “associação” o contratualista, ao “companheirismo” uma combinação dos três estilos (Kellerhals e Montandon, 1992). Cada família tem assim necessidade de um determinado tipo de criança, criando as condições para isso através dos estilos educativos: ou leal, conformado e dependente para o tipo “bastião”, ou negociador, autónomo, criativo para as famílias “associação”.

A guarda da criança (Wall, 2005) foi caminhando ao longo do tempo de um modelo materno-cêntrico de guarda, para um modelo mais diversificado e centrado na delegação dos cuidados da criança a creches, amas, variando as alternativas de escolha consoante a posição social da família.

Relação com família de orientação

A relação parental pode referir-se também não a filhos crianças mas à relação de filhos adultos com os seus pais, a qual será chamada de relação com a sua família de orientação. Na sua base estão processos de transmissão de herança simbólica e patrimonial, deveres pais-filhos, solidariedades e trocas que nessa relação se operam, sociabilidades e convivialidades. Em famílias marcadas, no seu passado, pela toxicodependência de um dos seus membros, a relação no momento actual, tem sempre também presente o passado, bem como as trajectórias de vida de cada pessoa e da família no seu todo. As decisões que se tomam, nesta relação, as expectativas que se têm, as representações que se operam têm ligações fortíssimas com estádios de desenvolvimento tanto do filho(a) desde criança a adulto, como do casal e de cada um individualmente. A vida do adulto tem de ser contextualizada na sua trajectória até ao momento e, nela, encontramos o papel importantíssimo da família como estruturadora da identidade pessoal (Lahire, 2005). Há pontes a fazer na interpretação de resultados de investigações referentes a comportamentos ou discursos dos indivíduos mas não há uma causalidade linear nos mesmos com a família de origem. Ao longo da vida o indivíduo vai sendo sujeito a influências variadas, não só da sua família. Tem assim, a possibilidade de ir fazendo uma confrontação da sua história com a possibilidade de romper ou perpetuar com padrões de comportamento e referenciais simbólicos familiares avaliados pela experiência individual como positivos ou negativos.

3.1.2 Integração externa

A integração externa refere-se à maior ou menor abertura ou fechamento da família ao exterior, estabelecendo com ele determinado tipo de relações. A este propósito refere Kellerhals (1987,1991:39):“Num pólo encontramos famílias (ghetto) que temem os contactos tanto informativos como relacionais com o exterior. O equilíbrio do grupo é visto como dependente de um certo espírito de caseirismo. Abrir-se é pôr em risco o consenso e permitir que os ciúmes, as concorrências, as objecções do exterior se introduzam na harmonia familiar.

No outro pólo encontramos famílias (esponja) cujas relações internas se alimentam dos contactos externos. Os laços familiares são ricos e calorosos na medida em que permitem trocar recursos encontrados no exterior. A abertura ao exterior é a condição de equilíbrio. Sem ela é a asfixia, a rotina a dependência”. Algumas tipologias apoiam-se neste eixo de análise como as de Kantor, Reiss e Lehr.

Esta integração pode ser observada em dois domínios: o das atitudes e o das práticas (Aboim, 2002, 2005). No primeiro procura-se captar a percepção do mundo social, visão do lugar a ocupar na sociedade, permeabilidade a informações vindas do exterior. No das práticas procura compreender-se os tipos de contacto directo com o exterior, o tipo de actividades predominante, os lazeres, as trocas, as solidariedades, as sociabilidades.

Este conceito faz a articulação entre família e lugar social de pertença, de ocupação, dando assim conta de que como Bertaux (Aboim, 2002:477) refere as famílias também são de classe, relativizando assim uma concepção totalmente privada dos comportamentos na família.

Na realidade portuguesa, Aboim (2005:264-268) constata quatro grandes níveis de integração externa: fechamento, abertura fraca, abertura média e abertura forte, sendo a abertura fraca a forma mais expressiva de integração (quase 40% da amostra). Quanto mais fusional é a família maior é a tendência para o fechamento e quanto mais se valoriza a autonomia individual e sociabilidades individuais mais a família se aproxima de graus de abertura média ou forte.

A integração da família no tecido social de que faz parte apela a uma sub abordagem: a das redes sociais de pertença com a qual estabelece relações de troca materiais (de bens e serviços) e simbólicas (referências). As redes podem, assim, ser entendidas como “a suma de todas as relações que um indivíduo entende como significativas ou que define como diferenciadas da massa anónima da sociedade. Esta rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para o seu próprio reconhecimento como indivíduo e sua imagem de si. Constituí uma das chaves centrais da experiência individual de identidade, bem-estar, competência e protagonismo, incluindo os hábitos de cuidado da saúde e a capacidade de adaptação em situações de crise”(Sluzki, 1996:42). A rede pode ter várias dimensões, pode ser mais ou menos densa, pode assumir várias configurações quanto à distribuição dos seus membros, pode ser mais ou menos dispersa, mais ou menos homogénea, tem especificidades quanto aos vínculos e cumpre algumas funções.

Nessas funções, e na perspectiva de Sluzki (1996:48-58) pode encontrar-se a companhia social, o apoio emocional, a orientação, a regulação ou controle social, a ajuda material e de serviços e a função multiplicadora pelo acesso a novos contactos.

A rede social é uma rede de pessoas que podem ou não estar unidas com a família/indivíduo por laços de parentesco. Uma interpretação abusiva dos teóricos clássicos que apontavam uma tendência para o isolamento da família nuclear moderna poderia levar a pensar que os laços da família conjugal com a família alargada teriam ficado confinados às saudosas sociedades tradicionais e comunitárias. É, nesse sentido, importante reconhecer a existência e o relevo que têm as redes de apoio de solidariedade e entreajudas (particularmente de parentesco) dentro das redes sociais da família, na sociedade contemporânea. O casal constitui, para o efeito, por eleição, “uma pequena sociedade para uso próprio” (Kellerhals, 1988:170) fazendo-se a escolha sobretudo em linha directa (ascendentes-descendentes). Consoante o tipo de relação e troca que se opera, assim se podem definir três “topografias de parentesco potencialmente diferentes”: a rede das afinidades, a rede de solidariedade e a rede de auto-protecção (Kellerhals, 1988:170). Quanto à rede das afinidades ela é a rede expressiva, sentimental, constituída pelas pessoas com quem se gosta de estar, cuja companhia se preza e investe, pessoas com as quais o indivíduo e/ou a família se preocupa, com a sua vida, com o seu futuro. A rede de solidariedade assenta sobretudo no dever-ser, sendo constituída por aquelas pessoas a quem se sente ter de ajudar, cuidar, despende tempo e esforço, independentemente de ter vontade e motivação ou não. A rede de auto-protecção é constituída pelas pessoas a quem se sabe poder recorrer em caso de necessidade de ajuda, nos momentos difíceis da vida.

Vasconcelos (2005:603) refere que “as redes de entreajuda familiar não existem de facto no vazio social, sendo antes caracterizadas por toda uma série de características sociais que as estruturam, tais como decorrentes do posicionamento relativo dos grupos familiares no espaço social, ou se quisermos da classe social das famílias.” Portanto, cada família tem recursos, bens, competências que pode ou não trocar e disponibilidades e vontades inerentes ao espaço social em que se inscreve.

A rede de parentesco de uma família, constituída por um casal, (com ou sem filhos), que nem sempre escolhe em unísono os membros da mesma, pode estar mais lateralizada relativamente a parentes de um ou de outro cônjuge. Isto quer pelas condições objectivas da realidade (já que tem de ter-se em conta a densidade traduzida na relação entre as pessoas escolhidas e as potencialmente elegíveis), quer porque um dos elementos polariza as escolhas. Esta rede pode ser mais ou menos homogénea consoante a existência ou não de relação entre

os dois lados do parentesco. As três redes abordadas podem constituir-se autonomamente e exclusivamente, sendo que os elementos que integram uma não integram outra, ou podem sobrepor-se num conjunto único, funcional. Isto parece ser o que, na realidade, acaba por acontecer (Kellerhals, 1988) tornando, assim, a rede subjectiva de parentesco "altamente significativa, complexa e integrada" e, por consequência da sobreposição, por vezes incapaz de dar resposta às necessidades.

O parentesco não pode ser, então, visto unicamente do ponto de vista emocional, mas tem também de ser equacionado do ponto de vista material, de troca de bens e serviços, assumindo as redes, desta forma, uma grande importância na economia das famílias, tanto nas suas vidas quotidianas como na sua trajectória social. Vasconcelos (2002, 2005), sobre as redes de apoio familiar no Portugal contemporâneo, apercebe-se de que as redes de solidariedade primária são, basicamente, uma rede de parentesco restrito, muito centrado nos progenitores do casal, sobretudo nas mães. As redes de apoio são, assim, em grande medida, redes de entreajuda feminina, tanto na lateralização, vindo a maior parte dos apoios do lado da família da mulher, como prestada por mulheres, portanto ao apoios são também gendrificadas. Outros estudos (Bott, 1954) referiam já este aspecto corroborado pelo autor, reforçando a ligação mãe-filha nas redes de solidariedade. Os homens participam nesta entreajuda, mas enquanto casal, não tanto individualmente. E as ajudas individuais que fazem situam-se sobretudo ao nível do património empresarial ou sócio-profissional. Um grande factor estruturante das redes é, deste modo, o género, bem como o são as desigualdades de classe. A associação entre classe social - capitais escolares e o tipo - volume das ajudas traduz-se na constatação de que a natureza dos apoios varia consoante os capitais específicos que cada classe tem objectivamente para dar, reproduzindo-se assim a estrutura social. A grande maioria das famílias não tem apoios sistemáticos de outros agregados domésticos. No momento actual, 51% da população não recebia ajudas quotidianas, sendo que as ajudas que apresentavam valores mais altos são o apoio moral e os cuidados às crianças. Nas grandes ajudas pontuais ao longo da vida as mais referidas são as festas (casamentos, batizados...), fornecimento de alojamento ou empréstimo para a habitação (Vasconcelos, 2005).

Relativamente à proximidade geográfica das famílias receptoras e dadoras de apoio, quanto maior for a proximidade geográfica maior o apoio (Vasconcelos, 2002, 2005). Estas ajudas não se fazem sem tensões (tanto na conjugalidade como na família alargada), jogando-se questões como lealdades, retribuições, preferências pessoais, interesses, culpabilidades, afectos, sentidos de dever, obrigações, dependência (Kellerhals et al, 1994). Esta questão tem especial pertinência na população alvo deste estudo já que, ao longo da vida, e da trajectória

de consumos receberam imensas ajudas que após o tratamento e tentativa de autonomização podem ser cobradas.

Numa perspectiva sistémica a família é um sistema em articulação com outros subsistemas externos a si, invariavelmente. Ela não é auto-suficiente para satisfazer todas as suas necessidades tanto materiais, como emocionais, como simbólicas.

3.1.3 Orientação e regulação

A família, no seu quotidiano, na sua organização, na sua trajectória, rege-se por determinadas orientações simbólicas, que simultaneamente orientam as práticas quotidianas e lhe dão sentido, perpetuando-as no tempo.

Esta perspectiva de análise da família refere-se, para já, aos objectivos manifestos do sistema familiar, ao núcleo central do sentido familiar. Roussel (Kellerhals, 1987) apresenta três tipos de orientação: o individualismo, o conjugalismo, o familiarismo. No primeiro é o indivíduo na família, o respeito por si e pelos seus projectos e expectativas que modelam as relações familiares. Não é cada um por si, mas é cada um pelo respeito da sua individualidade. Isto está presente tanto na relação conjugal como na educação parental, proporcionando os pais margens de autonomia aos filhos que lhes permita descobrir a sua identidade não contra o grupo mas dentro do grupo. A realização pessoal, a felicidade, os projectos individuais, as relações individuais têm neste modelo especial importância. No conjugalismo é o casal, a díade, o par, que funda a dinâmica do grupo, as suas expectativas, os seus sentimentos, o investimento na relação. No familiarismo é o grupo no seu todo que dita a dinâmica das relações mas com uma tónica especial nos filhos. São eles que dão sentido à união e ao grupo e é em torno deles que se procuram recursos e definem estratégias. O sentido familiar no primeiro o “eu”, no segundo o “nós-casal”, no terceiro o “nós-família.

Se a prioridade analítica for dada às finalidades familiares, então, trata-se de perceber se estas são mais expressivas ou mais instrumentais. Em Portugal e numa interpretação ainda que superficial dos dados referentes aos valores associados à família Almeida (Vala et al 2003) constata uma clara orientação para o conjugalismo e familiarismo. Por um lado, há como que uma conjugalização da felicidade, ou seja, a ideia de que para se ser feliz tem de se viver em casal. A receita da realização individual continua a passar pelo projecto de grupo, mais do que passar por referências directas e intrínsecas ao próprio indivíduo (Vala 2003: 52). A família moderna é representada como o lugar privilegiado para a troca de afectos, para relações de intimidade, privado e resguardado dos olhares do exterior, sendo o aspecto da vida

a que é conferido maior relevo. O ideal de casamento por amor é um dos pilares do imaginário contemporâneo sobre a conjugalidade. Neste sentido, é sobre os aspectos relacionais e afectivos que recai a supremacia dos resultados ressaltando a qualidade da relação como assaz importante. Continua também a ser muito forte o ideal da parentalidade como condição de realização plena, sobretudo nas mulheres, revelando uma parentalização da identidade masculina e feminina.

Farber (Kellerhals, 1987:160) quanto à orientação familiar, distingue três tipos de família consoantes as suas finalidades: a família orientada para a criança, a família orientada para o lar e a família orientada para os pais. Na primeira a tónica é colocada na instrumentalidade em detrimento da expressividade, insistindo na integração dos membros da família na sociedade, mais do que na vida familiar. Baseia-se numa divisão rígida do trabalho entre homem e mulher e privilegia a gratificação das crianças. Elas são o motivo de investimento no que se refere à integração social e à possibilidade de transcendência por parte delas, do estatuto social adquirido pelos pais. A família orientada para o lar é aquela que coloca a prioridade na expressividade. A tónica não é posta nos contactos com o exterior mas nas relações interpessoais, privilegiando os direitos e gratificações da criança em detrimento da liberdade dos pais. A figura do marido é mais relevada do que a da esposa apesar de a divisão de tarefas não ser tão rígida como no tipo anterior. Por último, a família orientada para os pais, caracteriza-se pela importância dada à gratificação emocional dos pais. A instituição não tem praticamente lugar, já que a integração social dos pais se prende sobretudo com a sua integração interna na família, sendo o individualismo mais marcado.

Muito ligado ao conceito de orientação está o de regulação familiar. Por ela entendam-se os mecanismos normativos que regulam os comportamentos familiares, a formação e grau de rigidez das normas colectivas do grupo familiar, as quais podem ser explícitas ou implícitas nos comportamentos.

Eles podem ser determinados internamente ou externamente falando-se correspondentemente de endoregulação ou exoregulação. No primeiro as trocas, a repartição da autoridade e do poder, a divisão do trabalho, são determinados pelo exterior sem que os membros do grupo familiar possam modificar as normas (o exemplo da comunidade cigana é paradigmático neste sentido). No segundo, a família definirá, ela própria, o seu próprio modo de se relacionar, os costumes, os deveres, dentro de uma visão mais tradicional ou modernista, mas auto-definida e não imposta. Como é óbvio, a família decide dentro das margens que a regulamentação legal lhe dá e de acordo com valores que vão sendo passados de geração em geração, de uma determinada posição social. Nesse sentido a liberdade nunca é total porque

há sempre condicionamentos. Mas o indivíduo, num projecto de reflexividade que a modernidade traz consigo, pelo espírito de confrontação e crítica a si próprio, à sua vida, à sua família, à sua sociedade, pode reduzir o condicionamento a níveis que lhe pareçam razoáveis com os seus ideais de bem-estar, não perpetuando padrões familiares por alienação e inconsciência.

Mas mesmo na actualidade coexistem formas de estar na família muito permeáveis às normas exteriores, como é a família instituição, até às formas menos permeáveis a uma absorção desses normativos sem que eles se enquadrem no ideal tipo de família que ela própria tem (como o fusional e o associativo).

Articulando os eixos coesão interna e regulação Olson (1991:47-81) cria uma tipologia que procura dar conta das dinâmicas familiares a que chama o “Modelo Circunflexo” e que se define pela conjugação de duas/três dimensões: coesão familiar, adaptação familiar e comunicação familiar. Muito sucintamente por coesão referindo-se ao grau de conexão ou separação do indivíduo do seu sistema familiar, havendo quatro níveis de coesão: desligado, separado, ligado e emaranhado. A adaptação familiar, por seu lado, mede a capacidade do sistema familiar mudar a sua estrutura no que se refere ao poder, aos papéis, às regras no sentido de dar resposta a uma situação nova decorrente da evolução familiar ou provocada pelo exterior. A este nível encontrou também quatro níveis: rígido, estruturado, flexível e caótico. Em qualquer uma das dimensões os níveis intermédios traduzam um equilíbrio familiar, enquanto os extremos traduzam vivências familiares problemáticas. Quanto à comunicação ela entra neste modelo como uma dimensão facilitadora porque permite um melhor manuseamento das duas outras. Competências comunicacionais positivas (empatia, escuta activa, comentários de apoios...) ou negativas (mensagens paradoxais, criticismo, não ouvir o outro...) condicionam o movimento familiar ao nível da coesão e adaptação.

A transmissão e a reprodução de quadros referenciais são veiculadas pela comunicação verbal e não verbal na família, por meio do processo de socialização que nela ocorre, sendo a mesma o lugar, por excelência, de construção de identidade, obedecendo a uma determinada lógica (Kellerhals, 2002): a lógica estruturadora desse processo identitário é de tipo institucional (valorizando as práticas que articulam a vida familiar com as instituições exteriores) ou então de tipo privada, na qual é a dinâmica específica das relações familiares que serve de motor à construção identitária. As fronteiras externas são mais abertas no primeiro caso e mais fechadas no segundo.

Para além destas fronteiras externas existem, na organização interna da família as suas fronteiras internas que regulam as relações consoante o tipo de laço existente e o grau de

interligação e definem os papéis de cada elemento, produzindo uma espécie de especialização funcional e hierarquiza os actores, uns face aos outros, consoante o poder que cada um tem. Esta hierarquização pode ser mais democrática (igualdade de direitos, obrigações e tratamento), ou mais autocrático (pelo comando baseado numa assimetria de poder).

Estas lógicas definem-se por meio de mecanismos como os referenciais, i.e. o conjunto de referências e de critérios que permitem à pessoa orientar-se no tempo e no espaço social e assim construir a sua identidade”, os transmissores ou o “conjunto de práticas colectivas através dos quais os referenciais do grupo familiar são colocados em acção pelos indivíduos” e dos actores que são “o substrato relacional que encarna e reproduz, por meio dos transmissores os referenciais do grupo familiar” (Kellerhals, 2002:549).

Os referenciais podem ser um grupo ou comunidade (por exemplo a CT), pode ser um lugar, uma cena ou personagem símbolo do grupo familiar e reforçador da coesão (a casa de família p.e.), pode ser o código constituído pelo valor base a toda a organização familiar (lealdade, honestidade, autenticidade) e pelas orientações axiológicas através das quais o grupo dá sentido às relações internas, podem ser pessoas ou grupos de pessoas modelo porque encarnam o desejável para o indivíduo ou família (um casal que é admirado pela sua relação).

Falando de referências simbólicas parece importante apelar ao conceito de Bourdieu (1980) de habitus, enquanto “sistema de predisposições duráveis e transponíveis, i.e., maneiras de perceber, sentir, fazer, pensar, incorporadas inconscientemente por cada indivíduo, decorrentes das suas condições objectivas de existência, da sua trajectória social”. Estas disposições embora podendo modificarem-se a partir das experiências de vida e da auto-confrontação pessoal (reflexividade) estão fortemente enraizadas e resistentes à mudança e embora adquiridas num determinado contexto são, segundo o autor, transponíveis para outros. Este conceito está, na teoria do autor, muito associado ao seu trabalho ao nível da reprodução social, já que remete para disposições e experiências que são decorrentes do lugar ocupado na esfera social, do trajecto socialmente efectuado. O habitus tem, assim, um carácter estruturado e estruturante porque “esse sistema de disposições duráveis e transponíveis, que integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de acções condiciona as práticas que estão objectivamente organizadas como estratégias, ao mesmo tempo que são incorporadas no habitus” (Bourdieu cit. in Seabra, 1999:20). As famílias são assim portadoras e produtoras de habitus no processo de socialização, orientação e regulação dos seus membros.

3.1.4 Uma tipologia de base

Neste capítulo foram apresentados quatro eixos de análise, autonomamente apenas por razões de melhor compreensão analítica. No entanto, tal permitiu o entrosamento de conteúdos e a integração dos contributos pertinentes de vários autores, importantes para melhor suportar o presente estudo. Contudo, estes eixos estão intimamente articulados e indissociáveis na realidade da vida familiar, uns explicando melhor os outros, tendo várias tipologias sido construídas a partir da sua articulação. Kellerhals constrói uma tipologia de famílias, resultando da conjugação dos eixos coesão interna, regulação e integração externa (Kellerhals, 1987:170), que será neste estudo utilizada como base. Esta tipologia distingue três tipos de família: o tipo Bastião, o tipo Companheirista e o tipo Negociação. A primeira, “bastião”, é caracterizada por uma coesão de tipo fusional, uma regulação fortemente normativa e por, em termos de integração, um recolhimento sobre si própria. A família “companheirista” caracteriza-se pela fusão ao nível da coesão, fundamentalmente comunicacional em termos de regulação, sendo geralmente aberta ao exterior. Na “Negociação”, a coesão assenta na autonomia individual dos membros da família, a regulação é de tipo comunicacional e, em termos de integração, são bastantes abertas ao exterior.

Aboim (Wall, 2005:231-302), conjugando a dimensão coesão interna e integração externa, identificou nas famílias portuguesas, seis tipos de interacção: paralelo, paralelo familiar, bastião, fusão aberta, confluyente, associativo. Verificou a diversidade de tipos presentes na realidade não havendo nenhum dominante. Notou contudo, que são minoritários os tipos centrados na autonomia como regra de interacção e majoritários os que reforçam a fusionalidade como ideário de força da conjugalidade portuguesa. Uma outra conclusão a que chegou é que existem diferentes formas de se estruturar a autonomia e a fusionalidade. Resumidamente, a autonomia pode ser mais tradicional ou modernista. A primeira está intimamente ligada a uma diferenciação clara de papéis de género do casal e ligada a um quadro de valores bastante institucionalista. A segunda está ligada a uma autonomia mais associativa, em que há uma vontade explícita de autonomia, de resguardo do espaço individual nas práticas quotidianas e uma relativa indiferenciação de género apoiada pela delegação das tarefas domésticas na maioria dos casos. O casal enquanto subsistema familiar assume aqui a sua centralidade distinguindo-se da centragem mais familiarista presente na maior parte das rotinas familiares fusionais.

Também a vivência da fusionalidade pode assumir contornos distintos. Uma das configurações é mais institucionalista, com uma vontade clara de fusão, associada a uma forte

diferenciação dos papéis de género (ganha-pão masculino, muitas vezes) e valores mais ligados à família enquanto instituição. Uma segunda configuração da fusão é mais companheirista, em que a procura do casal se faz acompanhar por valores mais modernistas de igualdade, dentro e fora de casa e se vê a conjugalidade como uma relação baseada na importância da comunicação a dois. A fusão proporciona uma maior partilha das tarefas domésticas pelo casal do que a associação, em que a delegação das tarefas domésticas é geralmente delegada a terceiros (empregada doméstica). A fusão e a autonomia não se produzem à margem de relações sociais de género (Wall e Guerreiro, 2005).

Também se verificou que os tipos de interacção não são alheios aos contextos sócio-económicos de vida dos casais. Apesar disso, “a representação da fusão como dever-ser da conjugalidade, ao constituir-se como ideário comum a vários grupos sociais, actua muito provavelmente, de forma algo transversal aos contextos de classe específicos, reiterando a importância, nas sociedades contemporâneas, do centramento romântico na identidade fusional do casal” (Aboim, 2005:300). A autonomia modernista aparece mais associada a contextos sociais detentores de mais capitais escolares e profissionais. Quanto à análise do efeito do tempo social sobre a vida conjugal pode verificar-se o progressivo aumento de tipos de conjugalidade mais orientadas para o companheirismo modernista, tanto a fusão como a associação ou a conjugalização e individualização, a primeira evidenciando a força da afectividade romântica e a segunda personificando o movimento ou evolução das sociedades modernas preconizando a autonomia como algo a preservar ainda que inserida no contexto da conjugalidade.

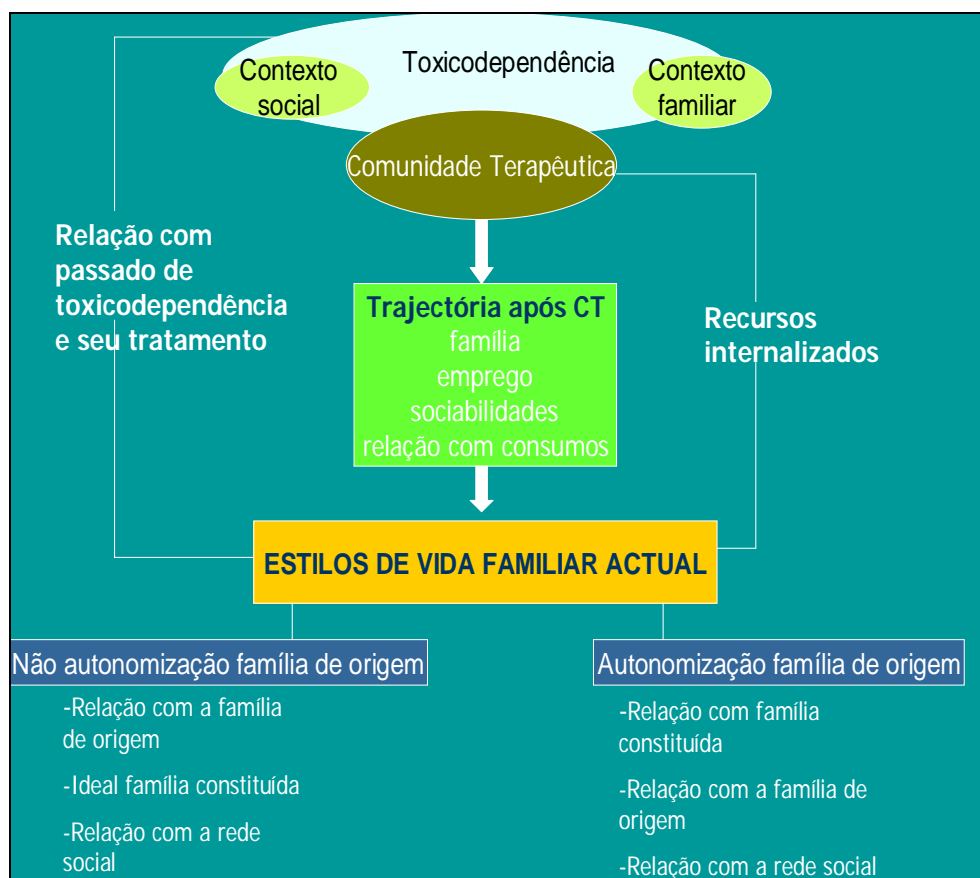
II Modelo de análise e estratégia metodológica

Construído o enquadramento teórico, é necessário confrontar a teoria com a realidade. Nesse sentido, o modelo de análise serve de grelha de questionamento do real, sendo um prolongamento do enquadramento teórico, procurando responder à pergunta inicial. É, assim, feita a junção entre a teoria e a empiria, o entrecruzamento constante entre ambas, numa dinâmica permanente ao longo de todo o processo de investigação.

4. Modelo de análise

O modelo de análise é constituído por um todo coerente e unificado, de conceitos e hipóteses, articulados entre si, que orientam o investigador e lhe permitem estruturar a sua pesquisa.

O esquema de relações conceptuais orientadoras da investigação pode ser demonstrado graficamente da seguinte forma:



Quadro nº 1 - Esquema de relações conceptuais orientadoras da investigação

4.1 Definição das hipóteses

As hipóteses são a antecipação de uma resposta provisória à pergunta de partida. São suposições fundadas na pesquisa teórica e no conhecimento empírico do real funcionando como fio condutor para toda a investigação. Como suposições que são, terão de ser confirmadas ou infirmadas, sendo para isso submetidas à verificação.

Foram definidas como hipóteses de investigação as seguintes:

- A trajectória dos ex-residentes, desde a sua saída da CT, até à actualidade, é feita de percursos múltiplos, consoante o sexo do ex-residente, a sua situação familiar à data da saída, a sua situação laboral ao longo da trajectória, a sua vida social e a relação, directa ou indirecta, com comportamentos inerentes à toxicodependência e respectivo estilo de vida.
- Apesar de, na sua trajectória após a saída da CT, se poderem encontrar vários percursos de coabitação, na actualidade haverá dois conjuntos principais de ex-residentes quanto ao seu processo de autonomização face à família de origem: os que co-residem com os pais (tendo ou não filhos a viver consigo e eventualmente companheira) e os que constituíram a sua família de procriação e com ela residem autonomamente.
- Os indivíduos que não se autonomizaram face à família de origem, quer imediatamente após a saída da CT, quer actualmente, fazem-no por experimentarem grandes dificuldades na transição para a vida adulta, tanto por dificuldades a nível emocional na separação parental, como por dados concretos da realidade (mercado de emprego difícil, baixos salários, mercado habitacional inflacionado) bem como, ainda, por representações assustadoras da vida adulta, conjugal e parental.
- Nos casos em que tenham estabelecido família de procriação, os modelos de conjugalidade predominantes, entre os entrevistados, serão o fusional e o associativo;
- Nos casos em que não tenham constituído família, os modelos de conjugalidade representados que projectam para uma futura relação conjugal serão também o fusional e o associativo.
- Nos casos em que tenham filhos, a relação parental será um dos grandes focos, senão o maior, de centramento familiar;

- Nos casos que não tenham (ainda) filhos, estes estão no centro dos seus projectos futuros, a par ou não, com uma relação conjugal estável.
- Os entrevistados incluem na sua rede social, como elementos importantes, outros ex-residentes, sobretudo ao nível das redes de afinidades, privilegiando a família de origem (nuclear e/ou alargada) nas suas redes de solidariedade e de protecção.
- Os ex-residentes que se encontrem a residir com a família de origem terão redes menos vastas e densas do que os que fizeram um percurso de autonomização face a mesma.
- Há diferenças de género que atravessam o estilo de vida familiar dos residentes.
- O facto de se ter feito um programa de tratamento em comunidade terapêutica influencia, segundo a percepção do próprio, o modo de estar em família do ex-residente na actualidade, tendo dado contributos para uma mudança, a nível da relação consigo próprio, com a família de origem, e também a nível da conjugalidade, da parentalidade e da rede social em que se movem.
- O passado de toxicod dependência do entrevistado estará presente a vários níveis da sua vida familiar, obrigando-o, na actualidade, a relacionar-se com as repercussões do mesmo.

É importante referir que as hipóteses foram, no decorrer do estudo, sendo afinadas, num diálogo constante entre a teoria e a prática, procurando, a cada momento, melhor espelhar o fio condutor de toda a investigação.

4.2 Apresentação do quadro de operacionalização dos conceitos

Definidos os conceitos em que se ancora esta investigação, e apresentadas as hipóteses norteadoras da mesma é, neste momento, necessário operacionalizar os conceitos desdobrando-os nas dimensões em que vão ser abordados e que, por sua vez, se ramificarão, se necessário, em categorias intermédias (as componentes), as quais, por sua vez, serão transformadas em indicadores, que estarão na base da estrutura do guião de entrevista.

O quadro de operacionalização dos conceitos é apresentado na sua globalidade no anexo nº 2- Quadro global de operacionalização dos conceitos. Para facilitar a sua leitura será, de seguida, apresentado de forma fraccionada, por dimensão de análise.

Quadro nº 2 – Quadro de operacionalização conceptual- trajetória de vida

Conceito	Dimensão	Componente	Indicador
Trajectória de Vida	Período Pós CT até à actualidade	Acontecimentos mais marcantes Dificuldades sentidas e pontos de equilíbrio encontrados	-família -emprego -vida social (latus sensus) -relação com consumos

Uma das primeiras preocupações é a de dar conta das especificidades das trajetórias dos ex-residentes, num determinado segmento temporal da sua vida, isto é, após a saída da CT até aos dias de hoje. Trata-se de, para melhor compreender o presente, contextualizá-lo num determinado percurso de vida, ainda que fraccionado. Note-se que não se pretende captar a história de vida do indivíduo na sua totalidade, pois não cabia no âmbito deste estudo. De forma a afunilar a análise circunscreveu-se esta trajetória a quatro áreas específicas da mesma: família, emprego, vida social e relação com consumos. Transversalmente, procura-se compreender, também nestas áreas, as dificuldades e pontos de equilíbrio encontrados ao longo do segmento da trajetória em análise. A família tem, logo na trajetória, um lugar central porque é o centro da pesquisa, procurando captar as várias configurações e relações até à actualidade. O emprego, sendo uma área central na vida de qualquer pessoa é um indicador da mudança e reinserção social do indivíduo. Na vida social dos entrevistados ao longo da trajetória, procurou-se captar a evolução das redes e das sociabilidades dos indivíduos e suas características. A relação com os consumos foi também definida como foco de estudo porque, em última análise, esta é a maior expressão da influência da CT nas suas vidas.

Quadro nº 3 – Quadro de operacionalização conceptual - relações familiares/coesão interna

Conceito	Dimensão	Componente	Indicador	
Estilo de Vida Familiar	Relações Familiares	Coesão Interna	Fusão vs Autonomia	Relação Consigo Próprio Relação Conjugal Relação Parental Relação com Família de Origem

Numa tentativa de captar os estilos de vida familiar dos ex-residentes procurar-se-á compreender que contornos assumem as relações familiares pela conjugação de quatro dimensões de análise: a coesão interna, a integração externa, a orientação e a regulação. Quanto à coesão interna existe a interrogação sobre se estas famílias tendem para a autonomia ou para a fusão dos seus membros, pelo que para fazer uma análise mais fina foi decidido procurar uma posição entre os dois pólos em quatro tipos de relações interligadas entre si: a individual (de cada um consigo mesmo), a conjugal (do casal), a parental (dos pais com os filhos), e a com a família de origem (dos entrevistados com os seus pais e irmãos eventualmente). Esta destriça pretende fazer revelar algumas nuances e, eventualmente, paradoxos na tensão fusão-autonomia entre os domínios de relação já apresentados. Por último, a este respeito, é de referir que a partir daqui se jogam desde logo algumas diferenças, consoante os indivíduos se autonomizaram da família de origem em termos residenciais ou se co-residem com a mesma.

Quadro nº 4 – Quadro de operacionalização conceptual - integração externa

Conceito		Dimensão	Componente	Indicador
Estilo de Vida Familiar	Relações Familiares	Integração Externa	Abertura vs Fechamento ao Exterior	<ul style="list-style-type: none"> -Percepção do exterior e espaços de conforto -Caracterização da rede social -Rede de parentesco dentro da rede social -Percepção da rede -Rede social individual em relação à rede familiar -Percepção das tensões com a rede -Momentos das vida pós CT em que a ajuda de outros foi importante -Tipo de ajudas recebidas na actualidade e prestadores da ajuda recebida

Ao nível da integração externa procura-se compreender o grau de abertura destas famílias ao exterior, captando as redes, actividades desenvolvidas com as mesmas, a percepção que o sujeito tem delas, bem como do “exterior” em si, as tensões existentes e, por último, as ajudas prestadas e recebidas (tipos, momentos e prestadores).

Quadro nº 5 – Quadro de operacionalização conceptual - regulação e orientação

Conceito		Dimensão	Componente	Indicador
Estilo de Vida Familiar	Relações Familiares	Regulação	Autoritarismo Vs Negociação	-valores mais presentes na vida familiar -distribuição dos papéis familiares -distribuição do poder -regras familiares -referenciais
Estilo de Vida Familiar	Relações Familiares	Orientação	Indivíduo Casal Família	-Percepção do maior núcleo de sentido familiar -Percepção de outras áreas de focalização forte da família. -Projectos para o futuro

Quanto à regulação pretende-se compreender quais as normas presentes no quotidiano familiar, as percebidas e as emergentes do discurso inconsciente ou indirectamente referidas, a distribuição e o exercício do poder, a diferenciação de papéis familiares, a importância da comunicação e as influências inspiradoras da organização familiar. No que se refere à orientação serão analisados os núcleos de sentido familiar em que o sujeito se situa.

Quadro nº 6 – Quadro de operacionalização conceptual - Percepção da Influência da CT na Vida Familiar

Conceito		Dimensão	Componente	Indicador
Estilo de Vida Familiar	Percepção da Influência da Comunidade Terapêutica na Vida Familiar			Recursos internalizados, aprendidos através da experiência de tratamento na CT e trazidos para a: - relação consigo próprio - relação com a família de origem - relação conjugal - relação parental - relação com as redes - regulação familiar - orientação familiar

Procurar-se-á perceber qual a percepção que o indivíduo tem dessa influência, tanto a um nível consciente, como indirectamente através da análise transversal do discurso. Isto apesar de se ter consciência da relatividade com que tem de ser equacionada a hipótese de captar, em rigor, a influência do tratamento na CT na vida familiar actual, dado que desde o tratamento e alta clínica (e tendo em conta os anos já passados) muitas foram as influências sofridas e que se conjugaram no estilo de vida que o indivíduo assume no presente.

Quadro nº 7 – Quadro de operacionalização conceptual - Relação com o passado de toxicodependência

Conceito		Dimensão	Componente	Indicador
Estilo de Vida Familiar	Relação com o passado de toxicodependência			<ul style="list-style-type: none">-Pensamentos mais recorrentes-Comunicação sobre o passado intra família- Comunicação sobre o passado fora família-Problemas familiares mais associados com o passado-(In)Existência de acompanhamento técnico (de grupo, individual, familiar) na actualidade-Repercussões na actualidade desse passado

Como já foi referido a toxicodependência, nesta pesquisa, não é central ao nível das “carreiras de consumo” (Sommer, 2004). Será aqui abordada enquanto uma doença que, pela sua cronicidade, acompanhará o indivíduo ao longo da vida, e trará várias repercussões em termos familiares. Assim, tentar-se-á captar de que forma o indivíduo se relaciona com este passado de toxicodependência e que impacto o mesmo tem na vida familiar, em termos dos pensamentos e memórias do mesmo, da comunicação ou não sobre o mesmo, da percepção da associação dos problemas familiares a esse passado, e das repercussões já referidas.

5. Estratégia metodológica

A estratégia metodológica engloba “o conjunto das operações através das quais o modelo de análise é submetido ao teste dos factos e confrontado com dados observáveis” (Quivy, 1992: 157). Depois de todo o percurso realizado em termos de investigação este é o momento de recolher do real, a informação necessária para responder à pergunta de partida.

Esta interrogação do real não é feita ao acaso. Ela segue um método conforme o tipo de informação que pretende: se mais intensiva ou se mais extensiva. No primeiro caso falamos do método qualitativo e no segundo do quantitativo. Um atinge universos mais reduzidos, outro, mais abrangentes. Como se poderá observar adiante, o presente estudo, assentando em metodologias qualitativas, pretende atingir a intensidade e profundidade possível, na análise desta realidade.

5.1 Objecto empírico, método e técnicas de investigação

As definições do método e das técnicas a utilizar, articulam-se necessariamente com o objecto em estudo, importando também a ele adequar o grupo alvo da pesquisa, ou objecto empírico. Seguindo a abordagem de Giele e Elder (1998:47), o objecto empírico é, neste caso, simultaneamente um grupo de indivíduos, contextualizados pela estrutura institucional (CT), e os próprios sujeitos, caracterizados individualmente por referência ao grupo de pertença do passado, no qual estão contextualizados. Existe assim, uma perspectiva individual e contextual de abordagem do objecto.

Assim sendo, o grupo em estudo é constituído por:

- 22 ex-residentes da Comunidade Terapêutica do Restelo;
- Saídos há pelo menos 4 anos (sendo que, à excepção de 2 entrevistados, todos os restantes saíram há mais de 5 anos);
- Saídos com “alta clínica” ou “alta a pedido” desde que se encontrassem abstinentes e estivessem contactáveis;
- Intervalo de idades rondará, em teoria, os 24 e os 53 anos;
- Grupo misto, apesar de maioritariamente masculino (16) tal como a população que integra o programa da comunidade terapêutica e tal como a população toxicodependente utilizadora das estruturas de tratamento;
- Oriundos de todo o país;
- Grupo transversal em termos de classes sociais.

Como estratégias de acesso à população utilizou-se uma listagem de alguns ex-residentes e seus contactos já existentes na instituição. É preciso referir que não existe uma base de dados dos contactos actuais do total de residentes que pudesse ser utilizada. A lista existente reúne os contactos e nomes de alguns ex-residentes que, aquando da sua vinda anual à CT, deixam os seus (novos) contactos. Portanto o ponto de partida de que se dispunha, era já uma pequena listagem afunilada do universo dos ex-residentes da CT, construída ao acaso, progressivamente acrescentada ao longo do tempo, sem qualquer intervenção por parte da investigadora. Procurando aumentar o nº de contactos possíveis, no dia do ex-residente de 2004 e no de 2005 (em que os mesmos são convidados a vir à CT para um dia anual de convívio) foi feita uma sensibilização para a sua participação na investigação, explicando e enquadrando o estudo, fazendo-se no mesmo dia uma actualização das moradas e contactos.

No dia do ex-residente de 2005 as condições de avanço da pesquisa permitiram iniciar a marcação das entrevistas, pelo que se marcou com alguns dos indivíduos presentes, no próprio dia, as que se realizariam nas semanas seguintes. Depois a estratégia foi de, à medida que as entrevistas iam decorrendo, ir vendo que situações não estavam a aparecer naturalmente e, aí sim, procurar casos específicos para que a amostra espelhasse o mais aproximadamente possível o grupo de ex-residentes da CT. A título de exemplo foi ficando cada vez mais claro que a maior parte dos entrevistados das primeiras entrevistas eram casados e com filhos e portanto procurou-se, com alguma dificuldade, alguns que não fossem casados e que não tivessem filhos. Depois alguns que vivessem com os pais, depois alguns que além da Hepatite C tivessem HIV, e por aí em diante. De qualquer forma procurou-se que o grupo de estudo se aproximasse o mais possível com a realidade (anexo nº3).

Este estudo tem como estratégia metodológica uma metodologia intensiva, já que se procura analisar em profundidade o grupo dos ex-residentes da CT, as características, as opiniões, no fundo a problemática do seu estilo de vida familiar (Almeida, 1994:198).

O método biográfico foi o escolhido, tendo com instrumento a entrevista semi-estruturada, no sentido de apreender a singularidade da experiência de cada entrevistado, no que se refere a um período da sua vida (desde a saída da CT até ao momento actual) e ao sentido que dá à sua vida familiar actual.

A técnica utilizada foi a do inquérito por questionário para a caracterização familiar e social do entrevistado bem como para algumas informações relativas ao internamento. Seguidamente à recolha destes dados realizava-se a entrevista utilizando um guião de base, (anexo nº 4), em que o desenrolar não directivo, no interior do guião permitiu pôr questões para clarificar os conteúdos, facilitando o aprofundamento de cada um dos temas previstos e permitindo a espontaneidade e fluência da entrevista.

As primeiras entrevistas serviram de entrevistas piloto, sendo que delas se concluiu necessário alterar a ordem, ainda que de base, não rígida, de alguns grupos temáticos de questões, por razões de melhor enquadramento e de estabelecer um melhor fio condutor das entrevistas. Assim, ao invés do grupo temático de perguntas sobre o impacto do passado de toxicodependência ficar no final do guião, o que deixava o entrevistado com uma disposição eventualmente negativa ao sair da entrevista, o que assumia um carácter pesado e eventualmente de risco para o próprio entrevistado, este passou para o princípio fazendo a ponte entre a saída da CT e o presente.

Relativamente ao processo de aplicação das entrevistas, este decorreu num período condensado de aproximadamente 3 meses (de Outubro a Janeiro de 2005). À excepção de 3

entrevistas, na sua esmagadora maioria estas realizaram-se, por opção dos entrevistados, no espaço físico da Comunidade Terapêutica do Restelo. Contrariamente ao que se esperava, já que imaginou que preferissem um espaço mais neutro, praticamente todos referiram a CT como local óbvio para a entrevista. Os três casos de excepção, por motivos alheios à sua vontade, tiveram a sua entrevista a desenvolver-se no Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) do Restelo por falta de um espaço na CT que reunisse as condições necessárias no momento da sua realização.

5.2 Sobre o processo das entrevistas – preparação, realização e tratamento

Foram efectuados 30 contactos, tendo 22 dos sujeitos contactados, aderido ao projecto. Dos 7 não aderentes um disse claramente não estar interessado, um faltou e ficou incontactável a partir daí, três justificaram plausivelmente a sua indisponibilidade e 3 não atenderam nem responderam às mensagens.

Há que referir que a maior parte dos entrevistados aderiu à colaboração no estudo, referindo logo no próprio contacto expressões como: “Eu devo muito a esta casa” e “esta casa ajudou-me muito e portanto naquilo que eu agora puder colaborar...”. Notou-se que os entrevistados se sentiram importantes e valorizados enquanto pessoas, protagonistas de uma história correspondendo a essa valorização.

As entrevistas tiveram uma duração que variou entre as 2h e as 3h30m, sendo que no contacto de convocatória os sujeitos eram avisados da duração mínima de 2 horas de entrevista para que se pudessem organizar no seu dia. Ao início muitos ficaram assustados porque pensaram “o que é que ela quer comigo que demore tanto tempo?” (estes comentários foram confidenciais depois da entrevista), mas, quer por curiosidade, quer por dívida, quer por se sentirem importantes... acabaram por aderir.

Foi muito interessante analisar a atitude dos entrevistados ao longo da entrevista. Uns entravam muito histriónicos, a querer esconder a ansiedade, o medo face ao que se iria ali passar, outros entravam muito desconfiados, com a voz trémula e a gaguejar, outros tossiam muito no início da entrevista, uma espécie de tosse seca. Um ficou com o nariz a pingar e com sintomas de constipação (que ao longo da entrevista desapareceram...). Enfim, isto para dizer que, se a maior parte vinha receosa para a entrevista, cada um à sua maneira, cada um com os seus motivos, com o decorrer da mesma foram-se sentindo mais à vontade, desinibindo-se, descontraindo-se, acabando por ficar com o sentimento de que falaram inclusive, de coisas que, pela sua intimidade, não tencionavam abordar, não dando pelo passar do tempo. Um

mais que outras, as entrevistas decorreram num ambiente de grande confiança e intimidade. O facto de a entrevistadora ser actualmente técnica na CT, não constituiu qualquer entrave dado que, na sua quase maioria, os entrevistados não tinham com a mesma qualquer tipo de relação, tendo a sua permanência na CT anterior ao ingresso desta na instituição. Esse facto permitiu o distanciamento desejado e simultaneamente não se traduziu em perdas para o momento da entrevista.

Parece extremamente importante referir que, para muitos, esta entrevista serviu como uma experiência reflexiva, na perspectiva de Giddens, de confrontação consigo e com a sua própria história, um ver-se ao espelho a si e à sua família, ao seu funcionamento, às suas relações. Muitos, no final, referiram que há muito não tinham um espaço assim, de paragem, para pensarem sobre a sua existência, o seu percurso, a sua realidade, saindo dali com projectos de acção decorrentes da elaboração, do produto, daquele acto social que é a entrevista: “quando chegar a casa vou falar isto com ... porque nunca falámos disto e acho que é importante”. Quando questionados sobre a avaliação que faziam da entrevista, as percepções encontradas foram:

- ◆ Entrevista como algo conhecido por já terem sido entrevistados em outros momentos, para outras investigações (trata-se de uma população de alguma forma habituada a “ser estudada”);
- ◆ Entrevista como oportunidade em si para reforçarem uma ideia importante junto de quem trabalha na área, vendo-a assim como um contributo individual para uma melhoria da intervenção e investigação subjacente;
- ◆ Entrevista como um momento de paragem, de reflexão sobre alguns conteúdos da sua vida, de análise e de elaboração dos mesmos redefinindo os seus sentidos. O que implicou a alguns entrevistados o confronto com dimensões da sua realidade mais dolorosas e difíceis.
- ◆ Entrevista como um ponto de partida para diálogos posteriores a ela com alguns dos mencionados como os cônjuges e os pais;
- ◆ Entrevista como um alerta, num sentido de relembrar algumas ideias percebidas como importantes;
- ◆ Entrevista como um momento de intimidade inesperada pelo facto de nela serem revelados conteúdos nunca abordados com ninguém por trazerem a si associados vergonha, culpa, etc. (como a vida sexual conjugal e extraconjugal, doenças e suas implicações, abortos....)
- ◆ Entrevista como um momento de tensão pelo regresso ao passado, por um lado, e pelo sentido de responsabilidade vs insegurança face ao que sentem que se esperava deles;
- ◆ Expectativas, prévias à entrevista, dissonantes com o efectivamente vivido, já que alguns esperavam uma entrevista muito mais directiva, mais limitativa nas respostas, com respostas de cruz, “mais superficial”, o que os deixava mais seguros tendo-se contudo deparado com uma liberdade de resposta que a alguns provocou um sentimento de estarem perdidos (apesar de estarem a corresponder às expectativas do entrevistador), a outros o de uma profundidade de certa forma inesperada na abordagem dos conteúdos sentida no final como muito mais produtiva do que se esperava. Expectativa também por parte de alguns entrevistados de que a entrevista se centrasse sobre o passado de toxicoddependência o que se traduziu numa agradável surpresa ao se centrar somente na trajectória de vida seguinte à Comunidade Terapêutica e momento actual da vida familiar.
- ◆ Percepção geral da entrevista como um momento positivo.

Depois de realizadas, as entrevistas foram transcritas integralmente, por três tarefas contratadas para o efeito, sendo posteriormente revistas pela investigadora a fim de evitar qualquer desvirtuamento e permitir uma “leitura flutuante” (Bardin, 1995:96). Após a transcrição foi utilizado nas suas funções mais básicas, o programa informático para a análise qualitativa de dados, o Maxqda. É um programa produzido para o efeito, que facilita a análise de conteúdo. Apresenta-se em anexo (nº 5) o sistema de codificação da análise já que é impossível apresentar todo o material resultante do uso do programa. A análise de conteúdo foi feita seguindo a metodologia proposta por Bardin (1995), sendo o programa utilizado como facilitador da mesma. Fez-se, dessa forma, uma análise temática e transversal das entrevistas em que definidas, à priori, as categorias de análise e construído o sistema de codificação, orientados pelas dimensões de análise, cada entrevista foi “retalhada” para que os conteúdos expressos pelos entrevistados fossem arrumados dentro das categorias. O conjunto de expressões dos vários entrevistados, dentro de cada categoria, foi impresso em papel e analisado transversalmente, evidenciando os núcleos de sentido mais notórios e os que, apesar de menos expressivos, eram considerados importante objecto de análise apesar disso.

III A investigação empírica

6. Apresentação dos casos

Far-se-á uma brevíssima apresentação dos dados mais significativos que caracterizam cada caso estudado. As entrevistas estão transcritas na íntegra (anexo nº 6), sendo ao longo do texto, feita referência ao número da página da citação da respectiva transcrição por entrevista.

António

Tem 40 anos, 11º ano de escolaridade, empregado numa empresa de transportes, vive em união de facto, tendo 5 filhos desta relação, 3 biologicamente seus e dois de uma relação anterior da companheira. É muito ligado aos filhos. A sua mãe faleceu há alguns anos e o pai faleceu quando ainda era criança. Não tem uma boa relação com os irmãos, devido à culpabilização pela morte da mãe. Apesar de não ser de Lisboa acabou por ficar a residir na cidade após terminar o tratamento em 1996. Nessa altura foi viver com uma ex-residente não tendo a relação dado certo. Não recaiu durante a trajetória. Vida social intensa com uns primos do casal. Tem dois amigos íntimos da CT.

Alberto

Tem 41 anos, 9º ano de escolaridade, mecânico. Vive actualmente com a mãe, que o trata como uma criança, procurando ele uma alternativa para se autonomizar. Viveu até há bem pouco tempo em união de facto, não estando esta relação ainda bem terminada. Tem uma filha com 21 anos, já casada, o que lhe provocou um grande desgosto, devido à raça do genro, e com a qual não tem praticamente relação. Divorciou-se após a saída da CT em 1995. Tem uma recaída circunscrita em Heroína na sequência do divórcio. É portador de HIV, sentindo-se discriminado no trabalho por isso. Vive para o treino de uma equipa de futebol da colectividade de onde vive.

Bernardo

Tem 36 anos, o 7º ano de escolaridade, chefe de armazém. É casado e tem uma filha que nasceu com problemas ao nível do desenvolvimento, o que foi sentido como um castigo por todo o percurso de toxic dependência. Tem um forte investimento na relação com a filha e na procura do conhecimento da doença. A mulher é doméstica por decisão. Tem uma boa relação com os pais que residem relativamente afastados, procurando compensá-los por todo o percurso de consumos e estilo de vida associado. Saiu da CT em 1999, nunca tendo recaído. Quando terminou o programa foi viver com outro ex-residente, até que casou com a actual mulher. Tem uma rede satisfatória.

Teresa

Tem 36 anos, o 9º ano de escolaridade, é sócia gerente de uma imobiliária. Tem um filho, anterior ao tratamento, divorciou-se do pai do mesmo, toxic dependente, após o tratamento concluído em 1995. Recaiu de forma circunscrita em haxixe e álcool, sempre acompanhada por relações de consumo: um ex-residente e o ex-marido. Actualmente é casada, por imposição do marido (muito mais velho) por questões de segurança patrimonial. Tem uma boa relação com o ex-marido e família constituída por ele. Sente-se muito culpabilizada com os seus pais e com o filho adolescente, por todo o passado. Tem uma forte ligação ao movimento partidário. Tem alguns amigos da CT.

Tobias

Tem 41 anos, o 11º ano de escolaridade, é sócio-gerente de uma imobiliária. Tem um filho de uma relação anterior ao tratamento, cuja mãe ainda é toxic dependente. O filho reside com os avós maternos, estando quinzenalmente com o pai. Vive em união de facto com uma companheira, num apartamento muito reduzido, que impede a vinda do filho morar consigo. Relação conjugal tensa, havendo dúvidas quanto à sua continuidade. Saiu da CT em 1995, tendo tido uma recaída circunscrita em álcool. Tem 4 colegas de trabalho que se transformaram em amigos íntimos, ajuntar a dois ex-residentes. Tem sentido uma grande pressão no trabalho e algumas dificuldades económicas.

Carla

Tem 40 anos, é repositora de supermercado, solteira e vive com os pais. Continua com o mesmo emprego que tinha mesmo antes da entrada na CT. Chegou a viver uma relação homossexual anteriormente à entrada para o tratamento, com uma toxicod dependente. Ficou muito marcada com esta relação, nunca tendo tido uma relação sem consumos envolvidos. Saiu da CT em 2002. Tem procurado investir em novas relações, tanto familiares como extra-familiares. Sente-se “tratada como uma menina” pelos pais, estando, neste momento, a dar-se conta da velhice dos mesmos e das implicações que isso acarreta para a sua vida e planos de autonomia. Não teve qualquer recaída.

Filomena

Tem 29 anos, um curso superior, e é assistente de marketing numa grande superfície comercial. Vive em união de facto com um ex-namorado da adolescência, o qual se está divorciar legalmente, tendo dois filhos com os quais estão aos fins-de-semana. Alguma tensão quanto à educação dos filhos do companheiro. Desde que saiu da CT em 1999, viveu com a mãe, tendo-se mudado para uma casa sua, que mantém, como forma de salvaguardar o seu espaço individual. Boa relação com o pai, fruto de um forte investimento ao longo do tratamento. A mãe está a reagir brutalmente à sua autonomização, sendo muito apelativa. Vida profissional muito intensa. Mantém relações da CT e da faculdade. Recaída pontual em haxixe numa festa.

Roberto

Tem 30 anos, o 9º ano de escolaridade, medidor de profissão. Casou e o casal pondera ter o primeiro filho. Tensão no casal por diferentes perspectivas do casamento e da liberdade individual. Quando saiu da CT em 1996 foi para casa dos pais, tendo posteriormente encontrado casa própria, mantendo ligação diária com os mesmos. Sentimento de culpabilidade inerente aos pais, agravada pela doença grave da mãe, com prognóstico muito reservado. Forte investimento no futebol e no tratamento de pombos. Sentiu-se várias vezes em risco de recaída tendo pedido apoio técnico. Rede com pessoas do bairro onde morou na infância e amigos da CT.

Nuno

Tem 38 anos, o 12º ano, tendo feito uma tentativa de tirar o curso superior na área de vocação (arquitectura), o que foi frustrante devido à incapacidade de conciliação da vida laboral, familiar e formação superior. Actualmente é delegado comercial. É casado com uma ex-residente e tem um filho. Tem uma relação distante e formal com os pais, não voltando para a terra de origem. Ao contrário, tem uma excelente relação com os sogros, que muito o acompanharam ao longo da trajetória após o tratamento. Saiu da CT em 1991e não teve nenhuma recaída. Certa tensão com a rede devido a amigos próximos que consomem.

Alexandre

Tem 37 anos, frequenta o ensino superior, e é desenhador projectista. Ficou em Lisboa depois do tratamento (2000), claramente para evitar a dependência familiar sobretudo materna. Conseguiu, desta forma, uma relação familiar mais harmoniosa, baseada na saudade e na festa. Depois de várias formas de co-residência, vive actualmente com uma companheira, também ela ex-residente, planeando um filho para breve. Esforça-se muito para vingar na vida, estando a ser em grande esforço a conciliação entre trabalho, vida familiar e académica. Procura rodear-se de pessoas sem historial de consumos. Tem uma boa relação com a CT.

Carlos

Tem 40 anos, o 7º ano de escolaridade e é serralheiro. Depois de uma passagem por casa de um irmão, tem vivido, desde a saída da CT em 2002, em casa dos seus pais, idosos, doentes e com um irmão que continua a consumir. Trabalha no mesmo sítio desde que terminou o tratamento. Teve uma relação com uma ex-residente, que tinha um filho, tendo construído planos de vida em comum que acabaram frustrados. Recentemente morreu-lhe um irmão. Na sua rede estão incluídos os ex-residentes, amigos do futebol (actividade imprescindível na sua vida), e amigos de infância. Procura um relacionamento amoroso que o preencha.

Hélder

Tem 41 anos, o 11º ano de escolaridade e é chefe de vendas. É casado e tem dois filhos, tendo vivido o nascimento de cada um dos filhos de forma absolutamente diferente em termos de amadurecimento. Durante vários anos, após a saída da CT em 1993, substitui a dependência de substâncias por outro comportamento dependente, razão que o levou a procurar ajuda profissional que tem mantido desde então. Boa relação com a família de procriação. Ressentimento profundo com a família de origem, (questões patrimoniais) com a qual mantém uma relação de distância, à excepção da mãe. Marcada tensão na relação com os seus sogros.

Armando

Tem 44 anos, o 6º ano de escolaridade e é cortador de carnes. Casado e com um filho. Boa relação familiar, estando a mulher mais ligada às questões domésticas e educacionais e ele mais ligado ao trabalho, à ascensão, ao progresso na vida. Relação com família de origem é boa, tendo de pôr alguns limites à sua mãe. O Pai faleceu. Receia a revelação sobre o passado ao seu filho, sendo um assunto na ordem do dia familiar. Gosta de períodos diários de solidão, geralmente no escritório. Vida social com ex-residentes e outros casais cuja relação foi recuperada após a saída da CT em 1990. Nunca recaiu.

Josefa

Tem 41 anos, o 11º ano de escolaridade e é trabalhadora numa lavandaria. É casada, tem dois filhos, um de uma relação anterior à entrada na CT e outro da relação actual. O companheiro tem o mesmo passado de toxicodependência e tratamento, embora numa comunidade diferente e é bastante mais novo. Teve dificuldade em recuperar a maternidade após o internamento por questões tanto familiares como económicas. Forte apoio familiar, sobretudo de uma irmã. Na sequência do rompimento amoroso de uma relação com um ex-residente teve uma recaída circunscrita em heroína. Os pais são idosos e doentes, necessitando de cuidados.

Cristino

Tem 40 anos, o 9º ano de escolaridade e está desempregado, há cerca de dois anos. É casado, tem dois filhos, sendo a mulher escriturária. As dificuldades económicas são grandes e, em alguns aspectos, supridas pela ajuda materna. A relação com os pais, sobretudo com a mãe é fortemente atravessada pelas cobranças inerentes ao passado e pelo reforço da dependência. A determinada altura da trajectória teve uma recaída circunscrita em heroína, tendo saído de casa e sido apoiado por um casal amigo na desabilitação física. A recaída em álcool é continuada.

Alma

Tem 36 anos, o 12º ano de escolaridade, e é empregada numa firma de contabilidade. Vive em união de facto com um ex-residente da CT, de onde saiu em 1999. Tem um filho de uma relação anterior e foi recentemente mãe da actual relação. Sofreu uma forte discriminação no parto devido à associação entre a hepatite C de que é portadora e a toxicodependência. Teve uma grande dificuldade no regresso a casa dos pais após o internamento pelos problemas inerentes à recuperação do papel de mãe do seu filho que tinha ficado aos cuidados dos avós. Tem uma irmã com um percurso semelhante de vida. A mãe faleceu recentemente. Sente que tem de cuidar do seu pai neste momento, apesar de se ter autonomizado.

Beto

Tem 37 anos, o 6º ano de escolaridade e é taxista. Vive em união de facto com uma companheira com um percurso de vida totalmente diferenciado do seu. Tem uma filha. Devido ao seu trabalho passa pouco tempo com a família. Assume claramente que a casa e educação da filha são responsabilidades da companheira. Enfatiza muito os momentos de lazer com a filha, que assume o centro da vida familiar. Não tem uma rede muito grande, tendo um grande amigo ex-residente. A sua mãe está muito próxima e dá uma grande ajuda familiar. Pai falecido. Não recaiu desde que saiu da CT em 1997.

Patrício

Tem 37 anos, o 5º ano de escolaridade e é auxiliar de armazém. É casado e tem um filho da actual relação. Tem um outro filho com a mesma idade e o mesmo nome de uma relação fortuita, ligada aos consumos, do qual só soube há pouco tempo e com quem está com alguma regularidade. Sonha que o seu filho possa vir a ter na vida tudo o que ele não teve, afectiva e economicamente. Relação relativamente distante da família de orientação, excepto com uma das irmãs. Vê os avós, com quem viveu durante muitos anos da sua vida, como seus verdadeiros pais. Fraca realização profissional. Rede reduzida mas eficaz. Não recaiu desde 1998.

Gonçalo

Tem 37 anos, 11º ano de escolaridade e é taxista. Vive actualmente em união de facto com uma companheira que já conhecia da adolescência e tem um filho. Desde a saída da CT, em 1998, que viveu ora sozinho ora com ex-residentes numa casa sua. Tem uma recaída pontual em haxixe no dia em que os pais assinam definitivamente os papéis do divórcio. Durante algum tempo teve uma vida social promíscua até à actual relação. Há histórias familiares que assombram o presente com a família de origem, com a qual tem uma relação pouco gratificante. Sentimento de desvalorização face ao irmão. Frustração na realização profissional.

Caetano

Tem 43 anos, o 6º ano de escolaridade e é empregado de mesa. É casado e tem uma filha. Saiu da CT sem alta clínica e viveu um enorme sucesso profissional após a saída. Frequentou e geriu os melhores locais de diversão nocturna. Actualmente sente-se profundamente desiludido com a superficialidade desses tempos. Atravessa um período de dificuldade, com uma precariedade laboral e instabilidade associada. Relação com filha é muito importante. Alguma incompatibilidade na vivência conjugal. Pais doentes e a necessitar de cuidados. Relação com irmão fragilizada pela inveja pelo tratamento diferenciado que tem dos seus pais. Tratamento e competição com pombos são o seu escape. Não recaiu desde a saída da CT em 1992.

Alfonso

Tem 33 anos, o 9º ano de escolaridade e é vendedor. É casado com uma namorada antiga e tem um filho. Transpõe a organização e o que aprendeu na CT para a vida quotidiana da família, com grande entusiasmo, apesar dos problemas daí advindos. O filho tem lugar central no seu quotidiano. Preserva os amigos e os lugares da adolescência, a eles retornando com regularidade, preservando o seu espaço individual. Relação tensa com família de origem, sobretudo com a mãe. Tem uma irmã que também já consumiu. Tensão assumida com cunhado. Subiu profissionalmente na empresa por mérito de desempenho. Nunca recaiu desde 1998.

Lena

Tem 37 anos, o 12º ano de escolaridade e é decoradora. É casada com um ex-residente e tem um filho. A vida familiar é descrita como um pouco caótica, pela diferença dos modelos familiares de cada um dos elementos do casal. Em termos funcionais a organização doméstica é bastante coordenada. Desde a sua saída da CT em 1991, passou por várias áreas profissionais, de todas tirando algum contributo. Fazer projectos, desenvolvê-los e partir para outros fazem parte da sua vida. Tem uma relação próxima com a família de origem apesar de residirem afastados. Não recaiu desde a saída da CT.

7. Caracterização sócio familiar dos entrevistados

Os entrevistados (anexo nº7) são maioritariamente do sexo masculino, entre os 33 e os 57 anos de idade, encontrando-se a trabalhar (à excepção de um único caso) em áreas sobretudo ligadas aos “Serviços e Vendas”, por conta de outrem. Vivem na sua quase totalidade com a família de procriação (anexo nº8), unidos por laços mais ou menos formais. Dezasseis casos vivem a sua primeira conjugalidade, iniciada, na sua grande parte, após a saída da CT, com cônjuges com uma escolaridade igual ou superior à sua. Têm na sua maioria apenas um filho (anexo nº 9), da relação actual ou anterior, podendo viver ou não consigo, no caso dos homens. Em termos de género, as mulheres parecem ter níveis de escolaridade superior, viver em conjugalidades fundadas em laços menos formais, sendo que metade das entrevistadas vive a sua segunda conjugalidade. Os seus companheiros têm idades próximas das suas ou consideravelmente superiores ou inferiores. As mulheres apresentam cônjuges mais paritários em termos de escolaridade e profissão, e parece ser mais notória, a escolha de companheiros com uma história de vida semelhante à sua, quer em termos de toxicodependência quer em termos de tratamento.

Na família de orientação (anexo nº 10A e 10B) os pais dos entrevistados situam-se nas faixas etárias entre os 50 e os 78 anos de idade, tendo alguns já falecido. A morte de pessoas da família de origem representa um traço marcante na caracterização dos entrevistados e da população com uma história de vida semelhante. As escolaridades dos pais são tendencialmente baixas, tendo trabalhado sobretudo por conta de outrem e em profissões pouco especializadas, sobrepondo-se, comparativamente com os filhos, uma certa sobre representação em áreas profissionais como os “Serviços e as Vendas”. Vivem conjugalidades maioritariamente formais, sendo sobretudo o pai que, em caso de divórcio ou viuvez, mais facilmente constitui nova família. As mães fazem-no apenas em caso de viuvez. Em termos de fratria têm em média um a dois irmãos, com idades entre os 31 e os 50 anos, com escolaridades, em mais de metade dos casos, até ao 9º ano, ficando neste escalão um pouco abaixo dos entrevistados, apesar do percurso de vida destes. Contudo verifica-se, em termos de ensino superior, que os irmãos se encontram sobre-representados comparativamente aos entrevistados. A maior parte dos irmãos encontra-se casada, havendo um número razoável com um passado ou presente semelhante ao passado de toxicodependência do entrevistado, podendo esse dado constituir um factor de risco se não devidamente acurado.

8. Trajectória de vida após a saída da CT até ao momento actual

8.1 A Família

Formas e Percursos de co-residência

Na trajectória dos residentes entrevistados, após a saída da CT, pôde verificar-se uma mobilidade grande na sua co-residência. Na actualidade pode-se logo à partida identificar dois grandes grupos: os que vivem com a família de orientação, mais concretamente os pais, e os que vivem com a sua família de procriação. No primeiro conjunto encontram-se apenas três casos: Carlos, Carla e Alberto. Apesar disso, são três casos distintos.

Figura nº8 A. Percursos de co-residência, ao longo da trajectória pós CT, dos ex-residentes a viver actualmente com família de orientação

Comunidade Terapêutica ► Família Orientação		Nº de Casos
1. Comunidade Terapêutica ►	Família de orientação	► 1
2. Comunidade Terapêutica ►	Casa de familiares ► Família Orientação	► 1
3. Comunidade Terapêutica ►	Família de Procriação ► Família Orientação	► 1

Um sai da CT directamente para casa dos pais. Outro sai da CT para casa de um familiar e, posteriormente, muda-se para casa dos pais. O último, volta para casa dos pais depois de um processo de divórcio. Nas razões para viverem actualmente com os pais identificam-se duas ordens de factores: os individuais (medo da recaída, o medo da solidão, receio face a novidade e questões económicas, no sentido de sozinhos não poderem arcar com todas as despesas inerentes à autonomização comodidade de despesas, mesmo que divididas) os familiares (velhice e doença prolongada dos pais, retribuindo pelo cuidado, toda a ajuda por estes prestada durante o seu percurso de toxicoddependência). A culpabilidade é assim, inimiga dos percursos de autonomização podendo funcionar como oponente a esses percursos.

Quanto aos que actualmente vivem com a família de procriação, são múltiplas as combinações de formas de co-habitação até chegar à actual. Identificam-se, assim, 7 percursos nos quais cada um dos residentes se integra exclusivamente.

Figura nº8 B. Percursos de co-residência, ao longo da trajectória pós CT, dos ex-residentes a viver actualmente com família de procriação

Comunidade Terapêutica		Família de Procriação		Nº de Casos
1. Comunidade Terapêutica	Casa de Saída	Sozinhos	Família Procriação	2
2. Comunidade Terapêutica	Casa de Saída	Família Procriação		2
3. Comunidade Terapêutica	Casa dos Pais	Família Procriação		5
4. Comunidade Terapêutica	Casa dos Pais	Sozinhos	Família Procriação	3
5. Comunidade Terapêutica	Com Ex-Residentes	Sozinhos	Família Procriação	3
6. Comunidade Terapêutica	Com Ex-Residentes	Família Procriação		1
7. Comunidade Terapêutica	Família Procriação			3

Por aqui pode perceber-se que, apesar de a forma final de estar em família ser com a família constituída, até lá chegar há várias combinações. Nota-se uma adaptação gradualmente crescente a formas mais próximas da vida adulta. Em alguns casos houve necessidade de sair da CT, voltar para casa dos pais e depois constituir família, reproduzindo assim as trajectórias clássicas de passagem para a vida adulta. Noutros, formas mais modernista foram assumidas mais rapidamente, passando por experiências de individualização crescentes, prévias à constituição de uma família sua. Este parece ser um traço importante encontrado, já que 9 dos 22 residentes, após a sua saída da CT, tiveram a experiência de viver sozinho previamente à forma actual de estar em família. Viver sozinho foi, em alguns casos, uma condição necessária para as etapas relacionais seguintes, como no caso de Roberto: “Acho que foi bom, acho que foi um passo importante, acho que para eu hoje estar bem isso contribuiu muito, eu arranjar um espaço e, ter a minha privacidade, ter as minhas responsabilidades, ter essas coisas acho que é muito importante” e Lena: “Ajudou-me imenso ao equilíbrio, foi o encontrar-me comigo mesma de novo e já não ter de ser tão rigorosa comigo começar a libertar-me no meu espaço, sem ter de ser na rua ou com os outros, não. Era libertar-me comigo mesma. Foi o meu processo de ir ao encontro comigo mesma”). Em qualquer dos casos percebe-se a importância que a experiência de viver sozinho teve para a sua vida actual. Num dos casos está em causa sobretudo a auto-responsabilização pela gestão quotidiana das dimensões concretas da vida. Noutro, está, sobretudo, em causa um processo individual de reencontro consigo próprio após várias experiências rodeadas de outros.

Se para alguns o viver sozinho é uma libertação e reencontro consigo próprio e com a sua condição de adulto, foi possível compreender como tal situação também pode representar, para uma população com o percurso de vida de consumo de substâncias como esta, um risco

associado à recaída. Ao longo do percurso de toxicodependência, nos momentos em que se sentiam mais sozinhos, os consumos emergiam para preencher o vazio relacional em que muitas vezes se encontravam. Na sua trajectória após o tratamento, alguns nem sequer experimentam esta possibilidade porque a percebem automaticamente como um risco (Carla, 7) outros experimentam-na mas procurando estar e sentir-se constantemente acompanhados, evitando ao máximo os momentos do dia sozinhos.

Nestes 7 percursos há algumas considerações a fazer. Em primeiro lugar, alguns residentes puderam, após terminar o seu programa de tratamento na CT, experimentar a transição para uma vida “normal” através de uma estrutura de apoio que existiu durante algum tempo, a Casa de Saída. Esta tinha um modelo de funcionamento já mais próximo da vida quotidiana que cada um teria, com regras menos restritas mas ainda assim contentoras e de suporte.

O regresso a casa dos pais, é uma decisão baseada na necessidade e no medo. Muitas são as dificuldades sentidas nesta experiência e prendem-se, sobretudo, com a pressão de não poderem errar ou desiludir os pais, a desconfiança básica de que se sentem alvo, a idade avançada dos pais, o voltar ao sítio onde se consumia, o encarar os vizinhos e amigos de bairro, a falta da dinâmica de grupo da CT, e com o medo de voltar aos mesmos hábitos que estavam associados ao consumo. Como refere Josefa (1): “Foi difícil primeiro voltar para casa dos meus pais. Por várias razões, estava aqui habituada a estar com muita gente e de repente estava sozinha e os meus pais já têm uma certa idade e complicou-se um bocadinho. Difícil também por voltar ao sítio onde consumia, onde vendia, pronto, encarar os vizinhos todos que ficam sempre desconfiados.” Alguns, como o Roberto (5), logo que tiveram oportunidade, procuraram alternativas, ou viver sozinhos ou com a sua família de procriação.

No retorno a casa dos pais há aqui uma nuance em termos de género. 5 de 6 mulheres voltam para casa dos pais depois do internamento enquanto apenas 4 de 16 homens o fez. Uma hipótese explicativa tem a ver com o assumir da maternidade. Dos 5 casos, 3 fazem-no pelo facto de terem a seu cargo a responsabilidade dos seus filhos, até ao momento ao cuidado dos avós. É um regresso quase natural, sem grandes questionamentos, mas sempre com o projecto de sair e construir o seu próprio espaço. Depois de algum tempo, com a vida mais organizada, há a possibilidade de se ponderar a saída de casa dos pais e de se autonomizarem. A este respeito refere Josefa (1): “Quando saí queria organizar-me, arranjar casa, mas não houve possibilidades. Tive de voltar para casa dos meus pais. Não foi fácil.” Comparativamente só 4 de 16 homens entrevistados voltaram para casa dos pais imediatamente a seguir à saída da CT.

Mas nestes percursos houve ainda quem, ao longo da trajectória tivesse morado com companheiros de tratamento. As razões apontadas podem resumir-se em duas ordens de factores: uma de carácter económico (divisão de despesas inerentes à renda da casa, alimentação, água/luz/gás), outra de ordem mais relacional e de protecção (interajuda e apoio que uns podem dar aos outros, já que tiveram um percurso idêntico, história comum e objectivos actuais idênticos). A esse respeito refere Gonçalo (3):” (...) quando decidimos ir viver juntos dissemos: “é pá, aconteça o que acontecer vamo-nos agarrar um ao outro e vamos ser leais um ao outro, que isso é meio caminho andado, sermos sinceros um com o outro é meio caminho andado”. No entanto nem tudo é positivo nesta experiência, já que tal implica uma necessária partilha de espaços, tempos, rotinas, tarefas, filosofia de vida e de relacionamentos pessoais.

Nestes percursos a transição para as experiências seguintes faz-se gradualmente sendo cada etapa vivida com grande intensidade. Estão em jogo objectivos a atingir, medos e expectativas face ao futuro.

Relações familiares

Nesta trajectória na relação com os pais, a desconfiança é a atitude mais predominante e marcante, sobretudo no período inicial e o principal foco de problemas de adaptação à realidade de viver novamente com eles. Apesar da vivência de tratamento, mais ou menos partilhada, os mais pequenos sinais que reportem ao passado de toxicoddependência, não tão longínquo, fazem despertar memórias difíceis e com elas o medo de que a mudança não tenha sido suficiente. Alma (2):” Eu é que vinha diferente e via as coisas de maneira diferente. Portanto em termos de desconfiança existia na mesma, qualquer situação que ela achasse menos clara, ela desconfiava mas por razões de droga não por outra razão qualquer. Uma pessoa pode desconfiar, mas por outra razão qualquer. Não... Mas a minha mãe até ganhar confiança em mim... (...) Pronto, foi muito complicado. (...) tinha que esperar e que tinha de haver um tempo para ela voltar a confiar em mim, que ia demorar, ia demorar certo tempo, pronto. Em relação a essa parte foi complicado.” As saídas nocturnas são o mote para muitas destas desconfianças. Como refere Bernardo (45): “... No início foi aquilo que eu disse, no início saía um dia à noite, dois dias, ... começavam logo pensar que eu já tinha voltado ao mesmo... Com aquilo que eu aprendi, juntei os dois falei, estive a explicar que não, que era totalmente diferente”. Neste caso houve a capacidade de falar sobre o assunto de uma forma

frontal e adulta, o que nem sempre aconteceu. Ainda assim, a tendência, segundo os entrevistados é para que esta desconfiança vá gradualmente perdendo peso.

Além da desconfiança, a maioria dos que voltaram a casa dos pais referem como dificuldades de adaptação à realidade de viverem novamente com eles: a pressão sentida, as regras impostas, a ansiedade dos pais, a idade avançada e o estado de saúde dos pais, o tédio e a frustração da vida familiar quando comparada à vida na CT. Esta última razão está bem descrita nas palavras da Filomena (3): “Eu lembro-me que ao início era muito aborrecido porque estava habitada a uma grande interactividade aqui havia sempre gente havia sempre coisas a acontecer”.

É importante referir que este confronto com a realidade familiar tem que ser entendido numa base em que o grande pólo de mudança é o ex-residente que muitas vezes, equivocadamente, coloca demasiadas expectativas de mudança nos seus pais. No processo de tratamento, os níveis de mudança dos residentes são, e têm obrigatoriamente que ser, incomparavelmente superiores ao dos seus pais. A este respeito refere Alma (2) que: “as coisas foram como elas tinham sido até então porque não mudaram. A minha mãe, continuou a ser minha mãe, da mesma forma e o meu pai a mesma coisa. Eu é que vinha diferente e via as coisas de maneira diferente.”

Se os que retornaram para casa dos pais referem desta relação sobretudo as dificuldades, os que não o fizeram (Lena, 3) referem o apoio forte que eles lhes deram apesar de não estarem juntos. Daqui se conclui que autonomização não significa necessariamente perda do apoio familiar. Se não voltar para casa dos pais pode representar já, por si, uma certa autonomia, nesta autonomização podem verificar-se vários níveis experimentados: desde os que fizeram apenas visitas pontuais, tendo uma vida completamente independente (Helder, Alexandre entre outros), aos que todos os dias fazem pelo menos uma refeição na casa dos pais (Roberto), apesar de nela já não residirem, ou aceitam regularmente ajudas monetárias ou em serviços para sobreviverem. Para alguns isto é descrito com uma certa vergonha, para outros como algo normal.

Co-residentes ou não com os pais, quase todos referem o esforço dos mesmos, para que, neste processo após a saída da CT, não pôr em risco o processo de tratamento do filho, facilitando-lhe a vida no que podem. Como refere Tobias (39):” Foi um período... engraçado. (...) Voltar para casa dos meus pais foi uma decisão complicada, mas acabou por ser engraçado... a grande diferença é que me faziam tudo, eu não fazia praticamente nada.”

Ficou também claro haver a necessidade por parte dos entrevistados de, após o tratamento fazer um certo acerto com o passado, através dos movimentos possíveis de

reparação e compensação, de ambas as partes, para poderem seguir em frente, de uma forma mais adulta. Acrescenta ainda Tobias (39): “Tive aquilo que nunca tive quando era jovem. (...) Acabou por ser libertador. Tipo “Agora sou eu e sei o que quero e estou aqui a dizer-vos o que quero””.

A existência de sentimentos contraditórios em relação à comunidade terapêutica foi também referida como um aspecto importante desta relação, já que a mudança do ex-residente afecta a estabilidade familiar de vários anos. Se, por um lado, parece existir um orgulho no resultado do percurso de tratamento dos filhos, traduzindo-se isso num factor positivo da relação (António,34), incentivando-se as visitas e as actividades com a mesma, por outro, foi possível constatar a pressão familiar para o cortar de laços entre o ex-residente e a ct (Carla, 7) vista agora como um símbolo de um passado que se quer esquecer e apagar da memória.

Também a temática da doença e da morte é bastante evidenciada nesta relação. Em 10 entrevistados ela tem uma expressão forte: 5 têm um dos pais ou ambos a viver uma situação de doenças prolongada e incapacitante e outros 5 viveram, neste período após a saída da CT, a morte de um dos progenitores com tudo o que isso implica em termos de dor, sofrimento, culpabilidade, encargos, responsabilidades acrescidas. A este respeito relata Carlos (9): “Nessa altura o meu pai tinha ido para o hospital. Tinha tido um princípio de uma trombose... como é que se chama... e a minha mãe já estava doente e eu vim uns dias para tomar conta dela.” O dever de cuidar é o sentimento predominante. Ele está ligado ao sentimento de culpa em que o seu passado de toxicod dependência tivesse contribuído ou causado a doença ou a morte. Mas está também ligado à necessidade de retribuição e gratidão dos cuidados que os pais lhes prestaram durante muitos anos durante esse mesmo percurso.

Em relação aos irmãos, é importante referir que, aquando do seu regresso a casa dos pais, alguns ex-residentes (Carlos, Josefa, Alma) co-residiram com irmãos que, ou continuavam a consumir substâncias ou tinham feito ou estavam a fazer um tratamento na altura, com o que isto representa de risco sobretudo no caso de ainda consumirem, mas também de preocupação em toda a dinâmica familiar para não repetir comportamentos ligados ao tempo dos consumos. Nos casos em que os irmãos não consomem, a questão da (des)confiança é também referida com o agravante de o cônjuge dos irmãos terem um nível de tolerância menor, sentindo-se menos compelidos a suportar na sua própria casa situações sentidas como duvidosas, (Carlos, 7).

A decisão de ficar em Lisboa, longe da residência da família de origem é também uma decisão com implicações para a relação com a mesma. Verificada em 3 dos casos entrevistados esta decisão está intimamente ligada a uma estratégia de não voltar para casa

dos pais o que aconteceria se voltassem, ou seja, seria impensável voltar para a vila ou cidade e alugar ou adquirir casa própria. É uma decisão que acarreta insegurança mas, paradoxalmente, que proporciona segurança na medida em que possibilita estar mais perto do núcleo de relações e espaços sentidos como protectores. É, ainda, uma forma de evitarem hábitos, relações, lugares, memórias cujo confronto diário e constante é sentido como ameaçador ou indesejado simplesmente. Ela é investida de uma forma de autonomização que encapota uma estratégia de evitamento e de protecção de determinados problemas familiares e proporciona a segurança de estar perto da CT.

Relativamente à relação dos ex-residentes com os companheiros conjugais 13 dos entrevistados casaram, ou começaram a viver em união de facto, após a saída da CT, 2 divorciaram-se, 5 voltaram para uma relação já existente previamente à data de entrada na CT (um dos quais se divorciou) e 4 viveram relações de co-habitação com outras pessoas que não os companheiros actuais. A tendência para uma trajectória que culmina no viver em conjugalidade, seja ela formal ou informal, acontece, na maior parte dos entrevistados, no período após a saída da CT.

Dos 22 entrevistados, um numero interessante ou saem da CT com relações com ex-residentes ou rapidamente após a sua saída iniciam uma relação com um ex-residente (Filomena, Alma, Lena, Josefa, Nuno, Carlos, António, Alexandre). Em 4 dos casos entrevistados elas culminaram na relação actual, assumindo traços de durabilidade até ao momento. Para esta endogamia, em que os companheiros são escolhidos dentro de um círculo de convivência restrito, terá contribuído o sentimento de insegurança face a relações novas e ao futuro em geral. O domínio do conhecido aparece, desta forma, como resposta a algumas angústias e ansiedades iniciais. Também o desejo de estar numa relação em que pouco mais precisa de ser dito em relação ao passado, onde não se sintam recriminados ou não aceites pelo seu percurso de toxicoddependência, onde a linguagem é a mesma, onde a inter ajuda foi algo aprendido em comum são razões percebidas para este facto acontecer. O desejo difere da realidade já que estas relações, salvo os quatro casos referidos, acabam por fracassar nos seus intentos ou por recaída de um dos elementos, ou por outros factores inerentes a uma qualquer relação. Na actualidade são percebidas como grandes erros, por uns, ou como simplesmente relações fracassadas, por outros. Refere António (3): "Acho que foi um erro...Acho que precisava de alguém que estivesse ao pé de mim. Gostava dela, mas de facto foi um erro (...)"

Voltar a relações do passado como mais uma tentativa, baseada na mudança inerente ao tratamento com um passado de toxicoddependência comum ou não, também foi um cenário

encontrado no caso de Teresa, que acabou numa recaída pontual da mesma e no fim da relação. São relações que comportam um grande risco mas que a necessidade de uma família “prêt-a-porter” envolve de expectativas pouco consistentes.

Também o divórcio, após o internamento, na sequência de uma reconciliação durante o internamento é vivido como um factor de grande stress e provocador de forte desorientação e desorganização financeira, perda da casa, coincidindo com um período de consumo circunscrito (caso de Alberto).

Outro factor de stress encontrado neste grupo (no caso de Bernardo) é a doença da companheira, traduzindo-se num momento de grande questionamento sobre a existência. Naquele momento, o entrevistado percepção os factos à luz de uma lógica vingativa da vida. Tudo o que tinha feito de mal a si próprio e aos outros, tudo o que os tinha feito sofrer, estava-lhe agora a ser cobrado. Este foi um momento de alto risco, percebido enquanto tal pela rede social, que agiu e se activou como rede de apoio protectora.

Cinco casos no grupo de entrevistados (Alberto, Cristino, Patrício, Armando e Caetano), regressaram no pós tratamento, para a sua a família constituída, onde mais uma vez a (des)confiança inicial e a incerteza da eficácia do programa de tratamento estão bem presentes, como refere Cristino (10):” Da parte da minha mulher havia uma certa desconfiança sempre”.

Há um único caso (Alfonso) que manteve, após a saída da CT, o namoro prévio ao tratamento, tendo a relação durante este percurso evoluído para uma conjugalidade formalizada pelo casamento. De resto, as conjugalidades actuais emergem no pós CT e depois de uma a duas relações significativas fracassadas e/ou de várias relações esporádicas, que parecem caracterizar o período pós alta.

Na relação com os filhos há que salientar a variabilidade de situações existentes neste grupo de entrevistados. Assim, há os que após a saída da CT (anexo nº 11): partem para esta trajectória já com filhos de relações anteriores ou da relação actual; os que saem da CT sem filhos alguns e que conhecem a maternidade/paternidade durante esta trajectória; tendo já filhos previamente à entrada na CT renovam a experiência após a saída da CT; os que nem antes nem depois tiveram filhos; os que tendo ou não filhos na actualidade, tiveram durante esta trajectória ou têm na actualidade uma relação parental com os filhos do companheiro(a).

A tendência foi ter filhos após a saída da CT, facto que é perfeitamente compreensível já que até aí, a desorganização, a imaturidade, a irresponsabilidade inerente à vida de consumos se incompatibilizava com o projecto parental. Com o que o tratamento pressupõe em termos de mudança pessoal, com o amadurecimento/consolidação das relações, com a

estabilização da vida profissional e no seu todo, aí sim, o ideal de ter um filho ou o simples facto de o ter, parece acontecer.

O desejo de repetir a experiência parental parece ser um fenómeno mais feminino já que 2 das 3 entrevistadas que já tinham filhos à data de entrada na CT, virão a ter um segundo filho após a sua saída da CT. Isto, possivelmente, na esperança de poderem viver a experiência da maternidade por inteiro, de forma completamente diferente da primeira, geralmente fruto de relações associadas ao consumo.

Nos casos em que os entrevistados já tinham filhos à data da entrada na CT, 3 mulheres (de 6) e 5 homens (de 16) um dos problemas que tiveram de enfrentar neste percurso após a saída da CT foi o recuperar as relações com os seus filhos enquanto pais e responsáveis por eles, com sentimento de legitimidade e com as condições emocionais, financeiras e físicas necessárias. No caso das mulheres, tal significa retirarem esse papel, a um dos seus familiares, geralmente às suas mães ou irmãs. As dificuldades podem ser colocadas pelos próprios familiares que até aí tinham tido a seu cargo a tarefa de cuidar da criança no sentido de abdicar desse papel. Mas podem também ser colocadas pelos próprios filhos, no sentido de não reconhecerem e aceitarem o desempenho da função parental pelas próprias mães, questionando a autoridade, sentindo-se num conflito de lealdades entre a mãe e os avós. Pode ainda ser colocadas pela própria mãe/pai, evitando desempenhar o seu papel durante algum tempo, por factores individuais. Além disso a inexistência das condições globais que precisam de estar reunidas para poder cuidar autonomamente de uma criança acrescem a qualquer uma destes cenários ou constituem, por si só, o grande foco de dificuldade. Para fazer face às dificuldades descritas, o retorno a casa dos pais parece ser a solução encontrada. Não é uma tarefa fácil como conta Alma (3): "Ela (mãe) acabou por ser sempre, sempre a mãe do Bernardo e eu acabei por não ser, era mais a irmã mais velha ou coisa do género, mas não era. E o facto de eu querer assumir esse papel e enquanto a minha mãe foi viva tive grandes dificuldades em assumir-me". Já no caso de Teresa (1) estava em causa a terceira ordem de factores, o que é claro nas suas palavras: "(...) Em relação ao meu filho, evitei uma proximidade de mãe, (...). Hoje tenho consciência de que o evitei aí durante uns três anos. (...)". Também Josefa (1) refere a este propósito as suas dificuldades que se prenderam sobretudo à inexistência de condições que lhe permitissem ter o seu filho consigo: "E o mais difícil por causa do meu filho (...) porque o meu filho foi para a escola do Cacém e eu não conseguia ir trabalhar e ir buscá-lo e levá-lo, não era possível porque a casa da minha irmã, com quem ele ficou durante o tratamento, ainda é longe. Então praticamente era só ao fim-de-

semana que a minha irmã mo trazia, ficava comigo o fim-de-semana, durante a semana estava na escola e ficava na casa da minha irmã.”

Já nos homens que têm filhos à data da saída da CT, a paternidade vai sendo assumida progressivamente, em part-time em algumas situações. Eles não sentem uma pressão tão forte, como as mulheres entrevistadas, no sentido de assumir as responsabilidades de pai, ou porque os seus filhos residem com a mãe, ou porque residem com os avós maternos. O desprendimento é maior porque a responsabilidade imposta sobre si pela família é menor, não sendo também tão fortemente reclamada pelos mesmos. Neste sentido é notórios a centralidade dos filhos no discurso feminino, não acontecendo o mesmo no masculino.

A relação parental vai sendo, ao longo da trajectória, atravessada por situações de divórcio dos pais, de doença dos filhos, de desemprego, com todas as implicações relacionais que daí advêm.

Em síntese, a diversidade de situações encontradas dificulta a constituição de tipologias a respeito das relações familiares ao longo da trajectória após a saída da CT. Contudo, podem já distinguir-se 3 dimensões relacionais. A relação com a família de origem, a relação conjugal e a relação parental. A primeira assume nuances consoante se tenha voltado a viver com os pais ao longo da trajectória ou não. Caso tal tenha acontecido, a relação é marcada sobretudo pelos problemas de confiança, pela dificuldade de adaptação à realidade de viver novamente com os pais e pela existência de irmãos com o mesmo problema (com consumo actual ou em pós tratamento). Nos que se autonomizaram, é sobretudo referido o forte apoio dos pais ao longo da trajectória. Em ambos os casos a relação com a família de origem é atravessada por um sentimento de forte culpabilidade face ao passado, pela necessidade de reparação e compensação da relação e pela forte temática da doença.

Na relação conjugal a tendência é para que ela se constitua após a saída da CT. Nota-se uma certa tendência para, num período inicial relativamente à saída da CT, se estabelecer uma conjugalidade com companheiros de tratamento. Das várias situações em que isso acontece apenas 4 evidenciam sucesso.

Na relação parental a tendência também é para ter filhos após o tratamento, não obstante a multiplicidade de situações verificada. A repetição da parentalidade é sobre-representada no feminino, e o exercício da mesma é diferenciada em termos de género. A mulher esforça-se para a assumir em pleno, com todos os problemas que daí advêm na relação com os seus próprios pais, enquanto o homem faz uma transição mais gradual e muitas vezes em part-time.

8.2 Emprego e formação profissional

Procurando compreender a trajetória dos sujeitos em termos de emprego, abordar-se-ão os percursos de emprego, após a saída da CT até aos dias de hoje, percebendo os trajectos, os promotores, os problemas sentidos e o lugar da formação profissional na vida dos sujeitos.

Trajectos de emprego

Logo à partida, podem encontrar-se três grupos, quanto ao emprego no momento da saída da CT: os que saíram do programa terapêutico sem terem começado a trabalhar (Caetano e Carlos); os que voltaram para o emprego que já possuíam à data da entrada, estando de baixa temporária ou de licença enquanto faziam o programa de tratamento (Alberto, Patrício, António e Beto, Carla); os que iniciam um novo trabalho, no período final do programa, nele continuando ou não ao longo da trajetória (os restantes 15).

Voltar ao trabalho antigo nem sempre é possível, grande parte das vezes, porque por questões que se prendem aos consumos e estilo de vida associados, os residentes acabam por perder os seus empregos entrando na CT já como desempregados. Ainda assim, há exceções como o caso de Carla (5): “Saí e fui trabalhar. Retomei o meu trabalho. Parece que sou dos poucos casos que mantém o emprego (...) Já trabalho para esta empresa há 15 anos. Portanto mesmo neste percurso de droga eu nunca perdi o emprego.”

Retomar o emprego após o tratamento pode ser facilitador porque reduz a ansiedade inerente à procura e face ao desconhecido. No entanto, pode colocar problemas de re(inserção) nas equipas de trabalho, de confiança por parte dos empregadores e colegas, exigências para o restabelecimento da confiança, de que é exemplo a experiência de António (2): “(...)Sabiam dos meus problemas com o consumo e foram um bocado resistentes. Tive de fazer despistagem de droga durante dois anos, de seis em seis meses, fiz tudo como eles queriam. Montes de testes de despistagem.(...) Era só a mim. Em caso específico”. Também a este nível Carla (5) refere: “E em relação ao trabalho, quando comecei o trabalho foi aquela questão de eu ter aquele estigma e as pessoas iam pensar que: olha aquela era drogada e agora voltou. Eu sabia que não ia ser fácil.” Por vezes pode ser contra-indicado voltar para o emprego antigo por este estar associado aos consumos, tanto pelo espaço físico e suas memórias, como pelas companhias (Patrício, 1).

Procurar novos trabalhos é difícil, dentro do que são as suas expectativas e habilitações, dentro das ofertas do mercado de trabalho. A insegurança de não saber se se vai conseguir, os receios das perguntas durante as entrevistas de emprego, ligadas aos anos em

que consumiram e estiveram inactivos, a culpabilidade de não ter aproveitado algumas oportunidades, tornam este processo muito angustiante.

Analisando os percursos de emprego nas trajectórias, encontram-se duas tendências: a da manutenção e a da mudança. Na primeira encontram-se os que se mantiveram sempre no mesmo emprego, mudando eventualmente de departamento ou subindo na carreira (Alberto, António, Carla, Filomena; Patrício; Alexandre). No segundo evidenciam-se os que, ao longo da trajectória, mudaram de emprego, podendo subdividir-se em três grupos: por um lado, os que mudaram de emprego várias vezes até estabilizarem num nos últimos 5 anos, (Gonçalo); por outro, os que mudaram várias vezes de emprego, com maior ou menor durabilidade, continuando numa situação imprevisível e inconstante (Caetano, Cristino, Lena) e, por último, os que mudaram de emprego apenas uma a duas vezes (Armando, Josefa, Tobias, Alfonso; Beto; Roberto; Teresa; Carlos, Hélder, Nuno, Bernardo, Alma).

Conclui-se que existe uma certa tendência para a estabilidade nestes trajectos. É sobretudo nos primeiros anos, após a saída da CT, que se verifica alguma inconstância. Mudança não significa necessariamente instabilidade, apesar de uma curta permanência em sucessivos postos de trabalho, ser indicador, ou de precaridade dos contratos, ou de insatisfação das funções desempenhadas, entre muitas outras possibilidades. Tal verifica-se nos 3 casos em que os entrevistados mudaram mais de 3 vezes. Dois deles estão, neste momento, numa situação de grande precaridade laboral, estando um desempregado há mais de 2 anos (Cristino) e outro está a trabalhar num local pouco desejado por si, mal remunerado, com um percurso muito polarizado entre empregos excelentes e empregos considerados detestáveis (Caetano). A outra situação (Lena) é um caso de “irrequietude”, mantendo, ainda assim, no seu percurso, uma certa linha orientadora.

Parece não haver grandes clivagens de percursos de emprego em termos de género. As mulheres entrevistadas não se encontram sobre-representadas em nenhum dos percursos. Apesar disso, 2 das 6 mulheres encontram-se no grupo dos que mantiveram sempre o mesmo emprego. No entanto 12 dos 16 homens mudaram de emprego, 9 dos quais entre uma a duas vezes. Menos presos a responsabilidades familiares, os homens entrevistados sentem-se, possivelmente, mais livres para procurar o emprego desejado e daí poderem trocar mais vezes de emprego. Contudo é uma conclusão muito relativa.

Como promotores de emprego, entendendo aqui as pessoas que ou directa ou indirectamente, abriram a possibilidade de emprego a um dos entrevistados, ao longo do seu percurso, podem encontrar-se, sem predominâncias de uns sobre os outros: antigos patrões (Patrício, Beto, Tobias); familiares (Armando, Tobias, Josefa, Roberto); amigos (Bernardo,

Teresa, Cristino, Caetano, Alberto, Lena); companheiro (Filomena); ex-residentes (Alfonso; Gonçalo, Carlos); os próprios (Bernardo, Alfonso, Helder, Nuno, Lena).

A ajuda prestada por ex-residentes é um facto interessante, verificado na prática, com uma natureza cíclica, já que os que são hoje ajudados por ex-residentes a encontrar emprego, mais tarde ajudarão outros a consegui-lo, ou seja, são eles próprios promotores de emprego de outros.

A necessária gestão do estigma de serem vistos como “ex-toxicodependentes” no seu local de trabalho, mau relacionamento ou dificuldades na relação com os colegas ou patrão, sujeição a situações de stress continuado, trabalhos monótonos, são alguns dos problemas emergentes nos discursos a propósito dos empregos ao longo da trajectória. Como motivos de saída de um emprego para outro fora referidos os problemas com álcool, fim de contrato, ordenado e condições de trabalho pouco gratificantes, falta de pagamento, falências das empresas, saturação, escassas perspectivas de futuro, redução drástica de ordenados a partir de determinado momento, problemas com os seus próprios empregados, (no caso dos trabalhadores por conta própria), medo de trabalhar “na noite” e de recair nela, mau ambiente de trabalho (roubos por colegas, por exemplo), saturação, cansaço do trabalho, locais de trabalho muito fechados. À excepção dos problemas directamente ligados ao confronto com o passado de toxicodependência no trabalho, todos os restantes problemas e motivos de saída dos empregos poderiam encontrar-se em qualquer outro grupo de entrevistados, não havendo especificidades a realçar. São problemas transversais a todos os trabalhadores, inerentes ao mercado de trabalho e seus actores.

Dois dos entrevistados (Carlos e Roberto), saindo da CT em datas próximas de outros residentes, foram trabalhar com eles para o mesmo emprego, tendo sido um factor de segurança e estabilidade e inter ajuda. Como refere Carlos (4):” As dificuldades... Não estou a ver assim grandes dificuldades porque quando saí daqui fui trabalhar com uma pessoa que me estava muito próxima, com quem andava todos os dias, portanto continuámos a manter aquela coisa de falar... não sempre... mas quando era necessário...até criámos aquela coisa de não era preciso falar para perceber como é que estava o estado de espírito do outro, da outra pessoa. Nesse aspecto foi bom...”

Na actualidade, apenas um dos entrevistados se encontra desempregado. Contudo, ao longo da trajectória, alguns passaram por essa situação, ainda que mais ou menos temporária consoante os casos (Caetano, Cristino, Bernardo). De qualquer forma esta situação provoca uma enorme instabilidade e insegurança familiar, sendo vivida como um grande factor de stress, de questionamento, de desorientação, de teste da rede de suporte, de desvalorização.

Em dois casos podem encontrar-se situações de irregularidade no sistema de emprego, encontrando-se os sujeitos em determinado período da trajectória, a receber o subsídio de doença ou o subsídio de desemprego, continuando a trabalhar em pequenos “biscates” ou na construção civil paralelamente (Cristino e Alberto).

Quanto à formação após a saída da CT, alguns entrevistados desejam, quer por necessidades do mercado de trabalho, quer por motivações mais intrínsecas, continuar os estudos ou fazer formações profissionais, iniciais ou complementares. Duas de 6 mulheres fizeram formação após a saída da CT, uma universitária, outra profissionalizante (Filomena e Alma). Nos homens, um fez um curso de motorista de táxi e de instrutor de natação, exercendo ambas as profissões (Gonçalo). Outro concluiu o 12º ano e fez o 1º ano de uma licenciatura, não tendo conseguido conciliar trabalho e estudos, acabando por desistir (Nuno). Outro continua a fazer a licenciatura, encontrando-se no 3º ano, sendo que, para conseguir conciliar o estudo, com trabalho e vida familiar, em cada ano lectivo faz apenas um semestre. Dois dos homens (Gonçalo e Nuno) viram a suas expectativas de estudos goradas, não se encontrando a exercer a profissão que gostariam, por falta de habilitações.

É de notar a generalizada falta de referências à dificuldade de conciliar a vida familiar com o trabalho, quando abordados a respeito da sua trajectória em termos de emprego, desde a saída da CT até aos dias de hoje. Apenas um dos homens, Beto (11), refere que no futuro a questão se porá: “ (...) agora, logicamente, sei que em termos familiares, se calhar daqui um ou dois anos vou ter de optar por isso. A minha pequenina começa a crescer e torna-se mais complicado. Eu tirando a parte da hora do jantar e o fim-de-semana, pouco tempo estou com a família, com a minha mulher e a minha filha...”.

Em suma podem-se verificar 3 situações face ao emprego após o tratamento: os que saem sem trabalho, os que voltam para o antigo emprego e os que iniciam um novo trabalho, sendo este o maior conjunto. Verificando-se duas tendências nos percursos de emprego, uma no sentido da manutenção, outra no sentido da mudança de posto de trabalho, é evidente uma certa estabilidade nos trajectos, sendo os primeiros anos, após o tratamento, os mais atribulados. O desemprego atingiu apenas 3 indivíduos e mantém-se em apenas 1 deles. Ao longo da trajectória foram gerindo o “estigma de ex-toxicodependente”, cada um de sua forma, ou seja, como algo vivido, como algo receado ou assumindo e enfrentado o passado pelo sucesso do presente.

8.3 Vida social durante a trajectória

Pode perceber-se que há dois momentos distintos, na vida social dos entrevistados após a sua saída da CT. Não são totalmente estanques e foram organizados consoante o tipo de relações predominantes na vida social. Num primeiro momento, que dura de forma mais ou menos generalizada cerca de 1 a 3 anos, a maioria das relações estão ligadas à CT e tratamento. Num segundo momento, o leque alarga-se e diversifica-se, dando também lugar a pessoas que vêm do trabalho, dos cursos, a amigos de amigos e amizades antigas reconquistadas.

No primeiro momento há uma grande intensidade de actividades sociais, como almoços/jantares, cinemas, festas, saídas à noite, futebol, passear, viagens, telefonemas...à excepção das viagens que são referidas apenas por uma residente (Lena). Todas as demais actividades são referidas pela generalidade dos entrevistados, uns com mais frequência que outros, variando os companheiros de actividade. Neste período procuraram recuperar todo o tempo perdido e gozar da liberdade plena em contraste com a organização, as regras e a estrutura da CT. Como refere Bernardo (1) a este respeito: “Foi um ano em que quis aproveitar tudo... ir para discotecas, ir aquelas coisas todas... a gente está muito tempo ali fechado e de sair à noite, de ir para o Algarve, de ir para o Norte dar uma volta, foi um ano assim um bocado intenso de... de maluquices não é, sem consumos, sem nada, sempre limpo”. As relações amorosas, durante este período, são pouco duradouras, muito instáveis e sucessivas, apesar de haver, neste aspecto, diferenças de género. À excepção de um caso, Teresa, não há referência a este período de “loucura” pelas mulheres. Como refere Helder (4):” tive várias namoradas, umas a seguir às outras, até que encalhei na minha mulher...A minha experiência na altura era: eu tinha uma namorada, aquilo era agradável ao princípio, de repente começava a ser assim problemático e eu terminava e partia para outra...”

Os locais de encontro são variados como cafés, cinemas, casas uns dos outros, restaurantes, espaços ao ar livre, discotecas, ...que contrastam com os da actualidade, os quais apelam, sobretudo, a programas mais caseiros e privados, centrados no espaço “casa”.

Neste período, as relações significativas estão maioritariamente ligadas às pessoas da CT: ex-residentes que fizeram o tratamento consigo, ou residentes que continuam a fazer o tratamento, tendo feito parte do seu grupo de tratamento durante algum tempo. Armando refere (4):” Vinha aqui, vinha muitas vezes à Comunidade. Pronto, durante uns dois anos acompanhei sempre muito, pronto, a Comunidade e as pessoas da Comunidade. E fiquei com muitos amigos que nem tiveram comigo no internamento, pronto, e a maior parte deles nem

tiveram comigo no internamento.” Progressivamente vão-se conhecendo pessoas fora deste círculo, ajudando a amplificar os relacionamentos, a raios cada vez mais alargados. As dificuldades sentidas na trajectória tais como, sentirem-se deslocados fora da CT, os “outros” terem uma linguagem, postura e comportamentos diferentes dos seus, e o medo da recaída, do desconhecido, do risco, podem explicar esta circunscrição relacional às pessoas da CT. A importância, para a generalidade dos entrevistados, das relações ligadas à CT advém também da reduzida rede de relações que possuem quando saem da mesma. Isto porque tiveram de retirar da sua “lista de contactos” as relações de consumos, que constituíam o grosso das suas relações à data de entrada. Além disso, as relações prévias ao internamento e que eram vistas como saudáveis tiveram de ser reconquistadas o que demora o seu tempo. A inter ajuda funciona tanto ao nível dos que ou saíram mais ou menos ao mesmo tempo, pares de tratamento, como dos que já saíram em relação aos que ainda estão no programa.

Os entrevistados que não eram naturais de Lisboa e, após o tratamento, nela decidiram ficar a residir, aproveitam ao máximo as relações construídas na CT. Muitas das suas relações significativas estão geograficamente afastadas, como foi o caso de António (5): “Quando saí agarrei-me um bocado a ex-residentes que tinham estado cá comigo. Estava cá em Lisboa e como antes não fazia vida em Lisboa, não conhecia muita gente em Lisboa, claro. (...) Tive sempre dois ou três amigos aqui da Comunidade, um era o meu padrinho, mantive sempre um certo contacto”. Alexandre (5) complementa: “(...) O que me aconteceu nos primeiros tempos é que continuávamos a encontrar com os ex que também saíam ou aqueles que andaram aqui connosco e fazíamos programas também: voltinhas, combinávamos cinemas, combinávamos festas na casa deste e na casa daquele. Portanto, a gente acabava por se continuar a encontrar. O fio não é quebrado logo, logo quando a gente sai, pelo menos com aqueles ex-residentes que já tinham saído e que agente conhecia. Eu nunca me senti sozinho cá em Lisboa nos primeiros tempos. Nunca...”

Por sua vez, as relações de quem sai da CT para a família de procriação, centram-se mais ou na família, ou em casais, quer de ex-residentes, quer de amigos antigos, que se reaproximam progressivamente. Foi o caso de Armando (4): “Agora os outros amigos, nós tivemos, nós tínhamos casais amigos já de há muitos anos e que reatamos outra vez e começámos a sair com mais frequência e pronto, depois apareceram outros novos.”

Num segundo momento a vida já estava mais (re)organizada. As experiências vividas desde a saída, profissionais ou outras, foram ajudando a abrir o leque de relações, passando as relações directamente relacionadas com a CT, a ter um lugar menos evidente em número, mas igualmente importante na qualidade. As relações que se mantiveram ganham em intensidade

mas perdem em quantidade. Como dizia o residente Alfonso (10), a propósito de uma relação que nasceu na CT, mas que com o tempo e experiências vividas continuamente, acabou por extrapolar a CT: “Hoje em dia ainda tenho duas amizades fortes. Tenho um ex-residente, que é uma pessoa com que quase todas as semanas estou ou falamos muito assiduamente. Já extrapola a comunidade. É uma amizade que já ultrapassa a comunidade, é uma AMIZADE”.

Para esta perda de relevo das relações directamente ligadas à CT parecem concorrer alguns factores. Por um lado a vida evolui, assim como as relações, umas mantendo-se, outras não, umas multiplicando-se, outras intensificando-se. Como refere Alexandre (5):” Eles vão-se mantendo mas aos poucos aos poucos vão-se alterando também. Há pessoas que imigram, há pessoas que começam a ter filhos e começam a ter uma vida mais estável, não saem tanto. As pessoas também começam a dar corpo aos projectos que vão fazendo e vão ficando mais absorvidas por esses projectos, vão aparecendo menos. Depois, ao mesmo tempo, há outras amizades, há outras relações que se criam. E começa-se uma vida nova, começa-se uma vida diferente.” A influência da CT vai perdendo peso perante outras experiências, instituições, serviços, que vão fazendo emergir outras relações. Por outro lado, à medida que o tempo passa, o sentimento de segurança vai sendo maior, o que permite arriscar mais facilmente em novas relações e projectos. Depois, alguns dos companheiros de tratamento na CT podem ter recaído, deixando de fazer parte do leque de escolha, por opção, numa estratégia de protecção pessoal. Ainda por outro lado, os elementos mais dinamizadores das relações, vencidos pelo cansaço de serem sempre eles a criar espaço e ocasiões de encontro deixam de o fazer, ou por desmotivação pela relação ou para testarem a importância da mesma. A este propósito diz Filomena (21): “Nós aqui vivemos na mesma casa por isso ao fim do trabalho está tudo no mesmo sítio. Quando se sai, começa a estar um em cada ponta da cidade. E está frio e está cansado, não sei quê, eu não tinha carro, as outras pessoas não tinham carro, que é o normal e acaba por ser mais difícil as pessoas encontrarem-se. (...) É assim, eu vou ter com as pessoas uma, duas, 10, 20 vezes e depois também há dias em que me apetece que as pessoas venham ter comigo, que não me apetece ser eu a caminhar para elas. Às vezes cria-se um interregno de muito tempo porque as pessoas também não vêm ter comigo.” Com as voltas da vida, há alguns contactos que naturalmente se perdem. A recaída de um ex-residente é uma dessas voltas que faz com que se possam perder relações e contactos. Tal aconteceu a Josefa (7) : “E a Mariete costumava sair comigo,...e depois a partir daí nunca mais a vi. Às vezes ainda telefonávamos. Mas depois não sei... Ainda pensei que era por ela andar sempre com muitos telemóveis. Mas nunca mais consegui falar com ela. Não sei o que é que aconteceu. Aqui há

tempos, dois meses para aí, vim aqui a Belém e lembrei-me vou telefonar para ela, se ela tiver por aí vamos ter com ela. Liguei várias vezes e ela não atendeu. (...) E continuo sem saber o que é que se passa.”

A euforia dos primeiros tempos vai dando lugar a programas mais calmos, mais privados, em lugares mais reservados ou pelo menos não tão públicos ou de massas. Já não se sente, com tanta intensidade, a imperatividade de viver o que não se viveu e já se pode começar a viver o que realmente se deseja viver, de uma forma mais optativa. Como refere Carlos (6): “Também foi um bocado uma aprendizagem. Ao princípio... ao princípio não, mas quando começaram a acontecer coisas mais complicadas, sem me aperceber, comecei a sair aos sábados à noite – só saía ao sábado à noite. (...) Era uma escapatória que eu arranjava. Primeiro arranjei a desculpa do “Ah, é só ao sábado à noite”. Mas depois comecei a ver... não é só ao sábado à noite. Por que é que tem de ser ao sábado à noite? Por que é que tenho de sair se posso estar com as pessoas e não tenho de estar a beber demais... pronto, arranjei aquele equilíbrio... posso sair à mesma, com as mesmas pessoas, ir aos mesmos sítios, sem ter aquela necessidade de... ter de vir para casa alterado. Tive de perceber ... não era só o facto de ser uma noite. Era uma noite que tinha de servir de escapatória.”

As novas situações familiares que se vão constituindo, as exigências profissionais que se vão encarando com um maior sentido de responsabilidade, o amadurecimento pessoal, vão fazendo cair algumas actividades anteriormente desenvolvidas para dar lugar a outras, que se impõe ou por necessidade ou por vontade. As actividades, inerentes à vida social, na generalidade das trajectórias mantêm-se, em relação ao primeiro período, mas a regularidade muda. Tornam-se mais pontuais.

A quase totalidade dos entrevistados refere que ao longo da trajectória foi tendo uma vida social preenchida. O único caso, Cristino (1), que refere o isolamento como tónica na trajectória, ou porque se afastou da CT, ou porque os amigos fora dela tinham seguido rumos diferentes de vida e estavam num outro patamar, é também o único caso com desemprego mais duradouro na trajectória e de recaída circunscrita em heroína e continuada em álcool: “Acho que me isolei um bocado. Acabei por não ter muitos contactos com a comunidade, acabei por me afastar, comecei a não... Os meus amigos, propriamente dito, já estava afastado deles.” Apesar de ser um único caso, parece haver uma ligação entre a ausência de uma vida social (preenchida de relações saudáveis, com actividades significativas) e o sucesso, tanto em termos de tratamento como na vida profissional. Como se viu, um dos principais promotores de emprego, são ou os ex-residentes ou os amigos e familiares.

Nesta trajetória dos entrevistados (anexo nº12) puderam encontrar-se 3 atitudes perante relações ligadas ao passado de toxicodependência: a de ambivalência, a de superficialidade e a de filantropia. Na primeira, consciência do risco que estas relações representam, aliada ao desejo de reaproximação, torna este processo de decisão muito ambivalente, envolto num grande questionamento. O caso de Nuno (38) ao falar de uma amigo é um exemplo desta atitude. Na segunda, o ex-residente mantém-se protegido dentro de um limite tido como seguro, decidindo-se por ter uma relação de superficialidade como no caso de Beto (3). Na terceira encontra-se a necessidade de ajudar os amigos que continuam a consumir mostrando o seu exemplo de sucesso, não querendo fazer com os amigos o que várias pessoas fizeram consigo, ignorando o problema. Armando (4) é exemplo desta atitude.

A morte de amigos, por motivos inerentes à toxicodependência, tem um impacto forte na vida destes sujeitos, já que de alguma forma vêem parte da sua vida reflectida na desses amigos, o que obriga também a uma renovação das relações. É Alberto (4) quem refere a este propósito: “Pessoal da minha geração, muita gente morreu derivado a problemas e o meu leque de amigos mudou.”

Em termos de género, as mulheres parecem ter trajetórias de vida social menos intensas no primeiro período referido, possivelmente pelo facto de algumas possuírem filhos que as tornam menos disponíveis. Procuram relações amorosas mais estáveis e não referem a procura desenfreada de sexo.

Resumindo, foram encontrados dois momentos distintos relativamente à vida social dos ex-residentes ao longo da trajetória. Num primeiro momento, que dura aproximadamente 3 anos, vive-se uma forte intensidade de actividades sociais, uma espécie de recuperação do “tempo perdido”. As relações centram-se em pessoas ligadas à CT (por se sentirem deslocados nos primeiros tempos, por sentirem o peso de uma linguagem e visão do mundo diversa da socialmente partilhada, pelo medo da recaída, do desconhecido e do inseguro).

Num segundo momento, a vida na sua globalidade está já mais organizada, as relações abrangem pessoas de outras esferas, nomeadamente o trabalho, perdendo a CT a influência central perante novas experiências que vão sendo vividas. Os programas são mais calmos, reservados e privados. As novas exigências familiares e profissionais condicionam a vida social.

8.4 Relação com os Consumos

Quadro nº 9 - Relação com consumos de substâncias após a saída da CT

Tipo de recaída	Entrevistados	Substância
Sem recaída	Caetano, Alfonso, Lena, Beto, Patrício, Bernardo, Tobias, Roberto, Nuno, Alexandre, Carlos, Helder, Armando.	-----
Recaída Pontual	Gonçalo Filomena Teresa Alma	Álcool Haxixe Haxixe Haxixe
Recaída Circunscrita	António Alberto Cristino Tobias Teresa Josefa	Álcool Heroína Heroína Álcool Álcool Heroína
Recaída Continuada	Cristino	Álcool

Os consumos após a saída da CT podem ser definidos em 4 níveis: sem qualquer tipo de consumo, o consumo pontual (numa festa, numa noite), recaída circunscrita (em que houve já um abuso de uma determinada substância num período circunscrito no tempo) e a recaída continuada (em que há um abuso de uma substância por um longo período, não tendo eventualmente ainda terminado).

Mais de metade dos entrevistados, tanto homens como mulheres, não teve qualquer tipo de consumo de substâncias. Dos restantes, 4 tiveram uma situação de consumo pontual (sem que este se tenha transformado em recaída, seja porque a experiência vivida foi elaborada individualmente, seja porque se pediu ajuda técnica atempadamente), 6 viveram uma recaída circunscrita e apenas um vive uma situação de recaída continuada sendo a substância de abuso o álcool. Três residentes tiveram, com substâncias diferentes, dois tipos de recaída. Mais uma vez é importante salientar que estes resultados não se podem traduzir em taxas de sucesso mas servem apenas para caracterizar a amostra, dando dados para a análise qualitativa mais adiante apresentada.

Em termos de substâncias de consumo, o álcool foi aqui considerado apenas enquanto substância de abuso, desorganizador da vida e potencializador de outras situações de risco e não na sua utilização moderada e adequada. Tanto o álcool como o haxixe são as substâncias que, após a saída da CT, representam aquilo que se poderá chamar de “risco encapotado”,

porque são, frequentemente, percebidas, como inofensivas. Resultado deste auto-engano, acabam por se transformar na porta de entrada para o consumo de outras substâncias, como a heroína ou cocaína. A combinação do álcool com outras substâncias é também frequente tanto antes da entrada na CT como nos casos de consumo após a saída da mesma.

Metade das entrevistadas mulheres tiveram algum tipo de consumo, enquanto nos homens, apenas cerca de um quarto o teve (apesar de o consumo excessivo do álcool poder não ser referido e assumido, aparecendo nas entrelinhas).

Como se pode ver, no quadro abaixo apresentado, 14 entrevistados não tiveram qualquer tipo de recaída. É um dado que aponta para o sucesso do tratamento, apesar de não se poder falar, com estes resultados, de taxas de sucesso. É possível, ainda assim, captar as dinâmicas deste sucesso ou sucesso relativo, nos casos em que, apesar de terem tido uma recaída pontual ou circunscrita, se restabeleceram. Em termos da recaída pontual podem ver-se dois dados interessantes. Por um lado, dos 4 casos que integram este tipo de recaída 3 são mulheres. Por outro, nesses mesmos 3 casos a substância utilizada é o Haxixe, associado a um contexto recreativo (uma festa, um festival) ou a um relacionamento conjugal com um companheiro que consome. Na recaída circunscrita as substâncias utilizadas são a heroína e o álcool e, mais uma vez, em 5 casos 2 são de mulheres. Na recaída continuada encontra-se um caso de álcool. Curiosamente, o caso de recaída continuada em álcool, é o único caso desempregado.

Em termos de tempos de recaída, após a saída da CT, pode-se verificar que, apesar de alguns entrevistados não conseguirem precisar, sobretudo nos casos de recaída pontual, o período mais referido é o de 2 a 3 anos após a saída da CT. Este dado vem de acordo com a literatura especializada (Marlat, 1993) que aponta os 3 primeiros anos após o tratamento como os de maior risco. Como refere Roberto (10) apesar de ser um dos que não recaiu: "Esse dois, três anos, mais ou menos, pensa-se muito em droga, tá-se memo perto, acho que é muito difícil, ... a recaída é muito fácil, acaba por ser muito fácil depois de sair, daqui, mesmo com preparação, acaba por ser uma coisa muito fácil."

Nestas trajetórias, as circunstâncias associadas aos consumos, referidas nos discursos foram: contrariedades da vida; pensamentos do tipo "é só desta vez, já acabou, já estou experiente..."; sentimento de ou não estar preparado ou de estar imune à recaída; possuir muito dinheiro e não estar preparado para a sua gestão; fim de namoro com um ex-residente; desemprego prolongado; processo de divórcio conturbado; coabitação com companheiro que consome álcool e haxixe; desemprego prolongado, ociosidade e sociabilidades de taberna; experimentação de dificuldades monetárias; separação oficial dos pais; peso de novas e

crescentes responsabilidades no trabalho. Estas foram as circunstâncias encontradas somente nos que recaíram efectivamente, pois haverá situações em que os entrevistados se sentiram em risco mas tal não aconteceu. Elas não são facilmente identificáveis pelos sujeitos, nem é facilmente feita a associação entre a circunstância e a recaída.

Com a recaída e o sentimento de fracasso do tratamento inerente, foram referidos pelos entrevistados, os sentimentos de não gostar de si e de perder o respeito dos outros, tão dificilmente conquistado ou em conquista. A vergonha, os sentimentos depreciativos de si próprio e o medo de perder a confiança dos outros, leva os sujeitos a não pedir ajuda antecipadamente à situação de recaída.

Depois da recaída, são a família e amigos que ajudam à reestruturação, física, mental e psicológica do ex-residente. Fazem-no de várias formas: quer diligenciando para os tratamentos de desintoxicação necessários, quer ajudando monetariamente, quer cedendo espaços de habitação para a desintoxicação física, os pedidos dos filhos para a paragem dos consumos, como exemplos.

O consumo de álcool após a saída da CT merece uma atenção especial. A generalidade dos entrevistados faz-lhe referência espontânea: quer pela ausência, quer pelo excesso, quer pela moderação. Teoria e prática dizem que o álcool representa, após o tratamento, um risco acrescido. Entre outras razões, para além de provocar dependência, é visto socialmente como uma substância inócua, sem ter o mesmo tipo de consequências que a heroína ou cocaína, funcionando como uma substância de compensação e de substituição, sem o mesmo grau de culpabilidade inerente àquelas. É muitas vezes, ou a maior parte das vezes, a primeira substância a ser consumida, ficando-se por aí, ou evoluindo os consumos para substâncias como o haxixe, a cocaína e a heroína. Começar a beber moderadamente e entrar em escalada é pois muito fácil, para quem tem uma fragilidade advinda da sua relação com este tipo de substâncias. Como refere Roberto (3): “O álcool esteve presente na saída, pronto, um bocado nos excessos de estar aqui dois anos muito limitado e prontos e depois apanhar-me com, com toda a liberdade. (...) Nunca tinha sido muito apologista do álcool, sempre foi drogas duras prontos e quando não havia comprimidos era mesmo com o álcool, o álcool foi uma novidade para mim. (...) É quando a gente sai daqui, a gente sente-se fraco. Se se juntar a um grupo de risco, nem precisa de ser consumidores de heroína, basta ser haxixe por exemplo, quebra-se uma barreira. Quebrou-se a barreira do álcool, quebra-se a barreira do haxixe e inevitavelmente se vai parar à heroína e à cocaína, isso, as recaídas não se recai, digo eu, não se recai logo no haxixe, recai-se primeiro no álcool e a seguir no haxixe, na heroína...e na cocaína.”

Além de estar associado aos fim-de-semana, às saídas à noite, às discotecas, como facilitador de integração em grupos de pares, num dos casos, (Gonçalo), o álcool tem ainda a função importante a desinibição sexual e a melhoraria da relação conjugal. Vários são os entrevistados que referem a estranheza provocada pelo facto de não beberem bebidas alcoólicas nos almoços ou jantares com os colegas de trabalho e amigos e o desconforto inerente. Tobias (40) relata: “Sim, não bebia era uma forma de me proteger. Mas é estranho quando se vai a um jantar da empresa e alguém fica a beber uma água. E as pessoas começam “então estás doente, estás a antibiótico?”. Era estranho mas eu não bebia.”

Nestas trajectórias, a recaída aparece, ainda que paradoxalmente, como uma experiência necessária, para um projecto de vida, sentido como mais livre e seguro. Para alguns é efectivamente necessário viver esta experiência, ainda que de uma forma não consciente ou elaborada, no sentido de perceber que, não por motivos externos a si mas por motivos intrínsecos à sua vontade, a sua relação com as drogas não tem futuro. A recaída, se for contida e circunscrita atempadamente, pode ser um momento de reflexão e elaboração riquíssimo.

Apesar de não ter havido, em muitos casos, uma recaída ao longo da trajectória, existem referências a várias situações vividas pelos entrevistados como sendo de risco, tais como: viver com um ex-residente que recaí; recaída de um irmão; recaída do “padrinho” do tratamento; doença da companheira e filha; saída de casa dos pais para morar sozinho; viver com um irmão que consome; morte do irmão; problemas no local de trabalho; excessos na vida social dos primeiros tempos após a saída da CT; oferta directa de droga; contratemplos quotidianos. Para quem tem um passado permeado por uma história de toxicoddependência, estas situações representam riscos acrescidos tendo em conta a resposta automática para lidar com esses problemas passaria, nesse passado, pelos consumos de drogas. Como refere Carlos (26):” Principalmente quando... da morte do meu irmão... veio-me muito a cabeça... veio-me várias vezes à cabeça: -‘Eu é que sei como é que hei-de lidar melhor com esta dor’ mas depois vinha o: - “não te vai ajudar nada e ainda vai piorar mais”. Mas por vezes vinha-me à cabeça... era tão grande a dor... que era como se a gente tinha de consumir para esquecer tudo...”. Este conflito interno aqui bem representado faz parte do quotidiano do ex-residente, ao longo da sua trajectória, assumindo maior relevo em momentos de maior intensidade.

As situações de risco, representam um risco acrescido mas não significam necessariamente a recaída. Simbolicamente, são referidas nos sonhos, em que a acção se desenrola no sentido do consumo mas que termina antes de se consumir efectivamente, como refere Carlos (26): “Sonhos tive de vez em quando. De vez em quando. Quando as coisas

estavam mais complicadas... sonhos com droga... são aqueles sonhos em que uma pessoa acorda e...uf, afinal foi um sonho!... Agora nem tanto...”.

Tendo em conta que 14 entrevistados não tiveram ao longo da trajectória, qualquer tipo de recaída, quais as estratégias de auto-protecção encontradas pelos mesmos para a abstinência?

Quadro nº 10 - Estratégias para a abstinência

Recurso a apoios	Pedido de ajuda, em situações de risco, a outros ex-residentes; Apoio psicoterapêutico, ajuda médica e aconselhamento com os técnicos da CT; Visitar a CT com frequência nos primeiros tempos após a saída da CT, procurando protecção e segurança;
Evitamento	Lealdade ao contrato de não beber bebidas alcoólicas nos 6 meses ou 1 ano seguintes à saída da CT; Decisão de não beber álcool durante um longo período após a saída da CT (5 anos); Evitar situações sociais e grupos de consumo.
Rejeição do passado	Sentimento de vergonha, ódio raiva relativo ao passado; Sentimento de nojo face às substâncias e consumo (referido apenas e por quase todas as mulheres entrevistadas);
Estilo de vida saudável	Motivação de cuidar do corpo e de não consumir substâncias que agravem os seus problemas de saúde; Privilegiar actividades percebidas como saudáveis (como cuidar dos pombos e jogar futebol);
Internalização do papel de modelo	Responsabilidade de dar o exemplo de sucesso a outros em tratamento ou não, seguindo o exemplo dos que não recaíram;

Cada um refere ter encontrado, de acordo com a sua individualidade e circunstâncias de vida, as estratégias mais adequadas ao seu caso.

Afastar-se de tudo o que se relacione do passado é uma das estratégias mais referidas. Esta atitude não é fácil, porque a vida quotidiana implica coexistir com muitas pontes com esse passado. Muitas vezes encontram-se no dilema de ajudar ou não outras pessoas com problemas de toxicoddependência com que se deparam no seu dia a dia, profissional ou pessoal. Se, por um lado, se sentem compelidos a fazê-lo, por outro lado, sentem-se a entrar num campo em que não têm competências suficientes e a colocar-se a si próprios em risco, pela falta de distanciamento do problema. Ajudar significa também, expor-se, bem como a um passado que querem ultrapassar, facto que os levou muitas vezes a retrair-se.

Em termos da relação género/consumos, as mulheres entrevistadas ou não recaíram ou tiveram uma recaída pontual. Apenas 2 em 6 tiveram uma recaída circunscrita. Nas que tiveram uma recaída pontual o haxixe é a substância de eleição. Nas que tiveram recaídas circunscritas é o álcool e a heroína que aparecem nesses dois casos. O álcool e a heroína estão sobre-representados nos casos de recaída masculina e as recaídas são sobretudo circunscritas e continuadas. O sentimento dominante em relação às drogas é o “nojo”, o que é muito curioso, já que, tanto as que tiveram algum tipo de recaída como as que não recaíram, se referem às mesmas de forma semelhante a Teresa (52):” Não tenho vontade de me drogar, porque dá-me

vômitos. Quando eu penso na heroína dá-me náuseas, não sei porquê. E acho que vou ficar doente. Não dá. E depois também a vida de hoje não tem nada a ver com a vida que eu tinha.” Também Alma (9) refere esse nojo, ódio, raiva, repugnância, vergonha inerentes aos consumos e à toxicodependência, discurso este claramente feminino.

Apesar da multiplicidade de percursos individualizados, das muitas dificuldades sentidas por cada um (anexo nº 13), com as suas especificidades e matizes próprias, é possível distinguir dois tipos de trajectória. Uma mais regular outra mais irregular. Na primeira o percurso após a saída da CT vai-se fazendo até à actualidade, sem grandes sobressaltos, numa linearidade natural, de sequência de acontecimentos, sem grandes rupturas, em que a desorganização existe, mas numa fraca intensidade, por curtos períodos, sendo os seus efeitos menos notórios. No outro, ainda que haja um percurso, ele não é tão coeso nos seus momentos, havendo acontecimentos que provocam crises consideráveis e mudanças consequentes na trajectória futura. Nesta última, a frequência e a intensidade de elementos desorganizadores é maior, ainda que estes possam ser muito ricos em termos de experiência, podendo notar-se claramente marcos de cisão dos segmentos que compõem a trajectória. De referir que os entrevistados que residem com os pais têm, desde a saída da CT, como seria de esperar, uma tendência para trajectórias mais regulares. Facilmente se compreende esse facto já que a autonomização implica e traduz-se em mudanças mais estruturais e de ruptura.

Não sendo possível fazer agrupamentos mais finos em termos de trajectórias, pode perceber-se que, nas várias dimensões trajectoriais focadas neste estudo (família, emprego, vida social e relação com consumos) há factores provocadores de irregularidades, ou seja, picos com maior ou menor amplitude de consequências. Em termos familiares, duas ordens de factores se podem perceber: uns negativos outros positivos. Nos primeiros pode encontrar-se a morte ou doença de um familiar (pais, irmãos, cônjuge ou filha) e ainda o divórcio (dos pais ou do próprio entrevistado). Nos positivos encontram-se factores como o seu próprio casamento ou união de facto e o nascimento dos filhos. Os percursos de coabitação representam, por si, factores de irregularidade pois a mudança de espaço e com quem este é partilhado, teve um grande impacto na vida dos entrevistados.

Na dimensão emprego pode perceber-se que aquilo que pode fazer oscilar a trajectória é, por um lado, a condição perante o trabalho, o tipo de empregos e o tempo de permanência no emprego ou no desemprego. Quanto mais prolongado for o desemprego ou uma situação

precária de trabalho, maiores serão as suas implicações e as consequentes mudanças no rumo das trajetórias.

Ao nível da vida social, ao longo da trajetória, foram identificados dois momentos. O primeiro com uma sociabilidade intensa, com um grupo mais restrito de ex-residentes da CT ao princípio e, depois, com um grupo mais alargado e aberto a outras fontes de relação. Num segundo momento, com sociabilidades mais moderadas ou menos intensas, já que a vida profissional e familiar assume outra preponderância, obriga a novas responsabilidades, sendo também maior a maturidade pessoal.

Por último, na trajetória, consoante se tenha consumido ou não, e consoante o tipo de substância e de recaída, mais pontual ou mais circunscrita ou continuada, assim serão as implicações e as rupturas entre segmentos da trajetória.

Pode então afirmar-se que as trajetórias se fazem tendencialmente no sentido da autonomia, de uma forma progressiva, experimentando formas graduais de independência e individualização. Em termos de género, parece haver uma maior vontade de autonomização, por parte das mulheres. A existência de filhos e o desejo de assumir a parentalidade de uma forma autónoma, por parte das mesmas, parece ser aquilo que mais distingue as trajetórias em termos de género.

9. Relações familiares na actualidade

Na análise das relações intra-familiares, desde a relação consigo próprio à relação com a família de origem parte-se do princípio de que a quase totalidade dos entrevistados vive actualmente com a sua família constituída, residindo com a família de origem apenas 3. Este capítulo aborda o modo como o entrevistado se vê no seu grupo familiar (de procriação ou orientação), como se vê ou se projecta na relação conjugal e parental e como caracteriza as suas redes sociais.

9.1 Relação consigo próprio

Tendo em conta que o processo de individualização (Singly, 2004), se faz no seio da própria família, é importante perceber como o próprio indivíduo se percebe, na relação consigo próprio.

No seu auto-retrato a imagem que os entrevistados têm de si próprios independentemente do sexo, tem características comuns: “tendência para o fechamento”, “ser exigente”, “bem humorado”, “ser sensível em relação aos outros/gostar de ajudar os outros mesmo desconhecidos”, “ser amigo e leal aos amigos”, “ser honesto”. Na generalidade têm uma boa imagem de si, à excepção de um caso que teve concomitantemente uma recaída circunscrita em heroína e uma recaída continuada em álcool, estando desempregado há cerca de 2 anos. Os entrevistados, possivelmente mais as mulheres, vêem-se como seres complexos, não lineares, com vários lados e facetas, por vezes contraditórias e ambivalentes. Homens e mulheres referem de forma acentuada o facto de serem pessoas de extremos (ou estão bem dispostos ou mal dispostos, ou muito abertos ou muito fechados, muito tolerantes ou pouco tolerantes). A referência ao “ser normal” “igual às outras pessoas” é expreso tanto como descritivo de si enquanto um desejo do que se quer ser. As experiências de discriminação que já sofreram pelo seu passado de toxicodependência e o próprio sentimento de serem, de alguma forma, “anormais” por toda a sua história de vida, torna este dado importante. Parece ser mais fácil às mulheres descreverem-se do que aos homens. São mais abertas na descrição de si, menos benevolentes na imagem que apresentam, não tanto porque tenham uma imagem mais desfavorecida de si do que os homens, mas porque parecem sentir-se mais livres para apresentarem uma imagem não convencional e, porventura, mais realista. Referências a características como “destrambelhada”, “desequilibrada”, “louca”, “com mau feitio”, aparecem, apenas, nas descrições femininas. Os homens parecem muito mais preocupados em

transmitir uma imagem muito positiva de si. Isto porque se vêem mesmo assim, ou porque precisam de se ver, em comparação com o passado. A descrição de si na actualidade vem muitas vezes em contraposição com o “antes de entrar na CT”. Características tipicamente associadas ao feminino como “meiguinho”, “emotivo”, “pensamento nos outros vivendo os seus problemas”, “caseiro”, “altruísta”, “marido perfeito”, “sensível”, “humilde”, “ouvinte” são referidas na descrição de si pelos homens. No caso das mulheres, as características descritas, tais como “controladora”, “exigente”, “pouco flexível”, “pouco tolerante”, “lutadora”, “autoritária”, “exigente”, “segura”, “livre”, “focada em objectivos”, “independente”, “possessiva”, parecem apelar mais a uma descrição tradicionalmente masculina. Tanto homens como mulheres tendem a fazer uma descrição de si que não toma por referência a parentalidade ou a conjugalidade. Apenas uma das quatro mães entrevistadas, se caracteriza como “boa mãe” e “boa companheira”. No caso dos homens, apenas 1 dos entrevistados se descreve como “amado pelos filhos”.

Ao nível do espaço/tempo para si, no seu dia a dia, podem fazer-se 3 agrupamentos de indivíduos: os que não têm tempo para si, os que recebem ter tempo para si e os que têm para si um tempo relativo. Os primeiros são o grosso dos entrevistados, fruto da vida moderna e da conciliação exigente e difícil entre trabalho e família (de procriação e orientação). Este tempo diminui, consideravelmente, nos casos em que têm crianças pequenas a cargo. No entanto, praticamente todos os residentes, mesmo os que não têm filhos, referem que a família é muito absorvente, no que ela acarreta de actividades e projectos. Frases como “Um chefe de família se quiser está sempre ocupado”, “a família está sempre à volta” estão, nas suas múltiplas variantes, bastante presentes nos discursos. Incluem-se neste grupo o António, Bernardo, Tobias, Helder, Armando, Josefa, Alma, Beto, Patrício, Caetano, Alfonso, dando claramente conta de uma grande dificuldade em poderem estar sós face à família e/ou desenvolverem uma actividade gratificante que melhore a relação consigo próprio. Para estes, o tempo disponível é para passar com a família. No segundo grupo, os que recebem ter tempo para si, encontram-se os que, tendo algum tempo considerável que poderia ser aproveitado individualmente, arranjam sempre alguma coisa para fugir a este tempo que poderia ser destinado a si. Possivelmente pela dificuldade de estar sozinho, como refere Roberto (13): “Não sou capaz de estar muito tempo comigo próprio.” Talvez por medo que a inimiga ociosidade do passado, associada aos consumos e delinquência, assombre o presente, agora na forma de conflitos internos perturbadores, como refere Nuno (21): “Fujo. Não sei, às vezes tenho uma relação um bocado conflituosa comigo, porque muitas vezes eu sei o que tenho que fazer para modificar certas coisas mas... Eu sou um bocado preguiçoso. (...) Podia fazer um

determinado número de coisas que o outro João não quer fazer. Ou tenho medo de descobrir que não sou capaz. (...) Há poucas coisas que me dão gozo para fazer. Por isso é que eu não estou sozinho. Tento não estar sozinho porque não sei o que hei-de fazer. Ou começo a inventar coisas para fazer. Uma lâmpada para mudar, ou um quadro, um bricolage... Chateio-me facilmente com as coisas”. A ocupação dos tempos livres com actividades prazerosas, gratificantes, revitalizantes é sentida como ameaçadora, evitando-se. É um grupo muito reduzido de 3 entrevistados: Nuno, Roberto, Cristino. A capacidade reflexiva, de confronto consigo, com a sua realidade, na perspectiva de Giddens, encontra-se muito reduzida neste grupo, talvez porque a frustração está muito presente na sua vida, nos projectos não alcançados, nas tomadas de decisão difíceis de fazer, numa auto-imagem pouco favorável. Estar consigo próprio é ver-se confrontado com tudo isso. Não conseguir encontrar estratégias alternativas é um reflexo dessa ausência de espaço de elaboração e de auto-confronto com a sua realidade. No terceiro grupo encontram-se os que, apesar de todas as dificuldades, não abdicam de um tempo para si próprios, para ler, praticar um desporto, ver televisão, ou ouvir música, por exemplo. Cada um, de uma forma individual, tem conseguido encontrar o seu espaço, de forma a restabelecer-se enquanto indivíduo de todas as turbulências da vida quotidiana. A noite (diariamente) e os fins-de-semana (semanalmente) são os tempos mais propícios para que esses espaços de auto-alimentação se produzam. Alguns casos têm, pela sua vida profissional, a possibilidade de estar muito tempo sozinhos por dia, intercalando as suas necessidades de estar sozinho, com as de estar acompanhado, profissional ou familiarmente. Portanto, muitos entrevistados, desde a sua saída da CT, foram fazendo ao longo da sua trajectória, percursos de amadurecimento na sua relação consigo próprios que representam uma evolução positiva, que lhes permite perceber os momentos a solo não como ameaçadores mas como necessários ao seu bem-estar individual com as repercussões que isso tem na vida familiar e profissional.

Com maior ou menor incidência, com maior ou menor frequência e continuidade, todos referem actividades que gostam de fazer sozinhos, mesmo que isso implique tensão familiar. Os homens, no interior de casa, apontam como principais actividades desenvolvidas a solo, o ler, ver televisão, estar no computador, estar no escritório a organizar papeladas e contabilidades do trabalho, navegar na Internet, ver filmes DVD, ouvir música, dormir a sesta e almoçar. Como actividades realizadas no exterior, ainda que acompanhados, mas não por pessoas da família, referem o tratar os pombos e prepará-los para as competições, jogar futebol, treinar um clube de futebol, assistir a jogos de futebol, patuscadas, passeios de mota, mergulho, surf, caça, ler jornal e estar no café com amigos. Por seu lado, as mulheres

entrevistadas referem como actividades desenvolvidas a solo no interior da casa, o ler, bordar, fumar um cigarro, beber um cálicezinho à noite, petiscar, pintar, ler (à noite e no W.C.), trabalhar em casa, depilação e massagens. No exterior apontam o teatro, a natação, o sapateado, caminhadas, andar de bicicleta, caminhar, compras, conduzir, passear, andar. A frequência destas actividades varia consoante o género, aparecendo os homens mais libertos para actividades sozinhos, e consoante a in(existência) de filhos.

9.2 Relação conjugal

Existem dois grupos de ex-residentes quanto à sua conjugalidade: os que constituíram família e os que vivem com a família de orientação sem viver conjugalmente. Neste último grupo encontramos apenas 3 entrevistados já que a quase totalidade dos mesmos foi fazendo um percurso conducente à constituição da sua própria família, ao longo da trajectória após a saída da CT, ou então já tinham constituído família previamente à entrada para o tratamento. Por tal facto, foi difícil encontrar para a amostra estes 3 casos que, apesar do seu reduzido número, apresentam características bem diferentes, pelo que serão apresentados individualmente. A Carla, um dos três casos, não encontrou ninguém que a entusiasmasse desde que saiu da CT, nunca se tendo envolvido neste período, não sabendo explicar porquê. Não acredita em relações ideais e deseja para uma relação conjugal como todas as outras, com alguém mesmas preferências sexuais que as suas, ou seja uma relação homossexual. Mostra-se um pouco desiludida com as pessoas que se poderiam tornar potenciais companheiros alegando a diferença ou falta de correspondência entre o interior e o socialmente exibido. Acha que se tornou muito exigente, com a idade e com o seu percurso. A CT terá, possivelmente, contribuído para isso, já que a dotou de uma capacidade de olhar o outro de uma forma mais profunda. De qualquer forma procura alguém “meia pacata”, “meia simples”, fiel, que invista na relação da mesma forma que ela, que não goste de jogos na relação, mas que tenha tempo para descobrir o que quer da relação. Não tem ido a sítios especiais com o intuito de encontrar uma companheira, esperando que seja algo que aconteça naturalmente, espontâneo. Está muito presente, na sua memória, uma relação do passado muito marcante e percebida negativamente, associada aos consumos, o que influencia a sua forma de encarar uma nova relação.

Carlos, outro dos casos, saiu há relativamente pouco tempo de uma relação, com uma ex-residente da CT que já tinha um filho. Esta relação deixou-o muito magoado e zangado, pelas expectativas criadas, tendo procurado casa conjunta. A relação terminou de forma

sofrida, inclusive pela separação com a criança, filha da companheira. Tem-se sentido um pouco desiludido com as relações e com as pessoas, aprendendo a nivelá-las consoante o que podem dar-lhe. Como ideal de relação conjugal tem a entreajuda, a compreensão e o apoio. No fundo, uma verdadeira relação de amizade, onde a intimidade seja simplesmente maior que numa relação de amizade per si. O seu ideal de companheira, é alguém parecido consigo em termos de feitio, pelo que tem de ser bem-humorada, sincera e honesta, sensível na relação com o companheiro e com os outros em geral. As relações que tem tido são com companheiras que já têm filhos, ganhando de uma só vez, num pacote completo, a família que deseja construir, ficando resolvidos os medos de não a conseguir.

Alberto, é divorciado, perdeu o contacto com a ex-mulher há vários anos, sendo também muito raro o contacto com a filha. Esteve vários anos sem uma companheira fixa. Está (temporariamente?) separado, da sua última companheira, por problemas que envolveram a sua mãe, com quem residiam os dois e com quem reside agora sozinho. Conheceu esta mulher por intermédio de uma amiga, por sua vez, ambas no hospital. Numa população com tantos problemas de saúde associados ao passado de consumos e de problemas de saúde familiares, a regularidade e permanência num hospital pode torná-lo, num local de encontro de um companheiro. Diz não ter actualmente tempo para procurar namoradas, mostrando medo da intimidade devido ao seu problema de saúde (HIV) e possível rejeição de pessoas significativas. A doença está sempre entre si e um potencial companheiro, nas dúvidas sobre a revelação ou não, nos receios de contágio do outro, no medo da discriminação. A companheira ideal é descrita por referência à última companheira: “dada”, “boa”, “carinhosa”, “gordinha mas não faz mal”, “porreirinha”, “boa pessoa”, “pronta para tudo”.

Em relação ao grupo dos que têm família constituída, no caso dos homens, verificou-se uma tendência claríssima para escolher como companheiras mulheres com um perfil e um percurso de vida dentro do socialmente aceite. Frequentemente descrevem-na como um pilar na sua vida, em oposição a si e à sua história de vida. Um número reduzido de homens (Bernardo, Armando e Beto) descreve as suas companheiras como “boas donas de casa, boas mãe e boas esposas”, por referência a uma visão mais tradicionalista da mulher na conjugalidade. Os entrevistados na sua generalidade caracterizam os companheiros enquanto homem e mulher e não por referência ao seu papel conjugal. Três das 5 mulheres a viverem conjugalmente (Josefa, Lena, Alma), fazem-no com companheiros com percursos de vida de toxicoddependência e tratamento, idênticos aos seus, no passado. Nos dois restantes casos, os companheiros não têm nada que ver com essa realidade sendo um deles (Filomena) mesmo

descrito como “totalmente anti-drogas”. Os homens parecem fazer uma caracterização mais homogénea das suas companheiras, com descritivos amplamente apresentados (activa, afectiva, inteligente, dedicada, alegre, sensível), comparativamente com aquela que é feita pelas mulheres.

Percepção da conjugalidade

Pela percepção que os entrevistados têm da relação conjugal pôde começar a fazer-se, ainda que em traços largos, um desenho das formas de conjugalidade. Cerca de metade dos entrevistados têm uma perspectiva da sua relação romântica, em que o amor está no centro da relação, onde o casal se sobrepõe ao indivíduo, o acento tónico é posto na vida em família, e não se perspectiva sequer, apesar de isso poder acontecer, um final de relação. Em 4 dos casos (Bernardo, Armando, Josefa, Beto) esta forma de conjugalidade fusional é atravessada por traços do modelo institucional, o que se nota sobretudo na divisão tradicional dos papéis de género e na perda da liberdade referida como um problema para ambos os cônjuges. Em 2 casos (Alexandre, Roberto) o modelo fusional é atravessado por traços fortes do modelo associativo, onde o amor continua presente como vínculo da união, mas não se deseja abdicar dos projectos, características, liberdades, em prol da família, se isso não estiver enquadrado dentro de um bem-estar individual. No caso de Roberto os cônjuges têm claramente visões completamente distintas de viver em conjugalidade, o que tem sido um grande foco de tensão e complexifica esta mescla. Um único caso (Filomena) ilustra o modelo associativo. A entrevistada tem uma noção clara da eventual caducidade da relação, mantendo um espaço habitacional individual, além do partilhado com o companheiro e mantendo um estilo de vida de acordo com as suas capacidades económicas individuais, independentemente das capacidades económicas superiores do cônjuge. Os projectos individuais parecem consumir grande parte da vida familiar. Por último, um caso híbrido (Teresa), concilia os três modelos (fusional, associativo e instituição). Em termos gerais parece haver uma tendência para uma percepção favorável da relação. Não descuram nem negam/escondem a realidade, dando conta dos momentos de crise, que compõe a sua vida conjugal.

Alguns dos entrevistados encontraram aquele que viria a ser o seu ou a sua companheira, na sequência da saturação em relação a um período marcado por uma sucessão de relações pouco significativas e duradouras e/ou de uma certa promiscuidade sexual (Bernardo, Gonçalo, Alexandre). Outros tinham acabado de sair de relações complicadas (António, Teresa, Helder, Alfonso, Tobias). Outros viveram durante algum tempo, relações simultâneas com as actuais até ao momento em que se decidiram pelas mesmas (Tobias,

Caetano, Alfonso). Há os que casualmente reactivaram relações ou conhecimentos do passado (Filomena, Gonçalo), os que iniciam relações com pessoas que conhecem na CT ou por intermédio dela (Lena, Nuno, Alma, Alexandre) e os que encetam relações novas, com pessoas novas.

Procuravam relações em que o afecto, a estabilidade, a segurança, o equilíbrio, a compreensão, a contenção, o “ser saudável” e a amplamente referida “não ter nada a ver com drogas” são os requisitos mais evidenciados pelos entrevistados. Na generalidade, faz-se a apologia de um companheiro quase ideal, fantástico, maravilhoso, o que não é de estranhar dada a natureza pouco saudável das relações anteriores destes entrevistados. Para muitos, a actual relação foi a única relação saudável, na sua própria percepção. As características inerentes ao respeito em geral, à idoneidade, à conformidade social são amplamente referidas. Os requisitos dos entrevistados, no processo de escolha, dão conta da admiração e interesse por pessoas que representem o oposto ao que eles foram grande parte da sua vida, o que possivelmente se inscreve numa estratégia de protecção para o futuro. Procuram “porto seguros” e “pilares”, companheiros que façam de contra-peso, que os levem por caminhos mais socialmente aceites, sentindo-se socialmente mais integrados e “normais”. No caso dos que não escolhem alguém oposto a si, em termos de vivência e de passado, escolhem alguém com um passado semelhante em termos de toxicodependência e tratamento, ao serviço de uma estratégia facilitadora. Como refere Alma (32): “É alguém que compreende, e também que não tem essa parte de explicar o meu passado e de ter de dar explicações e pronto. Mas, pronto, essa parte é facilitada, né? Mas também é alguém que nos compreende e que podemos falar sobre isso sem qualquer tipo de problema, pronto, quando nos apetecer, sem sermos olhados com desconfiança.” Tudo isto sem questionamentos, dúvidas, rejeições, com um bónus de um conhecimento profundo do outro advindo do percurso terapêutico (caso o tenham feito em comum). Como locais de conhecimento ou encontro pode notar-se alguma sobre-representação da CT, do local de trabalho e da casa de amigos, como lugares/situações mais referidos.

Móbil para a conjugalidade

Como móbil para a união de facto, no caso dos homens, o amor aparece à cabeça, seguido da gravidez da mulher e o conseqüente desejo de enquadrar a educação dos filhos dentro de um modelo tradicional de família em que pai e mãe coabitam, como refere António (14): “Foi o facto de gostar dela. Isso para mim é tudo. Ela também quis e foi o facto de ter nascido a minha filha mais velha. Quis dar uma educação de pai e mãe. Isso também pesou.”

O desejo de “assentar” e os motivos práticos, organizacionais e económicos (como a poupança em termos de prestação da casa) foram também bastante referidos. Para os entrevistados homens, viver junto é algo desejado com um outro significativo, mas que vai acontecendo naturalmente, sendo para a grande parte deles um fim, a situação desejada, mesmo que acabem depois por casar. Para as suas companheiras o viver junto parece ser uma situação transitória, experimental. Já para as entrevistadas, os motivos são basicamente os mesmos para viver juntas com os companheiros. Aparentemente os motivos práticos são mais fortes (o dinheiro que se poupa, as deslocações evitadas, os transportes de bens e roupas, o cuidados de animais) do que o amor. Uma possível explicação é que podem ter partido do princípio que essa era a base não necessitando de referência. Outra pode ser o lado mais pragmático e modernista das mulheres entrevistadas. A necessidade de se estabelecerem com privacidade, num espaço seu, diferente de casa dos pais, é também um motivo de peso. Para umas foi acontecendo gradualmente, para outras foi resultado de uma decisão concreta e consciente.

Os entrevistados homens casam-se por motivos que se prendem com o amor, sendo a ideia geralmente proposta pela companheira, seja por pressão dos pais dela, dele, ou de ambos. A este respeito diz Roberto (20):” Era quase isso, ela é quase a minha santa, porque era o sonho dela, constituir família, ter filhos, prontos, e era o sonho dela, portanto, a ideia partiu dela e dos meus pais”. O facto de os pais pressionarem ao casamento pode compreender-se não só à luz de factores de ordem do socialmente desejável mas também como uma estratégia de protecção para o seu filho, através de uma relação redentora e salvadora. Uns casam porque é o sonho da mulher e porque para ela é importante. Outros porque o ritual da cerimónia e festa é apelativo e congregador dos amigos e familiares. Outros para oficializar a relação, dando estatuto à relação do casal. Outros pela normalidade, sendo o culminar do curso da vida quando se quer construir uma família. Para alguns dos que ainda não casaram, é um assunto ainda em aberto, conversado com as companheiras, trazido à discussão mais seriamente por elas e mais fugidamente por eles. No início ficam assustados e depois recompõe-se, uns aceitando a ideia da qual não fazem questão absolutamente, outros não a aceitando, racionalizando a questão. No caso das mulheres entrevistadas, uma das razões para casar é a pressão dos pais de ambos e o desconforto familiar com a situação, limitador da proximidade física de alguns membros da família (Lena, Nuno). Num dos casos (Teresa) o casamento foi uma imposição do marido, por motivos patrimoniais, tendo diligenciado sozinho para que tudo acontecesse. Pôde notar-se, em alguns casos, uma dissonância entre a percepção da relação conjugal e o móbil para a união, ou seja, haver uma

percepção pelo sujeito da sua relação como fusional e os motivos para a união serem claramente institucionais.

O espaço e o tempo na relação

Ao nível do espaço para si próprio dentro da relação conjugal, parece poder dividir-se o grupo de entrevistados entre: os que sentem muito pouco espaço individual, os que sentem ter moderadamente este espaço aliado às cobranças de fusão esperadas pelo companheiro, e os que existe uma delimitação clara, mais natural ou exigido, e um respeito por esse espaço individual. É importante ressaltar que estes entrevistados foram pessoas que, ao longo da uma grande parte da sua vida, viveram relações muito polarizadas ou no afastamento ou no emaranhamento, onde a indissociação da individualidade era frequente. Apesar de a grande parte dos entrevistados se situar no primeiro e segundo grupos, existe um grupo promissor com uma relação mais modernista, onde a defesa e o respeito do espaço individual de cada um se consagram como constituição.

O momento familiar vivido e a tendência para a fusão ou autonomia conjugal influem na necessidade e na defesa deste espaço próprio, por exemplo, o nascimento de um filho há pouco tempo, obriga a uma maior fusionalidade do casal, no sentido de atender as necessidades da criança que se sobrepõem às necessidades individuais. Modelos de conjugalidade diferentes, por cada um dos cônjuges, originam diferentes necessidades de espaço individual e diferentes compreensões da necessidade desse espaço pelo outro. Verificou-se uma relação entre o modelo de conjugalidade vivida e a forma de encarar o espaço individual. No caso de Josefa, em que o modelo de conjugalidade aponta para o fusional com matizes institucionais, o espaço individual do companheiro é visto como irresponsabilidade e imaturidade perante o projecto família, independentemente da correspondência ou não ao real. As resistências a dar ao outro a possibilidade de ter um espaço para si, dentro da relação conjugal, está em alguns casos associada aos receios de recaída em todo um estilo de vida associado ao passado. Trabalhar em horários desfasados (Beto) obriga a que, nos espaços de junção, existam momentos a dois, o que dificulta a possibilidade de espaços mais individuais. Trabalhar no mesmo local de trabalho, ao contrário, provoca uma saturação que obriga à existência de espaços de abertura, de âmbito individual (Teresa). A defesa, o desejo e a imposição de espaços próprios para si, por um dos elementos do casal, pode não ser aceite, desejado ou imposto da mesma forma pelo outro, tanto por insegurança, necessidades diferentes, ou desconfiança. Parece ser menos assustador

para os companheiros, ainda que não para todos, a regularidade e previsibilidade das actividades individuais, sendo esta estratégia redutora da ansiedade e angústia.

A grande parte dos entrevistados refere a falta de tempo passado a dois, predominando, nas actividades em conjunto, as de lazer em detrimento das domésticas. Contudo é notório que a responsabilidade, a frequência, a regularidade e a continuidade das mesmas é assegurada pela mulher, podendo perceber-se que, na grande parte dos entrevistados homens, estão a léguas de uma responsabilidade assumida em conjunto como parte integrante do dia de ambos o desempenho simétrico de tarefas domésticas. Nos casos em que podem suportar a despesa de uma empregada doméstica, esta torna-se a melhor amiga do homem, já que o libertador sobretudo da culpabilidade de pouco ou nada fazer, e a melhor amiga da mulher porque faz o que ela deseja não ter que fazer, sobrando assim tempo para si, para os filhos e para o casal.

No que se refere às actividades de lazer a dois, como já foi referido, vários são os que apontam alguma indisponibilidade para o fazer. Sobretudo por razões inerentes ao quotidiano sobretudo profissional, bem como a absorvência dos filhos em termos de tempo, não havendo uma rede de suporte que possibilite ficar com as crianças a cargo. Nota-se um desenho embrionário daquilo que parece ser uma tendência para programas a dois mais caseiros, referidos pelas mulheres e, mais exteriores, referidos pelos homens. Há muitas actividades de lazer que o casal faz junto, mas não sozinho, envolvendo outros casais, familiares, amigos, colegas ou os filhos, sendo os programas a dois mais escassos que os programas dos dois com outros. Outras vezes estão fisicamente juntos mas não desenvolvendo actividades conjuntas.

Fazendo uma avaliação do tempo que passam juntos em casal, os entrevistados são unânimes na manifestação do pouco tempo disponível para estarem juntos, dizendo-o num certo tom de acomodação e de justificação com a normalidade, com o quotidiano. Além disso, a qualidade do tempo juntos, muitas vezes, não é a melhor, já que é atravessada por inúmeras tarefas de outros campos da vida. Parece ser mais ao fim do dia e ao fim de semana que se concentram os maiores períodos de tempo juntos.

A comunicação no casal

Em termos da comunicação no casal parece que um dos problemas mais aparentes na comunicação parece ser o facto de cada um ter momentos diferentes de desejo de comunicar e necessidades diferentes que diferem no tempo, na intensidade, na forma, nos dois elementos do casal. Os temas são os mais variados, desde “tudo”, ao dia que passou, à organização do dia seguinte, à discussão do noticiário, algum problema a resolver, “tricas” familiares, queixas

de um ao outro, situações do emprego, decisões familiares importantes como a mudança de emprego, dicas para resolver problemas com terceiros, assuntos do passado e tratamento, foram na sua generalidade os temas referidos e repetidos pelos entrevistados. Não se fala de: passado de consumos em comum, experiências do passado muito íntimas e segredos, vida sexual e necessidades e expectativas diferentes porque o outro não aceita bem, assuntos previamente definidos como críticos pela experiência, sobre as famílias dos cônjuges (de forma a não empolar memórias, cobranças, rancores, ...), assuntos destabilizadores.

Quanto a quem é, no casal, o maior dinamizador da comunicação, referem que, devido ao percurso terapêutico e a uma história de vida mais “rica”, essa expectativa recai sobre os entrevistados, às vezes quase como “terapeutas” ou conselheiros.

Dois níveis de abertura comunicacional no casal. Um em que se verificou um maior fechamento comunicacional do casal entre si, falando sobretudo um com o outro. Outro com uma maior abertura, a bem da relação conjugal, valorizando a necessidade de ter, fora dela, pessoas de confiança com quem se pode conversar de assuntos importantes, apelando assim para modelos mais fusionais ou associativos.

Como “regras” ou estratégias de sucesso da comunicação referidas pelos entrevistados pode encontrar-se: não ter determinadas conversas na presença dos filhos, não deixar acumular coisas por dizer, desconfianças, problemas por resolver, não falarem quando estão demasiado aborrecidos, chateados ou zangados como forma de se protegerem, utilizar muito o humor na comunicação, devolver ao outro o que se está a ver no comportamento dele, abertura, verdade, respeito pela intimidade de cada um pela vontade de conversar ou não naquele momento, e as tomadas de decisão importantes serem resultantes da comunicação entre ambos.

Concluindo, existem dois grupos de ex-residentes quanto à sua conjugalidade: os que constituíram família e os que vivem com a família de orientação sem viver conjugalmente. Quanto aos que vivem em conjugalidade notou-se uma tendência para a fusionalidade, tendo uma perspectiva romântica da sua relação, em que o amor está no centro da relação, onde o casal se sobrepõe ao indivíduo, em que o acento tónico é posto na vida em família e onde não se perspectiva sequer, apesar de isso poder acontecer, um final de relação. Em 6 casos esta fusionalidade é atravessada por traços do modelo institucional (4) sobretudo no que se refere à divisão tradicional dos papéis de género e à perda da liberdade referida como um problema para ambos os cônjuges, e em 2 casos o modelo fusional é atravessado por traços fortes do modelo associativo, onde o amor continua presente como vínculo da união, mas não se deseja

abdicar dos projectos, características, liberdades, em prol da família, se isso não estiver enquadrado dentro de um bem-estar individual. Um único caso ilustra manifestamente o modelo associativo.

9.3 Relação parental

As situações parentais são diversas, pelo que se optou metodologicamente por analisar a parentalidade, organizando os entrevistados em dois grupos: os que têm filhos (seus e/ou dos companheiro, a co-residir ou não consigo) e os que não têm filhos.

São apenas 5 os entrevistados sem filhos (Carla, Roberto, Alexandre, Carlos e Filomena) um dos quais está com alguma regularidade com os filhos do companheiro mas não assumindo uma função parental propriamente dita (Filomena).

Projectam no futuro a experiência da paternidade, como uma relação duplamente compensatória, para a criança e para si próprios, já que esperam, poder reparar na relação com os seus filhos, aspectos da sua relação com os seus pais. A idealização passa na generalidade dos entrevistados deste grupo, por ser uma relação muito afectiva, presencial, perfeita no sentido de nunca falharem (como refere um entrevistado), em que possam dar a educação que não tiveram, dar tudo o que puderem, uma relação de amizade, de confiança mútua, de acompanhamento, de autonomia suportada, de amor, compreensão e lealdade. Como refere Filomena (53): “É a única coisa que eu consigo dizer: é um misto da amor e carinho e de respeito e responsabilidade e preparar para a vida...”

Em dois dos casos que vivem em conjugalidade a paternidade é um projecto a curto prazo, estando a fazer-se o percurso de preparação médica. Em relação aos filhos que desejavam, um deles (Alexandre), diz desejar mais do que um filho, com pouca diferença de idades, para se entreajudarem e, outro (Roberto), deseja uma menina porque, segundo o próprio, são mais caseiras, fáceis de educar e mais agarradas aos pais. Aqui pode ver-se o enorme desejo de ser amado neste projecto de paternidade.

Nos dois casos (Carlos e Carla) em que não existe uma relação conjugal este projecto é desejado por ambos mas visto como uma maior probabilidade por um deles do que pelo outro. Para Carla, a falta de condições financeiras, idade avançada e não ter uma relação duradoura e estável, condição sine qua non para a maternidade, são os motivos apresentados para a dificuldade do projecto parental. Para Carlos, é um projecto que está presente como um grande desejo, até maior do que uma relação conjugal, de tal forma que as relações amorosas, uma das quais com a qual chegou a viver em união de facto, tinham sempre filhos. Era quase

uma coincidência que reflectia quase uma condição para a relação, provavelmente porque parece estar sobretudo à procura de uma família, do “pacote” completo.

Representam a parentalidade como uma experiência única que, pelo que ouvem dizer, só se sabe depois de se ser, estando expectantes. Por referência às relações que tiveram ou têm com os filhos dos companheiros, vêem-na como uma relação que implica fazer coisas com os filhos, só os dois, com obrigações e com afecto à mistura, em que é preciso ter um equilíbrio emocional muito grande, sentindo-se minimamente estáveis, com disponibilidade mental. Estão conscientes de que é uma relação para o resto da vida, que se vai modificando porque as necessidades dos filhos vão sendo diferentes. Para Carla a parentalidade está enquadrada na conjugalidade, e imagina que ser mãe de um filho é quase como ser mãe dos seus pais, fase que se sente a viver, dado o envelhecimento dos seus pais, da sua perda de autonomia e do aumento da dependência em relação a si. Há aqui uma espécie de inversão geracional, nos seus papéis e nas suas funções.

Já nos casos em que o projecto de paternidade está para breve (Alexandre e Roberto), é o sonho de qualquer ser humano, imaginando-se presentes afectivamente, complementando-se em casal no cuidado ao filho, não se desautorizando um ao outro na sua educação, discutindo as estratégias a seguir. Apesar de terem muitas dúvidas quanto a se serão ou não bons pais, vêem-se contudo a ajudar os seus filhos a lidar com o seu lado emocional, não o descurando, identificando os sentimentos, a lidando com eles, distinguindo-os. Um deles (Roberto) vê também na relação com um filho uma possibilidade de relação libertadora de si, que o levaria a descobrir uma nova faceta da sua identidade, mais expansiva nos afectos e na expressão dos sentimentos.

O maior receio é virem a ter com o filho uma relação idêntica à que tiveram com os seus pais, pelo menos a partir de uma determinada altura da vida e de passarem com eles o que entendem que os seus pais passaram consigo, uma espécie de eterno retorno familiar, castigador, punitivo de um certo ponto de vista. Para que isso não aconteça, aquilo que esperam fazer com os seus filhos, de diferente, por comparação com os que os seus pais fizeram consigo, é estar mais presente física e emocionalmente, passando tempo e fazendo actividades com os filhos, não ser demasiado protector nem ter uma relação simbiótica patológica, deixá-lo crescer, acompanhando-o e dando-lhe suporte sempre com vista à independência, esperando para isso ser capazes de lhe passarem o que aprenderam na Comunidade Terapêutica e utilizando o mesmo modelo de acompanhamento.

Apesar de 6 residentes, 3 mulheres e 3 homens, terem filhos de outras relações (Tobias, Patrício, Alberto, Teresa, Josefa, Alma), maior parte dos entrevistados tem filhos da

actual relação. Destes 3 homens entrevistados, os seus filhos de relações anteriores não co-residem consigo. No caso de Tobias e Patrício eles nasceram de uma relação baseada na toxicod dependência. No caso de Alberto, a filha nasce de uma relação que resultou em divórcio, com posterior afastamento entre pai e filha.

Os que têm filhos que, biologicamente, são só dos companheiros, vivem 3 situações distintas. Na primeira, o entrevistado co-reside com filhos da sua companheira em comunhão com os seus filhos (António). Os primeiros já são crescidos, dos quais uma foi mãe precocemente. No segundo caso (Teresa) o marido tem filhos já adultos, com os seus próprios filhos, não co-residindo com a entrevistada, a qual tem um filho biologicamente só seu a co-residir com o casal. No terceiro caso (Filomena) o seu companheiro vive actualmente um processo de divórcio complicado, co-residindo aos fins-de-semana e sempre que se proporciona, com os filhos menores deste.

Há filhos que já tinham nascido previamente ao internamento dos pais na CT, sendo muito pequenos na altura. Viveram uma parte da vida de toxicod dependência dos pais, bem como ausência inerente ao tratamento. Este período de não participação e envolvimento na função parental durante os primeiros anos dos filhos é referido como bastante marcante na relação. Tiveram de aprender a ser pais durante o internamento e, após a sua saída, tiveram de recuperar o tempo de ausência, reparando afectivamente, na medida do possível, a relação com os seus filhos. Estas primeiras gravidezes foram, em regra, pouco elaboradas, pouco desejadas e pouco acompanhadas. As companheiras foram também elas pouco suportadas, podendo ser igualmente toxicod dependentes na altura ou não. Alguns destes filhos tiveram uma primeira infância pouco investida parentalmente, pelo menos, por um dos pais. Após a saída da CT é descrito um momento de um certo desconforto na relação. Quem assumia a função parental até ao momento, não abdicava desse papel com facilidade. Estes pais recém-saídos da CT também, ou não se sentiam suficientemente preparados para assumir essa função, ou se sentiam de tal forma culpabilizados por tudo o que não tinham feito, que sentem não ter a legitimidade de exigir respeito, demonstrar autoridade, recuperar a sua função. Procuram, então, compensar, ao longo dos tempos, estes filhos que sentem ter amado pouco, com um envolvimento nas suas actividades diárias, na promoção do diálogo, da brincadeira, na ajuda dos t.p.c. para dar alguns exemplos. Nos entrevistados homens é frequente a referência da maior ligação do filho à mãe e sua justificação pela ausência enquanto ele pai esteve internado. É notória uma certa inveja pelo facto de os filhos rapazes falarem, com mais facilidade com as mães, dos seus assuntos de escola, namoradas, “coisas de homens”, do que com eles.

Já após a saída da CT, houve entrevistados que tiveram ou um segundo filho ou o seu primeiro filho. No caso dos que tiveram o seu segundo filho todos referem a enorme diferença em todo o processo, desde a decisão de terem ou não, o planeamento com um seguimento pré-natal rigoroso, a preparação da vinda da criança, os sentimentos, e a nova relação estabelecida com este segundo filho. Não há gravidezes não desejadas. São ou planeadas, ou acontecem naturalmente e são aceites. É como se procurassem neste segundo filho uma possibilidade de reconciliação com a sua história, com a sua auto-imagem. Para isso vivem a experiência da maternidade/paternidade com uma intensidade muito maior, com um investimento muito mais notório, apesar dos medos, receios e sentimentos contraditórios.

Um dos residentes, Bernardo, deparou-se com a doença da mulher e da filha, detectada no momento do parto com necessidade de intervenção cirúrgica de urgência. Tal constituiu um momento de grande desorientação para si, sentindo-se castigado pela sua história de toxicoddependência. É um dos pais que fala com mais entusiasmo da relação com a filha, dos investimentos triplicados que têm que fazer, para atender às suas necessidades.

A dificuldade em engravidar, os abortos espontâneos ou decididos, presentes em 4 casos, marcam a relação parental actual. É como se pairasse um certo fantasma de castigo, de culpabilização, de punição. A ligação entre esses factos e a sua toxicoddependência é inevitável.

Os casos que foram pais pela primeira vez, após a saída da CT, são na maioria homens. Encontram-se vários cenários: desde gravidezes planeadas e decididas, às dificilmente aceites, desde o achar que não se queria ter filhos ou que não se gostava de crianças, ou que se queria investir na vida conjugal, profissional e de lazer, entre outros. Nos casos em que houve mais do que um filho, o primeiro foi mais difícil, porque ressaltavam as dúvidas sobre a competência para a paternidade, não podendo esquecer que, tal como referem os entrevistados, os modelos maternos ou paternos não foram sentidos e vividos como transmissores de confiança na capacidade de serem bons pais. Para alguns entrevistados esses receios desvaneceram-se com a experiência, com o quotidiano, com o prazer da descoberta e do investimento. Outros sentem estarem a formar-se ainda enquanto pais, não se sentindo muito à vontade para o ser.

É interessante verificar, no caso de Gonçalo, o sentimento de traição com o nascimento do filho. Este sempre pensou que, já que tinha sido tão difícil para si comprometer-se numa relação conjugal séria e adulta, essa relação seria, a seu ver, sempre a mais importante. Com o nascimento do filho constata que, para a sua companheira, a relação com o filho tinha passado a ser a relação mais importante para ela. O inverso (no casal)

também se verifica sendo Caetano a referir que a sua filha é a coisa mais importante da sua vida.

No casal, esta parentalidade é vivida de forma diferenciada, nalguns casos mesmo clivada: “ a mãe é mais mimo, eu tive que assumir o controlo”, ou o inverso, “a mãe é mais regras, educação, limites e eu é mais brincadeira”.

De uma forma geral todos têm uma percepção muito favorável da sua relação com os seus filhos, não idealizada, mostrando o que lhes parece ser os pontos fortes e fracos da relação, dando uma imagem aparentemente bastante realista desta relação.

Na relação parental podem-se encontrar modelos mais tradicionais em que a mulher detém as responsabilidades de cuidar, zelar, estar mais atenta, enquanto ao pai tem um papel mais pontual e por vezes quase demissionário. Contudo, também se encontram modelos mais modernistas pelo envolvimento de ambos os pais no cuidar dos filhos, no investimento afectivo dos mesmos, nas suas rotinas, nas decisões que a eles se referem. Parece que os pais homens, mesmo os mais investidos, estão mais presentes na cobertura dos momentos de lazer do que na rotina continuada dos cuidados básicos.

As rotinas dos pais cruzam-se, no cuidado dos filhos, de forma absolutamente assimétrica, na grande generalidade dos entrevistados. Basicamente é a mãe a “master responsible” pelas questões relacionadas com os filhos, sendo uma responsabilidade sua assegurar a organização e continuidade dos cuidados. O pai participa, em diferentes níveis, consoante os entrevistados. Há os que pouco participam, os que ajudam a mãe sempre que esta solicita ajuda, os que participam moderadamente, os que se responsabilizam parcialmente, os que se responsabilizam simetricamente com a mãe. Nas actividades quotidianas e regulares de cuidado à criança, o maior grupo é o dos que pouco participa, notando-se de forma mais clara o modelo parsoniano de educação. O segundo, ou seja que ajudam mas quando solicitados também são representativos e Alfonso (34) ilustra o grupo na perfeição:” Eu fiz muita questão nisso. Disse-lhe: ó Maria quando precisares dizes-me, pede-me.(...). São muito esporádicos os momentos em que assumo o controlo. Mas quando me é solicitado, isso...prontamente!”. Os que participam moderadamente já assumem áreas de intervenção da sua responsabilidade, como os assuntos escolares, de saúde, não sendo muito representativos. Os que se responsabilizam parcialmente não têm propriamente áreas de intervenção demarcada. Participam na generalidade, ainda que a maior responsabilidade seja da mulher. Por fim, os que se responsabilizam simetricamente com a mãe, fazem-no nos cuidados diários, continuados, assumindo qualquer um o comando, de forma ou intercalada, ou articulada. Também é interessante ouvir, da parte do homem, dizer que não faz porque as

mães não deixam (o que em muitas situações poderá ser verdade pelos conteúdos funcionais dos modelos por elas internalizados). Também se ouviu a mulher dizer que só para não ter de explicar tudo o que ele teria de fazer, responder às suas dúvidas, prefere ser ela a fazer, fazendo-o mais rápido e sem problemas! É interessante verificar como estes jogos se desenvolvem e os mecanismos que lhes subjazem. Parece também haver uma certa tendência descrita sobretudo nos 3 primeiros grupos para uma clivagem entre o interior e o exterior no desenvolvimento de tarefas do cuidado à criança. A mãe é associada a tudo o que é interior à casa, e o pai participa sobretudo no lado mais externo (deslocações, idas a médico, escola, entre outros).

A capacidade de elaboração e mudança do primeiro para o segundo filho, caminhando progressivamente para uma maior simetria é referida por Helder (20): "É assim, eu antes achava que fazia muito em casa. Quando havia só a primeira filha, eu achava que fazia muito... hoje apercebo-me que não fazia rigorosamente nada, ou o que fazia era uma gota de água no oceano. Actualmente como é que é? É assim, se for muito sincero, acho que a minha mulher faz bastante mais (riso) que eu.(...) Mas depois faço porque percebo perfeitamente que tenho que fazer. Mas o que é que eu faço? Faço tarefas em casa, faço quase tudo menos passar a ferro (...) mas procuro ajudar o mais possível em casa e com os miúdos."

Apesar de ser a mulher, a mais envolvida e responsável pelo cuidado das crianças, as decisões que respeitam aos filhos são sempre tomadas em conjunto, como forma de, por um lado, se ajudarem e de, por outro, se protegerem. A este nível pode dizer-se que há uma partilha simétrica da tomada de decisão e um maior sentido de responsabilidade.

Nas actividades em conjunto pode perceber-se com clareza que os pais entrevistados se referem maioritariamente a actividades de lazer e no exterior como passear, andar de bicicleta, centro comercial, festas, de amigos, levar aos treinos, natação, espectáculos, danças, concertos. As mães, além desses programas, referem também programas mais interiores como brincar em casa, ler, brincar com os animais de estimação, as refeições. As actividades de lazer são as mais praticadas com os filhos por ambos os pais em conjunto.

Referida pelos homens é a necessidade de fazer programas espectaculares com os filhos, como se para eles gostarem de estar com o pai, o programa tenha de ser completamente fora da rotina e da simplicidade do dia a dia. Este dado parece ser revelador da insegurança masculina e uma forma de compensar os seus filhos pelo tempo que sentem que deveriam estar mais com eles. Isto porque o tempo em conjunto com os filhos é, no caso das mulheres, normal, diário, de várias horas e actividades por dia, enquanto no caso de grande parte dos homens, os tempos em conjunto resumem-se, por vezes, a um espaço muito curto da noite,

aos fins-de-semana (porventura quinzenalmente), às férias, às folgas. É interessante um dos entrevistados (Bernardo) dizer que, nos dias da sua folga, não leva a sua filha a creche para ele passar todo o dia com ela, para a compensar do tempo em que não pode estar. Procuram, desta forma, não repetir a ausência sentida, muitas vezes, na relação com os seus próprios pais.

É consensual a absorvência que os filhos têm nas rotinas e no dia a dia dos pais, referindo-o todos os entrevistados independentemente do sexo. Consoante as idades dos filhos também essa absorvência vai sendo maior ou menor e mudando de carácter. A personalidade da criança e o tipo de relação que se foi estabelecendo ao longo do tempo contribui para a salvaguarda de tempo para si por parte dos pais. Esta absorvência pode ser mais regular ou descontinuada, ou concentrada em determinados períodos como no caso dos fins-de-semana ou férias dos filhos. O total afastamento dos filhos, ou a convivência não quotidiana com os mesmos também se verificou ainda que muito menos.

No masculino, a existência de companheiras e mães permitem aos entrevistados referir que o seu tempo para si próprio está salvaguardado. As crianças não lho tomam apenas porque há alguém que assume a responsabilidade de cuidar delas durante esse tempo, seja de uma forma mais concertada entre ambos, combinada, definida, simétrica, seja de uma forma clivada em que é à mulher que cabe a função de passar a maior parte do tempo com a criança ficando os momentos de lazer destinados ao homem. No feminino, a recente maternidade de duas mães (Josefa e Alma) leva a que a sua vida gire à volta dos recém-nascidos, pouco tempo sobrando para si próprias.

O estilo parental dos próprios pais influi na capacidade de salvaguardar ou não um espaço para si, não fundindo o seu dia a dia com o dos seus filhos, como se notou em dois casos (Nuno e Lena). Ele, mais controlador deixa-se levar à exaustão, tendendo o seu tempo a girar em torno do seu filho. Ela, mais autónoma, estimula no filho a capacidade desenvolver as suas actividades, permitindo-lhe trabalhar em casa e ter tempo para si.

A existência de um espaço para si pode ser conseguido à custa do desempenho do papel de mãe, por parte da avó da criança. Desta feita, o espaço para si que a entrevistada possui era-lhe oferecido mas não desejado. Após o tratamento é difícil para os avós, abdicarem deste papel. Para os pais é difícil recuperarem-no, mas manter a situação também tem vantagens, no sentido de poderem ter tempo para si próprio, podendo fazer o que não se fez durante vários anos da vida.

Caracterização do estilo educativo

A generalidade dos entrevistados com filhos enquadra-se, grosso modo, no estilo contratualista, (Kellerhals e Montadon, 1991) mas com traços dos outros dois estilos sobretudo a dois níveis: a questão do maior ou menor controle educativo e a menor ou maior diferenciação nos papéis educativos expressivos e instrumental pelo casal. É aqui que se pode notar alguns matizados embora a generalidade dos entrevistados refira estar muito atento à educação dos seus filhos. Podem ter um papel mais ou menos activo em termos do casal, mais ou menos diferenciado, mas em que se procura compreender o mundo dos pensamentos e sentimentos dos filhos, os seus comportamentos e manifestações. Apesar de no casal poder haver alguns casos em que as mães têm uma certa tendência para serem mais protectoras, no cômputo geral do casal, a tendência é para estimular o filho para a autonomia. Com regras claras e definidas, os resultados das acções educativas procuram conseguir-se sobretudo pela motivação, pela explicação, pela sensibilização para a sua importância para a criança, para a família, para a sociedade. Estimulam-se actividades exploratórias das capacidades, dos gostos, das aptidões inatas dos filhos, como a dança, a música, o desporto, em especial o futebol e a natação, apesar de a prioridade das prioridades dever ser a escola. Não se obstrui o espaço, a criatividade e imaginação mas agregam-se à formação base, como complemento de uma educação abrangente e multidimensionada.

Parece haver uma grande abertura ao exterior, na busca ou aceitação de influências proveitosas na educação dos filhos, todos referindo a filtragem que fazem, em casal, de todos esses contributos externos.

Como valores que procuram transmitir aos filhos aparecem: a responsabilidade, o afecto, a segurança e protecção familiar, a amizade, a verdade, o respeito mútuo na relação com os pais, a humildade e seriedade como ingredientes essenciais à relação com os outros, o valor do trabalho e do sucesso, o respeito por si próprio, o combate ao materialismo (compensatório da falta de afecto), o valor do bom carácter, a honestidade, a solidariedade social, o não preconceito, a valorização do interior da pessoa, a educação, o valor da conquista, respeito da propriedade alheia e a poupança.

As responsabilidades dadas aos filhos são basicamente a organização e arrumação de espaços e materiais, ajuda nas tarefas domésticas ligeiras, cuidado pessoais de higiene, cuidado dos animais de estimação e as responsabilidades inerentes às actividades escolares e extra-curriculares. No entanto, a responsabilidade clara, sublinhada e enfatizada é a escola, o que para alguns pais (Patrício e Cristino) se reveste de uma tentativa de realização por intermédio do seu filho, na superação de si próprio através dele, proporcionando-lhe

oportunidades que o próprio não teve. Para outros representa simplesmente o instrumento, uma espécie de passaporte para um futuro mais promissor. As actividades complementares vão desde a dança, a natação e o futebol em vários casos, actividades ao ar livre variadas, equitação, leitura, jogos e computador, grupos de escuteiros, actividades de desenvolvimento de raciocínio (puzzles, jogos didáticos). Muitos entrevistados referem inclusive o incentivo a estas actividades no sentido de os filhos aprenderem a ocuparem o tempo de uma forma saudável e prazerosa, de maneira a não enveredarem por comportamentos anti-sociais, como os que estão presentes na sua história de vida.

As regras referidas pelos entrevistados na educação dos filhos, que muito se cruzam com os valores já apresentados, são muito pragmáticas e ligadas à organização do quotidiano (horas de deitar, refeições à mesa, hora dos trabalhos da escola), bem como ligadas às relações interpessoais (ser educado socialmente, respeitar o pai e a mãe, bem como os restantes familiares, não mentir, pedir ajuda quando se está com uma dificuldade ou dúvida), e ainda a assuntos como higiene e alimentação. Na imposição destas regras uns são mais controladores, outros mais motivadores.

Apesar da organização familiar se procurar construir com base na motivação dos seus membros, na educação dos filhos há formas de contenção de determinados comportamentos negativos sendo os castigos mais frequentes o aviso prévio para não fazer algo (admoestação); o ralhete; a palmada no rabo; ir para o quarto ou para a cama pensar porque se está de castigo (aqui há divisões dos entrevistados quanto a este castigo, uns concordam outros não e justificam com pareceres técnicos); sentar-se num degrau da casa virado para a porta sem poder olhar para trás onde está a família a pensar porque está de castigo tendo depois uma conversa com os pais sobre o que se passou a fim de aferirem se ele percebeu o motivo; retirar-lhe as actividades que mais gostam (playstation, futebol, televisão, não ir brincar com o/a amigo/a); estudar ou ler. Uma outra forma de aprendizagem em relação ao erro, referido por uma das entrevistadas, é a reparação do acto, ou seja, se gastou dinheiro indevidamente terá de repor esse dinheiro, se mentiu ou escondeu terá de repor a verdade com quem de direito. Há uma grande dificuldade manifestada por alguns entrevistados em conter, castigar, impor uma certa ordem aos filhos, devido ao sentimento de culpa, por não terem cuidado deles devidamente no passado, sentindo-se com pouca legitimidade para o fazer agora. Ainda assim, referem que este tem sido um aspecto da relação parental que tem vindo a evoluir, no sentido de assumirem o seu papel de pais.

São várias as influências externas aceitas pelos pais para a educação dos seus filhos. Vão desde a vários profissionais de saúde, professores e outros educadores, amigos ou casais com filhos, programas televisivos sobre educação, livros e revistas da especialidade e internet.

Em alguns casos, parecem ser mais notórias as diferenças existentes no casal, em termos de estilo educativo. Um é mais rígido outro mais flexível, um mais organizado, outro menos. Tal como na conjugalidade, em que é possível cada um dos cônjuges ter um modelo de conjugalidade, muitas vezes diferente, também na forma de assumir a parentalidade, isso parece poder acontecer. É notória a atenção dada pelos entrevistados no sentido de não reproduzirem as clivagens tão frequentes na sua própria educação enquanto filhos.

A comunicação com os filhos é vista como muito importante, pois foi ou continua a ser um dos problemas que os entrevistados durante grande parte da vida sentiram ou sentem com os seus pais. É, por isso, por todos procurada uma comunicação espontânea, aberta, sem tabus, mas também sem invasões. Nota-se da parte dos entrevistados o respeito pelo momento, pela dificuldade de falar ou pela vontade dos filhos de não falar. Sobretudo os homens, sentem-se por vezes desconfortáveis se a comunicação não for muito fluente, porque acham que isso evidencia as suas próprias dificuldades em comunicar, em ser pai. Claro que há filhos mais faladores, outros mais reservados e é, sobretudo, nestes últimos casos, que os pais se sentem em causa como se perguntassem a si próprios:” ele é assim pela sua personalidade? é assim porque não gosta de falar comigo? ou eu não estou a fazer as coisas certas para que isso aconteça?” Facilmente os fantasmas do passado despertam devido ao período de ausência na infância mais precoce do filho.

Alguns homens referem que os seus filhos são mais comunicativos com as mães mesmo em assuntos de homens, o que os deixa a sentir não estará cumprir o seu papel masculino na educação dos filhos. É curioso a este propósito que quando falam numa boa comunicação os exemplos de abertura, são sobretudo exemplos que têm a ver com a sexualidade (o preservativo, as namoradas, ...) mas também a prevenção de estilos de vida pouco saudáveis, pelo reforço da ideia de não se aceitar coisas de estranhos na escola, e explicação, gradual, em alguns casos, do percurso do pai ou mãe, como experiência de vida, de onde o filho possa tirar alguma lição. O futebol é também um “quebra-gelo” bastante referido pelos homens entrevistados para desbloquear a comunicação. É também interessante notar a preocupação dos pais pela comunicação não verbal, pela expressão facial com que o filho chega da escola, pela postura corporal.

Parece haver uma tendência para, na percepção dos entrevistados, que a criança, ou as crianças, estejam no centro de toda a dinâmica familiar. E isso é visível quando apenas se

entendem os filhos como família, ou quando se refere o lugar gradualmente central dos mesmos e quando existem ciúmes quer da parte da mãe quer da parte do pai, da importância que tem para o cônjuge a relação que tem com o filho.

Apesar de a centralidade da criança parecer ser generalizada, há dois casos que ressaltam, pela sua diferença, o interesse de análise. O primeiro porque é precisamente o oposto da generalidade, quando refere Alberto (64):” A minha filha está um bocado longe dos meus pensamentos é muito raro às vezes tenho de me lembrar que tenho uma filha perguntam-me por ela e tal?”, “há muito tempo que não a vejo”, “há tanto tempo que não falo com ela”. O outro, Tobias, porque o seu filhos não tem espaço físico para si na família:” Penso que neste momento aquilo que mais assusta a minha companheira era se o meu filho fosse viver lá para casa. Acho que isso era um caos nunca ia funcionar. (...) Sente-se um bocado privada da sua própria liberdade e ameaçada pelo meu filho.”

Nos receios que têm em relação ao futuro dos seus filhos o mais referido ou subtilmente mencionado, é o receio de que tenham um percurso semelhante ao seu. Assumindo claramente ou não, este é o receio mais transversal aos entrevistados. Muitos deles referem que os tempos dos seus filhos serão diferentes dos seus pelo que terão de estar muito atentos porque a manifestação dos sinais será diferente. Para alguns o pior medo é vir a ter um filho como eles próprios! Um receio complementar ao dos consumos é o progresso, a evolução das sociedades, dos comportamentos, a insegurança, receando não conseguir acompanhar essa evolução. Em termos do período do desenvolvimento, também parece transversal a identificação da adolescência como período que mais receiam. Estes pais têm como referencial a sua própria adolescência, os seus deslimites, os seus comportamentos, as posições críticas em que colocaram os pais. Um dos entrevistados, Helder, receia comportamentos violentos do seu filho contra si, repetindo o que ele próprio fez ao seu pai. Não conseguir dar financeiramente resposta às necessidades (educativas, alimentares, vestuário) crescentes dos filhos, os medos inerentes à saúde (Bernardo), à exposição dos filhos a situações de marginalidade (Patrício) foram também referidas.

Em suma, a maioria dos entrevistados tem filhos, notando-se uma tendência generalizada para uma educação dos mesmos dentro do modelo contratualista, valorizando muito a relação, na qual investem procurando não repetir padrões familiares que consideram pouco saudáveis. Acentuam o acompanhamento e motivação nas actividades quotidianas mas também a autonomia e a transmissão de valores que estimulem a auto-regulação. Procuram

criar condições para uma relação aberta, baseada no afecto, no diálogo, na descoberta de si enquanto pessoas, através da estimulação de actividades exploratórias. Estão bastante abertos ao exterior no que se refere a tudo o que sejam contributos relevantes à educação, mas acentuando o seu poder decisivo na filtragem da informação. Por vezes, é no próprio casal que se notam matizes diferentes nas perspectivas de educação, não a ponto de a clivar.

Nos casos que tinham já filhos previamente ao tratamento, a relação parental está muito marcada pelo passado, pelas memórias, pela ausência, pela culpabilidade e pelo envolvimento dos avós de forma muito forte ao início e, progressivamente, mais ténue na actualidade, resultado dos investimentos parentais dos entrevistados.

9.4 Relação com família de origem

Apenas três entrevistados vivem com os pais (Carla, Carlos e Alberto), sendo que dois dos entrevistados moram com os pais desde que saíram da CT e um deles regressou a casa da mãe após uma situação conturbada de divórcio, tendo perdido a sua casa. Destes três casos, dois deles apesar de tudo conseguem ter a sua privacidade e autonomia, fazendo uma vida com a autonomia possível a esta situação, já de si um pouco ambígua. No caso de Alberto, foi suficientemente descrita por si a sua falta de espaço próprio a todos os níveis, o que não deixa de ser curioso porque dos três é o sujeito mais velho, com um percurso de vida que já implicou uma vida autónoma com família constituída. O regresso forçado ao “ninho” materno dá-se razões financeiras, dando à mãe viúva a oportunidade de cuidar novamente de alguém, de ter uma razão de viver e um sentido para o quotidiano.

A relação com a família de origem é apresentada pela generalidade dos entrevistados fazendo referências constantes ou ao passado de toxicodependência ou ao período imediatamente a seguir à saída da CT. Há uma culpabilidade por tudo os que se obrigou a família a passar, mas também um sentimento de agradecimento e de dívida por tudo o que a mesma fez no sentido de os ajudar. A grande parte dos entrevistados refere-se à relação com a família de origem como uma boa relação, com maior ou menor proximidade, física e emocional. Há três casos de um afastamento notório em relação à família de origem: o do Alexandre, o do Helder e o do Nuno. No primeiro caso, o afastamento físico foi a forma encontrada para uma “boa” relação baseada em ocasiões especiais, pontuais, em que tudo corre bem, circunscritas no tempo. No segundo caso, a mágoa e os ressentimentos em relação à família abriram espaço a uma nova prioridade que é a família constituída, essa sim, realmente importante. No terceiro caso, o afastamento físico é apenas coincidente com o

afastamento afectivo. Nos casos restantes há uma proximidade relativa, maior ou menor, em que 15 casos manifestam essa proximidade face a 6 que se sentem pouco próximos dos pais.

Relativamente aos pais, o tipo de relações com o pai e com a mãe são diferenciadas. Os entrevistados que fazem a distinção no casal descrevem a relação com a mãe como mais permeada pelas histórias do passado de toxicodependência, mas também mais descrita como mais próxima. A relação com o pai ou é descrita como muito permeada pela ausência (António, Helder, Roberto, Alexandre) ou como uma relação de muito respeito e admiração (Cristino, Bernardo, Carlos, Caetano).

No que respeita aos irmãos, parece notar-se uma certa tendência para relações pouco próximas entre irmãos. Para este efeito, foram apontadas pelos próprios as seguintes razões: diferentes personalidades, afastamento dos percursos de vida desde há vários anos (anos de consumos), competitividade, sentimentos de mau estar, culpabilizações várias, problemas decorrentes de partilhas, dificuldades inerentes ao dia a dia de manter uma relação muito próxima. Apesar disso há alguns entrevistados com uma boa relação com os irmãos.

Outro traço evidente nesta relação é a sua permeabilidade à doença, morte, fragilidade continuada. A prática de cuidados continuados a um dos pais, a sucessão de operações e necessários cuidados pós-operatórios em outros, o envelhecimento acentuado, com os seus sinais de irritabilidade, “rabugice”, perda de vitalidade são descritos com frequência.

As mulheres entrevistadas, com filhos já durante o internamento, referem a melhoria da relação com os pais na actualidade, pela diminuição da interferência dos mesmos na educação e cuidado aos netos.

Problemas de comunicação caracterizam as famílias com problemas de toxicodependência como o ilustra Tobias (32): “Se calhar o maior problema teve sempre a ver com o diálogo, mesmo... com a forma como sempre lidei com eles. Nunca foi com uma abertura muito grande. Foi sempre tudo muito camuflado. Estava sempre tudo bem. A resposta saía automática: então como é que estás? Está tudo bem....”.

A regularidade com que falam é muito variável de caso para caso, consoante se viva com os pais, consoante se mora perto ou longe, consoante a proximidade relacional. Uns falam todas as semanas ao telefone, outros todos os dias ao telefone, outros falam sobretudo à hora das refeições que fazem juntos, com maior ou menor frequência semanal ou mensal.

Relativamente aos assuntos de que falam, enquanto uns dizem que se fala de tudo, outros especificam mais referindo-se ao quotidiano, família, amigos, histórias de antepassados da família. Um dos residentes (Caetano) diz mesmo que só pode falar com o pai de três assuntos: futebol, pombos e política, enquanto com a mãe fala de tudo, mas sobretudo do pai.

É como se ainda assim, houvesse áreas delimitadas dentro das quais as conversas podem correr bem. Apesar de todos dizerem não haver tabus na sua família, há assuntos que não são falados. Num dos casos (Roberto), a doença cancerígena da mãe, hospitalizada, é um desses assuntos não falado intra família (de orientação), mas que cada um dos elementos da família fala com o exterior: médicos, família constituída, amigos. De droga também dizem não se falar, porque tudo já foi falado. De investimentos financeiros também não se fala, em alguns casos, para não preocupar os pais e de relações íntimas, por não haver à vontade. Política, futebol e religião são para um dos entrevistados (Carlos) assuntos melindrosos na relação com o seu pai. A dificuldade de falarem, com a família de orientação, de como se sentem, causa um certo desconforto no dia-a-dia.

Parece haver, na actualidade, uma melhoria considerável na comunicação com a família de orientação, mas com problemas residuais. Mantém-se, uma maior actividade materna a nível comunicacional, a existência de alguns tabus, um certo melindre e encanto na comunicação com pai, uma dificuldade em exprimir o que se sente, bem como discutir assuntos prementes e que exigem tomadas de decisão diárias. Parece manter-se também uma diferenciação clara no estilo comunicacional do entrevistado com o pai e com a mãe. A mãe está mais próxima, com tudo o que isso pode ter de positivo mas também de intrusivo. Fala-se mais com a mãe, têm-se conversas mais espontâneas e banais do quotidiano.

Talvez pela ausência sentida por alguns durante muito tempo, o diálogo com o pai é algo desejado, mas com alguns entraves que podem advir da pouca experiência de comunicação entre ambos sendo conversas geralmente mais temáticas e dotadas de uma certa seriedade. Em algumas situações a mãe continuar a fazer a ligação comunicacional entre pai e filho, conversando este muito mais com a mãe, qual conversará com o pai. Não é pouco frequente referirem que quem geralmente toma a iniciativa de telefonar é a mãe, parecendo ser ela o elo mais activo no sentido de manter a rede de comunicação familiar a funcionar.

Apesar de todos referirem que a comunicação com a família de origem está hoje melhor que há algum tempo atrás e que tem vindo a melhorar progressivamente, facilmente se verificam que se mantêm ainda muitos aspectos residuais de um estilo comunicacional do passado muito perturbado, pouco claro, pouco fluente, pouco circular, mas neste momento menos constrangedor e perturbador do entrevistado, até pelo distanciamento físico das suas famílias de origem, em que muitos se encontram. Um é a presença do segredo e das alianças e coligações que uns fazem com os outros, referido por um dos casos (Cristino); outro é a posição de mediadores de conflitos em que ainda hoje muitas vezes os entrevistados se sentem (Alfonso), em que as coisas não são ditas pelos directamente envolvidos mas se apela

a um terceiro, eventualmente porque se considera que este fez um percurso terapêutico que lhe permite ter capacidades que o habilitam a essa missão.

Como se pode verificar, apesar de todos referirem que a comunicação com a família de origem está hoje melhor que há algum tempo atrás e que tem vindo a melhorar progressivamente, facilmente se verificam que se mantêm ainda muitos aspectos residuais de um estilo comunicacional do passado muito perturbado, pouco claro, pouco fluente, pouco circular, mas neste momento menos constrangedor e perturbador do entrevistado, até pelo distanciamento físico em que muitos se encontram das suas famílias de origem pelo facto de a maioria ter constituído família.

Os problemas sentidos na relação são muitos e diversificados (anexo nº 14). Contudo emergem os problemas relacionados com o envelhecimento, doença e morte eminente ou efectiva de um ou ambos os pais, com a preocupação adjacente do futuro do pai sobrevivente. Por outro lado, problemas relacionados com a invasão de privacidade da vida familiar sobretudo pelas mães, com tudo o que isto traz de conflitos tanto internos, pessoais e conjugais. As relações com irmãos são atravessadas por problemas de má comunicação, competitividade, inveja e inferioridade, acrescidas de um novo actor que é a figura do cunhado, que assume um relevo considerável nos problemas entre irmãos. Problemas transversais de dificuldades de emancipação e autonomia face à família de origem têm também a sua relevância, isto tendo ou não constituído família própria, sendo contudo mais notório nos casos que ainda vivem com os pais. Pelo conhecimento teórico e empírico advindo da prática profissional, é possível fazer elos de ligação muito forte à história familiar na compreensão da origem destes problemas, bem como da sua manutenção até à actualidade.

Sabe-se, pela prática, que os problemas familiares não vão mudar significativamente com a passagem pelo internamento em CT. O que se espera que mude é a atitude do sujeito face a essas dificuldades e problemas. Nomeadamente pela definição de estratégias para, consoante o tipo de relação familiar existente e os problemas que se identificam, conseguirem ter, com a família de origem, a uma relação mais satisfatória. Duas grandes estratégias foram apresentadas com frequência. Uma diz respeito a mostrar à família que não recaíram, que reorganizaram a sua vida, que têm projectos que os alcançaram que tiveram sucesso na sua vida, de forma a sentirem-se valorizados e alvo de confiança. Outra, refere-se à manutenção de uma distância de segurança da família de origem, podendo esta distância ser mais física (geográfica, espacial) ou mais relacional. Ser financeiramente independente, ter momentos de qualidade juntos, definidos com base na vontade e não na imposição também é outra estratégia encontrada por alguns; ser frontal na comunicação; reparar a relação, fazendo coisas

que ajudem a família, reduzindo a sua culpabilidade; ter presente o humor na relação; ser mais compreensivo, ser menos impulsivo, ter uma postura mais responsável perante a vida e respeitar os pais; defender sempre as suas ideias, decisões e projectos, afirmando-se como pessoa; impor limites no âmbito de intervenção dos pais, sobretudo da mãe, foram algumas das estratégias referidas. Se para uns, afastar-se da família é uma estratégia, para outros, aproximar-se também o pode ser. A relação com a família de origem é, porventura, a que se encontra mais atravessada pelo passado de toxicodependência, pelo que os problemas apresentados são resquícios do mesmo, sendo as estratégias definidas por contraposição ao seu comportamento enquanto consumidores, quase como se quisessem ser ou tivessem perfeitos.

O grupo de entrevistados pode dividir-se em três, quanto ao espaço para si, na relação com a família de origem: os que sentem que têm o seu espaço próprio totalmente garantido e não ameaçado pela família de origem; os que sentem alguma intromissão por parte da mãe no quotidiano, mas vivem-na com alguma normalidade; e os que se referem a uma clara falta de espaço próprio, devido uma excessiva intromissão da mãe na sua vida. No primeiro grupo, o espaço próprio está salvaguardado, de forma mais natural ou artificial, e foi conseguido, em grande parte, através de um afastamento geográfico significativo e limitador de intromissões profundas. No segundo grupo, os entrevistados aceitam que as mães façam comentários e perguntas, dêem opiniões, salvaguardando a liberdade da tomada de decisão, sendo por vezes, necessário fazer chamadas de atenção subtis, quando os limites da participação materna na sua vida estão a ser ultrapassados. O terceiro grupo vê-se muitas vezes invadido na sua privacidade, pelas perguntas, pela abertura do correio que ainda vai para casa dos pais, pelos “conselhos gratuitos”, pela procura excessiva de controlar o dia-a-dia do filho, (alimentação, condução, horários etc.). A este propósito Alberto (62) refere: “(...) Para mim é um bocado chato, está a tornar-se um bocado chato a situação.(...) Não faz assim muito sentido, andar aí todos os dias atrás de mim:-”faz isto e faz aquilo, come aquilo, não sei quê, queres que faça assim, queres que faça assado”. Eu sei que ela quer o meu bem-estar, só que é demais não é preciso estar ali à trela. É um bocado assim, mas de resto é tudo porreiro...(riso)”.

Parece haver uma relação entre a diminuição do espaço próprio na relação com a família de origem quando a habitação é propriedade da mesma. Esta situação dá azo a ambivalências na imposição de limites, já que a gratidão e o sentimento de ilegitimidade de imposição de limites, se sobrepõe à lógica de uma autonomia com base num apoio familiar. Por parte da família, a intromissão faz-se, nestes casos, pela via da cobrança, mais evidente ou mais encapotada. O mesmo se passa nos casos em que a família de origem, mais a mãe, ajuda

economicamente o filho, achando-se, por isso, no direito de opinar sobre a sua vida e sobre as suas prioridades.

Em conjunto, os entrevistados desenvolvem com a sua família de origem, actividades presenciais (e dentro desta as de convívio e as de cuidado) e à distância. No primeiro grupo, as presenciais e de convívio, encontram-se os almoços, jantares, actividades do dia-a-dia, tomar café, compras, visitas a parentes, cabeleireiro, férias juntos, confeccionar refeições em conjunto, festividades. A regularidade destas actividades é bastante variável. Nos casos em que há uma proximidade de residência ou local de trabalho isso aumenta a regularidade de actividades em conjunto. Nos casos geograficamente mais afastados e com menor proximidade relacional, as actividades em conjunto circunscrevem-se a festividades, fins-de-semana, motivos especiais.

Nas actividades presenciais, além das de convívio, podem encontrar-se também as de cuidados de saúde aos pais, o que passa por fazer-lhes companhia, fazer tarefas de que se encontrem impossibilitados, levar a consultas, farmácia, entre outras. Nas não presenciais, a actividade é a conversa telefónica, mais espontânea ou marcada pela rotina, com frequência diária, semanal, mensal. De alguma forma, procura-se sempre, caso não se possa estar junto, pelo menos falar por telefone, seja por vontade, necessidade ou obrigação. Não se pode afirmar que quem vive com a família de origem está mais tempo com ela comparativamente com os que se autonomizaram. Fazem-no, possivelmente, como uma estratégia para lidarem com a não autonomização, construindo desta forma, uma maneira de se preservar a possíveis invasões do espaço próprio. Na generalidade, parece haver uma certa tendência para pais e filhos e por vezes irmãos passarem um tempo significativo juntos, possivelmente porque, como refere um entrevistado (Roberto), como forma de compensar o tempo em que estiveram ausentes da vida uns dos outros, ainda que muitas vezes presentes fisicamente.

Nos desejos de mudança para o futuro da relação (anexo nº 15) pôde encontrar-se dois tipos de posição. Por um lado, os que dizem não mudar nada na relação, posição esta mais baseada na resignação e na ineficácia do desejo do que no não desejo. Parece ser, portanto, uma posição mais defensiva e fundada na realidade concreta de que os seus pais mudaram menos que eles próprios, do que no não reconhecer o desejo de mudança de alguns aspectos da relação, independentemente de tal vir ou não a ser possível. A culpabilidade inerente ao passado pode também ser uma força neutralizadora do desejo de exigir algo à família de origem. É uma posição um pouco conformista provavelmente baseada no sofrimento que os pais já tiveram ao longo da vida não tendo os sujeitos legitimidade, sequer, de os querer mudar. O segundo grupo claramente deseja algumas mudanças na relação num sentido prático

da vida que é a mudança estar ao serviço do bem-estar geral da família, e aí não se inibem. Pôde perceber-se que as mães são os grandes alvos do desejo de mudanças, seguidos dos pais enquanto casal e só depois o pai. Parece também, ser claro, em relação às mães, o desejo de que se tornem mais independentes, que adquiram vida própria, que não se preocupem tanto com eles, que não os tratem como crianças, no fundo, que permitam a autonomização plena. Por último parece haver alguma tendência, para desejar recuperar, na relação com os pais, o tempo perdido, antevendo de alguma forma a finitude, procurando a reparação da relação através de cuidar deles na sua velhice.

Sumariamente, a relação com a família de origem pode basear-se na autonomia, na semi-dependência ou no controle. Uns sentem que têm o seu espaço próprio totalmente garantido e não ameaçado pela família de origem. Outros sentem alguma intromissão por parte da mãe no quotidiano, mas vivem-na com alguma normalidade. Os últimos referem uma clara falta de espaço próprio, devido a uma excessiva intromissão da mãe na sua vida. A relação com a família de origem é apresentada pela generalidade dos entrevistados fazendo referências constantes ou ao passado de toxicodependência ou ao período imediatamente a seguir à saída da CT. Relativamente aos pais, o tipo de relações com o pai e com a mãe são diferenciadas e com os irmãos parece notar-se uma certa tendência para relações pouco próximas. Outro traço evidente nesta relação é a sua permeabilidade à doença, morte e fragilidade continuada. Os problemas sentidos na relação são muitos e diversificados, contudo parece haver, na actualidade, uma melhoria considerável na comunicação com a família de orientação, mas com problemas residuais.

9.5 Integração Externa

Depois de se centrar a análise no interior da família, na dinâmica das suas interacções, nas suas várias relações, procurar-se-á compreender-se as suas ligações com o exterior a ela.

Os entrevistados abordam a sua relação com o exterior, num primeiro momento, por referência à protecção sentida na CT e ao momento de saída da mesma. A percepção que têm dele, hoje, passados vários anos, denota um forte sentimento de precaução em relação a um mundo perante o qual não se fecham, no qual aprenderam a viver.

As palavras usadas para descreverem a sua percepção do exterior foram as seguintes:

Positivas	Negativas	Neutras
Empatia, beleza, recomeço, novidade, integração, aprendizagem, escolha, espaço próprio	Sobrevivência, cinismo, impessoalidade, medo, perigo, manipulação, injustiças, desigualdades, selva, (ini)amizade, tentações, (des) confiança, (des)protecção, (in)segurança, frieza, indiferença, ganância, dificuldade, desilusão, adormecimento, stress contrariedades, estranheza, comodismo, (des) lealdade, competição, consumo.	Observação, diversidade, relação com público, política, luta, ponderação, análise, agitação, normalidade, dinheiro, testes.

Por estas palavras, retiradas dos seus contextos, parece que os entrevistados têm uma percepção assustadora, quase fóbica, do exterior. Apesar disso, na sua grande maioria, apesar da tónica da insegurança e desprotecção, eles vêem o exterior como um sítio onde se pode e conseguem viver, organizar a sua vida, integrar-se. Obviamente com determinadas precauções, que lhes advêm das suas experiências de vida, tanto mais recuadas como mais presentes, mas um mundo onde todos os dias se aprende e onde também existem coisas boas. Há os mais desiludidos com o “mundo exterior”, cada um pelos seus motivos, considerando-o uma selva, vendo-o de uma forma mais negra. As mulheres parecem ter uma percepção do exterior mais positiva que o grosso dos homens, usando expressões como “o mundo é belo”, “adoro passear, a praia, o mar...”, “o mundo não é uma tragédia”.

No sentido de abertura ou fechamento, é possível afirmar que o grosso dos entrevistados, é bastante permeável ao exterior à família. Nele estão incluídos os amigos, os contextos profissionais, os meios de comunicação social, as estruturas de educação dos filhos, as estruturas de saúde entre muitos outros. Não há aqui qualquer contradição com a percepção dos entrevistados, já que a percepção que se tem das coisas, se for negativa ou assustadora não obriga necessariamente ao fechamento, enredomamento, ou exclusão. Parece obrigar a estratégias de protecção e defesa face àquilo que representa perigo e ameaça, neste caso, as situações de risco generalizado, mais concretamente, em relação às drogas.

O espaço “casa” ganha indiscutivelmente, juntamente ao adereço “sofá” enquanto espaços de conforto, onde se sentem melhor. As palavras descritivas deste sentir foram:

meu espaço, à vontade, despreocupação com aparência, conforto, bem-estar, sofá, receber/convidar, sagrada, limites, conquista difícil, valor importante, realização, refúgio, cantinho, “aquilo que é meu”, casa/família, castelo, “museu das conquistas”, porto seguro.

É muito interessante perceber a valorização feita do espaço-casa porque nas histórias de vida destes sujeitos, durante uma parte significativa da sua vida, andaram em busca do seu espaço, interno e externo. Num sentido simbólico, este seu território é a representação das conquistas feitas, em termos da autonomia, família, bens e abstinência de consumos de substâncias. A indissociação entre casa e família, feita por alguns, deixa claro ela não se tratar só de um espaço físico para se falar de um espaço afectivo.

9.5.1 Caracterização da rede social

As pessoas que fazem parte da rede dos entrevistados podem agrupar-se em 8 grupos por ordem decrescente de importância: o dos ex-residentes (17), o dos amigos novos (16), os colegas/amigos do trabalho (11), o dos amigos de outros tempos (geralmente infância) e recuperados no presente (7), os amigos da(o) companheira(o) (5), os familiares do próprio (5), os familiares do companheiro (3) e os vizinhos (1). Os companheiros da CT têm ainda um peso importante na vida do ex-residente, indo-se o leque de relações do entrevistado alargando. Os novos amigos podem vir de várias origens, ou seja, de grupos de desporto, de antigos trabalhos, da Internet entre outros. São redes de pessoas que se conhecem por núcleos que, por sua vez, não se conhecem necessariamente entre si, em que a proximidade geográfica é variável, constituindo, nalguns casos, razão para a maior ou menor proximidade relacional. As actividades desenvolvidas com as pessoas apontadas são os telefonemas, jantares em casa uns dos outros, tomar café e os jogos de futebol, a par de outras como almoços, encontros para falar, passeios, sair e beber um copo, fazer praia, férias, reuniões e actividades de cariz partidária, reuniões rotativas em casa de cada um, e-mails, caça, surf, actividades desportivas de competição com pombos correio. São maioritariamente actividades de lazer.

Como se pode observar (anexo nº 16), 17 dos 22 entrevistados têm nas suas redes, pessoas não pertencentes à rede social familiar, ou seja, o conjunto de pessoas com que ambos os elementos do casal convivem, ainda que com maior ou menor intimidade. Apenas 5 têm uma rede individual que se sobrepõe à rede social da família. A rede individual que não se cruza com a rede social familiar é muito restrita, mas tem funções de equilíbrio, de complementaridade, de “manutenção” da individualidade. Parece traduzir uma forma de afirmação dos entrevistados, da sua individualidade, o que lhe confere um traço de modernidade interessante apesar de, como se referiu, a rede individual ser composta por poucos elementos mas relevantes. Em termos da sua origem são sobretudo provenientes do local de trabalho, ex-residentes, de grupos de lazer (desportivos ou hobbies), que os

entrevistados fazem uma certa questão de manter afastados da família. É interessante verificar que, quem vive com família de origem, parece ter uma rede individual quase excludente da rede social da família e composta por maior número de elementos, quando comparada com os que vivem com a família constituída, apesar de parecer que estes últimos têm redes mais vastas no seu todo.

Metade dos entrevistados acha que a sua rede é suficiente para as suas necessidades, cumprindo as suas funções, sendo contentora, protectora, securizante. Num segundo grupo (9 entrevistados), encontram-se os que gostariam de ter uma rede mais alargada, (sem perder a qualidade das relações que têm), tanto em número como na diversidade de pessoas. Ambicionam relações mais profundas, tendo a consciência que relações desse género levam tempo a construir, o que identificam como sendo uma grande dificuldade. A falta de tempo para cultivar novas relações e as dificuldades em activar as relações já existentes mas “adormecidas”, são os problemas apontados por este grupo. Desejam que as suas relações sejam duradouras procurando aliar a profundidade das relações à sua extensão no tempo. Encontrou-se também um caso em que a sua rede é muito pequena e circunscrita praticamente à família constituída, havendo um certo conformismo na situação. Dois casos já tiveram redes muito extensas, mais ou menos superficiais, e foram sentindo, por motivos diferentes, necessidade de delimitar a rede, circunscrevendo-a a um determinado perfil de pessoas. Há neste grupo, uma enorme desilusão com a superficialidade de uma rede muito vasta, que se revelou vazia de significado em momentos cruciais.

Dentro da rede social procurou-se perceber qual o papel da rede de parentesco. É razoavelmente variável quem o entrevistado entende como “família”. A grande parte dos entrevistados refere apenas a família de procriação. Há os que entendem apenas a família de orientação nuclear e os que entendem a família de procriação juntamente com a de orientação. Mas há ainda os que referem a família de procriação mais a nuclear mais alguns elementos da família de origem alargada. Por último, há os que incluem num destes pacotes familiares, elementos extras como amas, ex-marido e a própria CT. Notou-se a lateralização da rede de parentesco encontrando-se 4 variantes da mesma, apesar de uma delas ser a dominante. Na primeira, e mais dominante, é a família da mulher que está mais presente na vida familiar com 11 casos nesta situação. Em 5 casos é a família do homem a mais presente, em 2 nem uma nem outra está presente e num único caso estão ambas presentes de forma idêntica.

Como se pode observar (anexo nº 17) na rede de parentesco, os pais, irmãos, sobrinhos, tias e primas constituem o grosso do parentesco encontrado. Na família do

companheiro(a), os sogros vêm à cabeça, seguidos dos cunhados, incluindo-os aqui individualmente e enquanto casal.

Procurando fazer uma topografia da rede social (Kellerhals, 1988:170), tentou-se compreender, dentro das pessoas que fazem parte das redes de cada um, com quem gostam realmente de estar, com quem sentem que têm o dever de estar e a quem sentem que podem recorrer nos momentos de necessidade. Pelo anexo nº 17 pode observar-se que as companheiras, os filhos, os colegas de trabalho e os ex-residentes da CT constituem o grosso do grupo das pessoas com quem gostam realmente de estar na actualidade, constituindo a sua rede de afinidade. É de notar a importância da família de procriação, enquanto fonte de afecto, realização, bem-estar. Os ex-residentes continuam a estar numa posição de destaque, podendo ter diminuído, ao longo do tempo, o seu número e a regularidade dos encontros presenciais, mas a importância da qualidade da relação com os “sobreviventes” é notória. A rede de solidariedade assenta sobretudo no dever-ser, sendo constituída pela família de origem, de quem se gosta, com quem se gosta de estar, mas com quem se está muita vez por obrigação, por culpabilidade e por agradecimento. Encontram-se também nesta situação os que sentem a necessidade de cuidar de pais, que, por motivos de doença, necessitam de cuidados continuados, encontrando-se numa situação de dependência. Há também um sentimento de dever-estar diferente, relativamente à família constituída, fundado sobretudo nas responsabilidades familiares, a par de querer efectivamente estar com eles. A família da companheira aparece com um destaque razoável nesta categoria, não sendo contraditório com o que se disse em relação à lateralização da rede em relação ao casal. De facto, sendo os entrevistados maioritariamente masculinos, é a família da mulher quem mais presente está na vida familiar, o que não significa que seja por desejo. A rede de auto-protecção é constituída pelos pais e irmãs, bastante destacados como grupo de apoio, mas quase a par com a companheira. Tal que significa que, em momentos de dificuldade, o casal procura primeiro resolver os problemas entre os dois, e só depois abre o leque de opções consoante o tipo de apoio necessitado.

Nas ajudas recebidas na actualidade, seus prestadores dentro da rede e sua frequência (pontual - várias vezes – frequentemente – regularmente), pode perceber-se que, tendo em conta o anexo nº 18, na globalidade, os maiores prestadores de ajuda a todos os níveis são os pais, sogros e irmãos. Consoante o tipo de ajuda pode verificar-se um maior ou menor mesclado. Em termos financeiros/monetários, os possíveis prestadores são basicamente os pais e sogros e, menos frequentemente, um casal amigo, um ex-residente e o patrão. As instituições de crédito bancário foram aqui incluídas para dar expressão ao que os

entrevistados referem a propósito dos empréstimos, ou seja, que preferem que sejam aos bancos, ficando assim livres de cobranças familiares e/ou sujeição a pressões. Não são muito expressivas as ajudas patrimoniais recebidas e a sua frequência é pontual. Nas ajudas materiais podem-se encontrar três tipos: as ajudas materiais para a casa e para os filhos e o usufruto de imóveis. A sua frequência varia entre ajudas “pontuais” a “várias vezes” e “continuada” no caso do usufruto da casa da irmã durante um ano. As ajudas em serviços domésticos são regulares e prestadas pelos pais (sobretudo a mãe), tias e sogras. A presença mais notória de prestadores mais afastados do núcleo da família de origem de algum dos elementos do casal, como amigos e ex-residentes, nota-se nas ajudas profissionais. São, sobretudo, prestadores masculinos, contrariamente às tarefas domésticas em que as presenças femininas sobressaem. Traduzem-se basicamente em proporcionar emprego e são basicamente pontuais. Sogros e pais disputam as ajudas de cuidado às crianças, que consistem basicamente em tomar conta dos netos ao fim de semana ou por períodos do dia/noite, levar e buscar à escola, sendo a sua frequência bastante frequente. O apoio psicológico/moral parece também extrapolar os limites familiares para amigos, ex-residentes, colegas de trabalho.

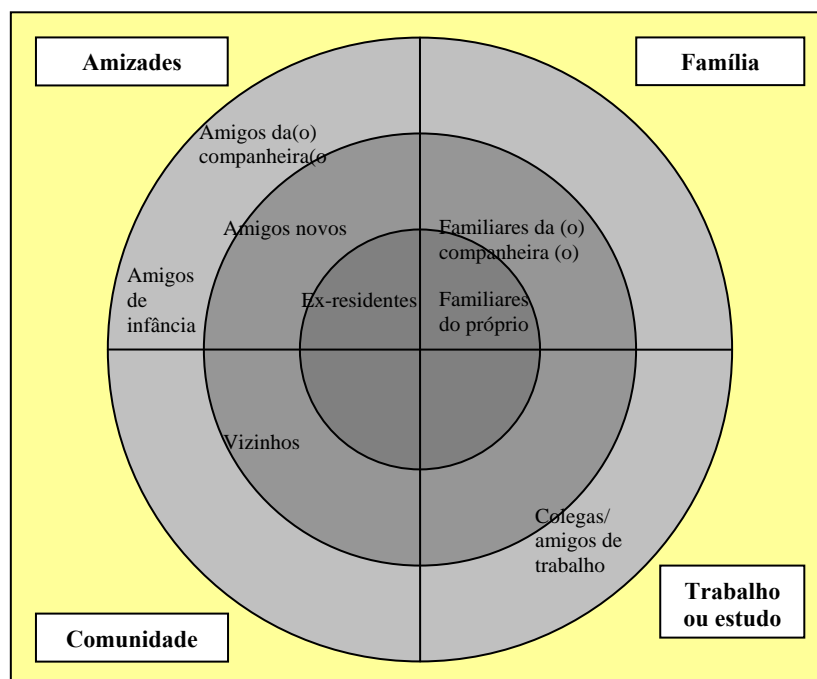
Na actualidade, em alguns casos, são também os próprios entrevistados, os prestadores de ajuda aos familiares, tanto financeira/monetária, como em termos de apoio moral, ou ainda em termos de cuidados continuados de saúde ou cuidados às crianças/adolescentes (aos sobrinhos).

Nos momentos após a saída da CT em que a ajuda de outros foi importante e seus prestadores, conforme se pode observar no anexo nº 19, o momento imediatamente a seguir à saída da CT é um dos mais relevantes, sendo os apoios os mais variados e os prestadores sobretudo da família de origem nuclear. Os momentos ligados à morte ou à doença de familiares próximos são também destacados, sendo o tipo de ajuda sobretudo psicológico e de acompanhamento e os prestadores sobretudo os companheiros, os ex-residentes, os pais e sogros. Nos momentos de separações afectivas fortes, o tipo de ajuda passou tanto por ajuda psicológica mas também por apoio material e económico, sendo prestado por amigos, ex-residentes e actuais sogros. Nas alturas em que a aquisição de bens (carro, casa) se tornou uma necessidade o apoio foi sobretudo monetário e prestado pelos pais. Também momentos de tentativas de autonomia, a ajuda é sobretudo em termos das tarefas domésticas e refeições e os prestadores são sobretudo as mães. Por último, nos momentos de recaída, o tipo de ajuda passou tanto pela ajuda psicológica como pelo proporcionar de condições para a recuperação (cuidados de enfermagem, locais protegidos para desintoxicação), sendo prestada por familiares próximos e por um casal amigo.

Quer na actualidade, quer após a saída da CT, a rede de prestadores de apoio quase se sobrepõe, sendo sobretudo os pais, irmãos, sogros, ex-residentes, amigos e colegas de trabalho, os que mais presentes estão nos momentos de maior necessidade. O período após a saída da CT é especialmente rico em ajudas, mesmo o maior, porque se trata do recomeçar de novo, para muitos partindo de um nível muito básico de condições de existência.

As tensões dos sujeitos com a rede (anexo nº 20), fora as inerentes às com a família de origem, sobejamente abordadas, são com o cunhado, a sogra e os colegas de trabalho. Foi curioso aparecer, com este relevo, a figura do cunhado, como uma das mais referidas enquanto provocadoras/alvo de tensões na rede. Relativamente às sogras (em 3 casos), inserem-se dentro do tradicional conflito genro/nora versus sogra, mais aberto ou subtil. De qualquer forma, em 19 entrevistados que têm companheira (o), este valor não é significativo mas, ainda assim, digno de registo. Dois casos, referem o dilema, ambivalência e conflito interno e conjugal provocada por amigos íntimos que consomem. Ter um ou dois amigos íntimos que consomem, que são casados e têm filhos, com cujas companheiras e filhos se tem uma relação excelente, é um problema. A falta de afinidade entre as companheiras de dois grandes amigos, ambos entrevistados, é referida e limita a relação entre a rede pessoal e familiar.

Em suma, poderia apresentar-se uma aproximação da rede social pessoal dos ex-residentes entrevistados, num modelo graficamente inspirado em Sluzki (1996).



Quadro nº 11 - Mapa da rede social pessoal dos ex-residentes

9.6 Orientação

Procurou-se, dentro perspectiva de Roussel (Kellerhals, 1987), perceber em qual dos três tipos de orientação (individualismo, conjugalismo e familiarismo) os entrevistados se incluem. Nesse sentido, foi um exercício difícil encontrar a relação que os entrevistados consideram mais central dentro da família, estabelecendo para tal uma espécie de prioridade de importância pela qual se regem os objectivos e dinâmica familiar. É curioso que a lógica seguida por todos foi idêntica à de Nuno (46): “É assim, se a minha mulher morresse se calhar ia ser mais complicado para mim, emocionalmente do que o meu filho. Se o meu filho morresse eu tinha a minha mulher. Se a minha mulher morresse eu tenho o meu filho, mas é diferente. Não é estar a dizer que significa menos...”.

Sete entrevistados (anexo nº 21) referem que a relação central é a relação consigo próprios por vários motivos. Primeiro porque se esta não estiver bem isso afectará todas as outras relações. Mas também porque perceberam que não podem anular-se enquanto pessoas, prezando a sua autonomia e independência face ao companheiro. Apesar da tendência para a fusionalidade conjugal e familiar, quase todos os entrevistados mantêm relações individuais, fora da família.

Sendo que, no “conjugalismo”, é o casal, as suas expectativas, os seus sentimentos, o investimento na sua relação, que fundam a dinâmica do grupo, 4 dos entrevistados vêem esta relação como central, apesar de num dos casos não haver filhos.

Já no “familiarismo” é o grupo no seu todo que dita a dinâmica das relações, mas com uma tónica especial nos filhos. São eles que dão sentido à união e ao grupo e é em torno deles que se procuram recursos e definem estratégias. Pode dizer-se que a grande parte dos entrevistados se situa neste tipo, já que para 8 dos entrevistados os filhos são a relação mais central familiar, girando em torno deles e das suas necessidades, toda a vida familiar, educação, formação pessoal, bem-estar. A estes 8 casos devem acrescentar-se os 2 que referem a família no seu todo como central. A tendência é para a família ser central no seu todo. A relação com os filhos é especial, diferenciada de forma clara por uns, de forma mais subtil por outros, mas possivelmente porque, e numa interpretação puramente pessoal, narcisicamente eles representam o prolongamento de si, da sua existência, com a possibilidade de não ter um percurso tão errático quanto o seu, pelo menos no nível dos seus desejos de pais. Uma relação que é vivida, simbolicamente, como um “creme” reparador da relação consigo, com a sua própria história, representando o futuro, a esperança, a mudança.

É interessante verificar que apesar da sua centragem na família constituída, na sua dinâmica interna, relações e projectos, a proximidade com a família de origem é notória.

Alguns elementos do grupo incluem espontaneamente pessoas da sua família de orientação (mãe, pais, avós, irmã) nas suas relações centrais, nucleares. Eles podem estar tanto na frente das suas prioridades bem como (e mais comum) na cauda das mesmas mas, independentemente de tudo, estão presentes.

Nas outras áreas centrais na vida familiar, além das relações, internas ou externas, da e com a mesma, é indiscutível que o trabalho está à cabeça como área forte de focalização familiar. Ele é o grande concorrente com a vida familiar, conciliável de forma mais ou menos hábil, mas indubitavelmente muito presente. A ausência de trabalho, o desemprego, ou trabalho pouco satisfatório são igualmente marcantes. O lazer, nas suas formas variadas de futebol, surf, caça, viagens, cuidado e treino de pombos, leitura, motociclismo, música, bricolage, teatro e outras artes, estão muito presentes. O futebol e os pombos, especialmente, têm uma dimensão muito importante tanto na vida dos próprios como nas dinâmicas familiares, no que se refere à relação conjugal e educação dos filhos. Para os entrevistados são uma actividade central, na sua semana, com propriedades relaxantes, quase terapêuticas, de restabelecimento do bem-estar pessoal e, por conseguinte, familiar. A saúde, a política, o investimento imobiliário, o património são áreas também referidas como muito importantes para a vida familiar dos sujeitos.

Os projectos para o futuro são definidos consoante aquilo que se tem no presente, consoante o ponto de partida actual. Quando questionados sobre eles, é referida a dificuldade ou opção em não ter grandes projectos, vivendo o presente, com projectos a curto prazo, ditos "normais". É notória a dificuldade em projectar, a um maior alcance do que o médio prazo, e a tendência para evitar a frustração, por ser algo com que lidam com grande dificuldade, tendo aprendido estratégias ao longo da vida para o fazer, mas podendo este dado ser resultado de reminiscências desse passado. Os projectos mencionados são projectos muito familialistas. Os que vivem com a família de origem mostram duas situações: dois dos casos têm projectos de constituição de família, num espaço autónomo, ou apenas a constituição de um espaço autónomo, se a família tardar em surgir. No outro caso é manter a união e o bom relacionamento com a família de origem e ajudar os pais na velhice. Mais uma vez é possível verificar que a culpabilidade é refreadora de projectos de autonomia. Nos casos que têm família constituída os projectos passam por melhorar as relações com a família de origem, proporcionar o maior bem-estar possível à família constituída, educar da melhor forma os filhos, que se têm ou que se querem vir a ter, possuir um espaço "casa" adequado às necessidades familiares, ter qualidade de vida e estabilidade. Portanto, nos casos em que não

têm família constituída os projectos passam por tê-la, nos casos que a têm os projectos são mantê-la e proporcionar-lhe o maior bem-estar.

9.7 Regulação Familiar

Os valores mais presentes na vida familiar (anexo nº 22) são o respeito, a família, a amizade, o amor, a confiança, a privacidade, a sinceridade, o trabalho e a verdade. Numa análise por áreas podem encontrar-se, grosso modo, 5 agrupamentos de valores: o maior diz respeito a valores relacionais (respeito, amor, afecto, solidariedade, inter ajuda, partilha, diálogo, confiança, sinceridade, tolerância, união, verdade, honestidade, compreensão, paciência) e à família enquanto valor em si. Um segundo diria respeito aos valores ligados os trabalho, actividades e projectos (trabalho, conquista, investimento, ascensão social, sucesso, seriedade, humildade, responsabilidade, organização, ordem, regras). Um terceiro aponta para questões relacionadas com o indivíduo (autonomia, independência, individualidade, privacidade, realização pessoal). Outro aponta para questões mais filosóficas (felicidade, liberdade, qualidade de vida e bem-estar). Por último, um ligado às questões sociais (saúde, segurança, ambiente, retribuição geracional, igualdade social). O primeiro e o segundo grupos têm a maior expressividade no grupo de entrevistados, sobretudo o primeiro. São valores concordantes com o que tem sido dito até ao momento e que apontam, por um lado, para o familialismo, para a importância das relações familiares internas, mas com uma tónica muito grande no respeito pelo outro, por si próprio e pela diferença, sendo relevantes também os valores que apelam à individualização na família. O trabalho, como uma das áreas de maior focalização familiar, aparece também aqui como um valor em si, tanto na vida dos adultos, como na educação das crianças.

Na distribuição dos papéis familiares (anexo nº 23) podem verificar-se duas situações distintas. Nos casos que vivem com os pais (3), todos têm um papel instrumental no sentido de trabalhar, contribuir ou suportar as despesas domésticas, mas é aos pais que cabe o cuidado e gestão da casa bem como proporcionar algum bem-estar ao entrevistado, daí atribuir-se-lhe um papel expressivo. Nos restantes casos, que vivem com família de procriação, é de notar que, na quase totalidade, ambos têm um papel instrumental já que ambos trabalham. No entanto, nestes casos, é de notar que a mulher assume além do papel instrumental, também o papel expressivo do cuidado da casa e das crianças de uma forma geral, podendo o homem ter também um papel expressivo ligado ao lazer com os filhos. Há situações, em que ambos têm um papel instrumental e expressivo mais ou menos simétrico na família (seis casos). Num só

caso o papel instrumental e expressivo dos pais é mais clivado. Numa situação é a mulher que tem o papel instrumental, já que é ela que trabalha, tendo ele um papel expressivo, tanto no cuidado da casa como das crianças. Noutra situação é curioso observar que, tendo ambos um papel instrumental, é ao pai que cabe o papel expressivo do cuidado ao filho de relação anterior aquando das visitas regulares do mesmo. Em suma, os resultados vão ao encontro de dados anteriores. Em que em termos das tarefas domésticas e cuidado às crianças, são as mulheres, na generalidade, as mais responsabilizadas comparativamente com os homens, apesar de haver pelos mesmos, na generalidade dos casos, um forte interesse pela criança, sua educação, comunicação. O que difere é o grau de responsabilização e continuidade desse papel expressivo.

A tendência, na distribuição do poder na família (anexo nº 24), é para a democracia, para a partilha de poderes no casal, tendo os pais mais poder dos que os filhos, apesar de numa situação um dos entrevistados referir o enorme poder que a filha única tem na vida do casal e familiar sendo tudo feito em sua função. No entanto, a tendência para a partilha democrática de poderes não significa que não haja elementos do casal com mais poder em determinadas áreas que noutras. É interessante um dos entrevistados realçar o poder silencioso da sua companheira, congregando tudo e todos à sua volta, ainda que, aparentemente, quem tenha mais poder na família seja ele. É também interessante verificar como a propriedade exclusiva do espaço habitação, por um dos elementos do casal, influi no poder dos seus elementos, sentindo-se o não proprietário com menos poder, mas sem que isso influa no poder sobre si e sobre a sua vida. Nos casos em que os residentes têm filhos de outras relações, o pai/mãe dos mesmos tem maior poder na relação com esse filho, do que o outro elemento do casal. “Elas” em geral têm mais poder sobre a casa mas, sobre os filhos de ambos, o poder é aparentemente partilhado (já que muitas vezes a mãe tem um poder silencioso maior, ainda que aparentemente o pai pareça ter mais poder). Num caso específico (Cristino) ela tem mais poder porque é ela que trabalha e que economicamente mantém a família. Numa única situação o entrevistado (Alfonso) assume ser o “cabeça de casal”, tendo declaradamente mais poder. Refere também o poder do filho pequeno no sentido da imperatividade da satisfação das suas necessidades básicas e da vida familiar girar muito em torno desse facto. O que pode, então, fazer variar a distribuição do poder parece ser: situação profissional dos cônjuges, propriedade do espaço comumente habitado apenas por um dos elementos do casal, existência ou não de filhos, e existência de filhos só de um dos elementos do casal. No caso dos entrevistados que vivem com os pais é interessante verificar que, nos dois casos em que a coabitação é imediata após a saída da CT, os pais são quem detém maior

poder em termos familiares mantendo os entrevistados poder sobre a sua própria vida. No caso em que a coabitação resulta de um divórcio é o próprio entrevistado quem tem mais poder já que, desconfortavelmente, a vida familiar continua a girar à sua volta.

Em termos das regras familiares os entrevistados, na sua generalidade, referem a inexistência de regras na família, como refere António (44): "Vamos lá a ver, isto das regras... A gente vai meter regras para quê? Elas partem-se, elas não existem. A gente mete a regra hoje, amanhã já não existe. Ou metem-nos a nós e nós quebramos a regra. Acho que na relação com os outros tem de haver sempre um bocado de bom senso. (...) Há coisas que são básicas. Tem de haver sempre respeito. (...) Se houver disposição, o resto vem por acréscimo. Acho que as pessoas têm de se auto-regular, auto-controlar e serem adultas e saberem o que querem, se não houver isso também está mal."

As regras existem mas de forma pouco explícita, talvez pelas histórias familiares de cada um, caracterizadas pela inexistência de regras ou por regras pouco claras, confusas, contraditórias. Actualmente, nas suas famílias, elas existem mas não de uma forma ostentadora, de baluarte, sendo difíceis de identificar sem situações concretas, como foi o caso. Ainda assim foram apontadas genericamente as seguintes: respeito individual; organização das actividades e espaços familiares; separação entre a casa e o trabalho; responsabilização individual; pontualidade na resolução dos problemas; boa educação; comunicação eficaz; agir reflectidamente; gestão monetária; fidelidade conjugal; não casar com pessoas de outra raça (negra); higiene corporal e dos espaços; não haver tabus. As duas primeiras regras foram as mais referidas, bem como a importância da comunicação para que a convivência familiar resulte e de cada um ser responsável no que lhe compete.

No que respeita aos referenciais e sua diversidade na linha de pensamento de Kellerhals (2002) e tendo já analisado o código de valores familiares, os entrevistados referiram não ter grandes referenciais na sua vida familiar, deixando bem claro que são os próprios a determinar, a criar, a seguir as suas intuições, para desenvolver aquilo que lhe parece ser o melhor modelo de família para si próprio. No fundo preferem ostentar a endoregulação da sua família, a darem grande poder a figuras, influências, instruções vindos do exterior. Aceitam todas essas contribuições mas fazem uma filtragem de apropriação, baseada no seu bom senso. Em termos de pessoas que são uma referência para o entrevistado na forma como organiza a sua vida familiar, encontram-se elementos da família de origem, casais amigos, técnicos de saúde e a pessoa de Belmiro de Azevedo como espírito empreendedor. Estes elementos podem funcionar como uma referência por se querer imitar a conduta, seguir os conselhos, a experiência da pessoa ou podem funcionar por oposição,

continuando a ser referências, mas por oposição, ou seja pelo desejo de não fazer o que essas pessoas fazem ou fizeram. Relativamente a instituições a CT foi referida por apenas uma pessoa, claramente por haver outras perguntas só sobre a influência da CT nas várias relações familiares actuais. Deus e a dimensão espiritual foram referidos também por um entrevistado. É curioso, a alusão ao filme “o Padrinho” como uma referência em termos de família, de coesão interna, de apoio e interajuda (factos criminais à parte).

9.8 Uma aproximação a uma tipologia familiar

Articulando os quatro eixos de análise, coesão interna, integração externa, orientação e regulação, pode chegar-se a uma tipologia de família (Kellerhals, 1987:170). Esta tipologia distingue três tipos: o bastião, o companheirista e o negociação. Por tudo o referido até aqui, e procurando integrar as famílias dos entrevistados dentro destes “tipos”, pode dizer-se que na sua grande parte elas se encontram dentro do tipo “companheirista”. São famílias em que a sua coesão conjugal é fundamentalmente fusional, são abertas ao exterior, apesar de endo reguladas, com uma rede individual e familiar mais ou menos extensa, aceitando os contributos do exterior, através de uma filtragem familiar. A sua regulação não é marcadamente concreta, visível, mas assente na comunicação, na definição a cada momento das normas de convivência familiar, apesar de se ter encontrado uma base normativa, que se funde com o socialmente exigido a cada pessoa que queira viver em grupo, familiar ou não, e em sociedade. Mais de metade dos entrevistados têm uma perspectiva da sua relação romântica, onde o amor está no centro da relação, onde o casal se sobrepõe ao indivíduo, o acento tónico é posto na vida em família. Contudo, em quatro casos, esta forma de conjugalidade fusional é atravessada por traços do modelo institucional, em termos da divisão das tarefas, da assimetria de papéis e em dois é atravessado por traços fortes do modelo associativo, pela forte defesa do indivíduo na trama familiar. Um único caso (Filomena) ilustra o modelo associativo na conjugalidade, e em termos familiares no seu todo, seria a que se enquadra no tipo “Negociação”. No seu caso o espaço individual, tanto relacional como físico, de cada membro familiar estar muito preservado, os projectos individuais têm um enorme valor, vislumbra-se a possibilidade da finitude das relações, não desejada por enquanto, mas possível.

Na educação dos filhos, tornou-se claro que estas famílias mostram grandes traços no sentido do desenvolvimento da autonomia, suportada, apoiada, tanto nas actividades que se estimulam os filhos a fazer, como com quem, como na perspectiva que têm de que o futuro

tem muita coisa que não controlam e que só com um grande acompanhamento dos tempos dos filhos poderão ajudá-los a crescer. Uma geração de pais, educados sob a égide ou da fusão simbiótica, ou do desligamento, após todo um percurso de vida que lhe permitiu a elaboração da sua história de vida, parece desejar educar os seus filhos de modo diferente. Seguem modelos mais modernistas, por terem percebido que os modelos mais tradicionais, além de não terem resultado consigo próprios, se encontram na sua perspectiva, desfasados no tempo. Segundo a tipologia de Kellerhals e Montadon (1991) a generalidade dos entrevistados com filhos enquadra-se, grosso modo, no estilo contratualista, mas com traços dos outros dois estilos (maternalista e estatutário) sobretudo a dois níveis: a questão do maior ou menor controle educativo e a menor ou maior diferenciação nos papéis educativos expressivos e instrumental pelo casal. É aqui que se pode notar alguns matizados embora a generalidade dos entrevistados refira estar muito atento à educação dos seus filhos. Podem ter um papel mais ou menos activo em termos do casal, mais ou menos diferenciado, mas procuram compreender o mundo dos pensamentos e sentimentos dos filhos, os seus comportamentos e manifestações. Apesar de, no casal, poder haver alguns casos em que as mães têm uma certa tendência para serem mais protectoras, no cômputo geral do casal a tendência é para estimular o filho para a autonomia, com regras claras e definidas. Os resultados das acções educativas procuram conseguir-se sobretudo pela motivação, pela explicação, pela sensibilização para a sua importância para a criança, para a família, para a sociedade. Estimulam-se actividades exploratórias das capacidades, dos gostos, das aptidões inatas dos filhos como a dança, a música, o desporto, em especial o futebol e a natação. Apesar da prioridade das prioridades ser a escola, não se obstrui ou limita o espaço à criatividade e imaginação mas agregam-na à formação base, como complemento de uma educação abrangente e multidimensionada. Parece haver uma grande abertura ao exterior na busca ou aceitação de influências proveitosas na educação dos filhos, todos referindo a triagem e filtro que fazem em casal de todos esses contributos externos.

Na relação com a família de origem, os que vivem com ela, conseguem, apesar de tudo, constituir espaços de autonomia. Os que vivem com a família constituída, na grande parte deles, pode dizer-se que imperam os traços de autonomia, quer na condução das suas vidas familiares actuais e construídas por si, quer no estilo de vida familiar protagonizado, apesar de haver uma tendência para sobretudo as mães, tentarem imiscuir-se na vida familiar dos filhos, procurando modelos mais fusionais de relação, que não são bem aceites por eles. Porém, na relação com a família de origem, há uma culpabilidade e sentimento de dívida e

gratidão que, muitas vezes, pode inibir posições mais firmes quanto à independência e autonomia. Apesar disso o caminho tem sido feito, gradualmente, nesse sentido.

Procurando fazer uma comparação dos resultados apresentados com os do estudo sobre as famílias portuguesas, (Wall, 2005) pode concluir-se que, as famílias analisadas, ainda que pelo olhar de apenas um dos seus membros, não se encontram muito diferenciadas ao nível da sua forma de estar em família comparativamente com as demais famílias portuguesas. É já em si uma conclusão que permite argumentar contra a exclusão das mesmas e contra o possível pré-conceito que se poderia ter em que, pelo passado que um dos seus membros ou ambos no casal tiveram, os resultados deveriam ser francamente díspares dos nacionais. Há especificidades complementares, elas sim, que fazem a diferença. Tais resultados de “normalidade” permitem antever o papel positivo que a CT teve enquanto integradora, preparadora dos seus residentes para constituírem famílias perfeitamente inseridas na diversidade nacional, não rotuladas.

Em suma, um esboço da tipologia encontrada poderia ser apresentada da seguinte forma:

Tipos		Ex-residentes enquadrados no tipo
Estilo familiar	Bastião	_____
	Companheirista	António, Tobias, Nuno, Hélder, Cristino, Alma, Patrício, Gonçalo, Caetano, Alfonso, Lena, Teresa. Companheirista com traços do tipo Bastião: Bernardo, Armando, Josefa, Beto. Companheirista com traços do tipo Negociação: Roberto, Alexandre.
	Negociação	Filomena
Estilo educativo	Estatutário	_____
	Maternalista	_____
	Contratualista	António, Tobias, Nuno, Hélder, Cristino, Alma, Patrício, Gonçalo, Caetano, Alfonso, Lena, Bernardo. Contratualista mas com traços do estilo Estatutário: Armando, Josefa, Alberto. Contratualista mas com traços do estilo Maternalista: Beto, Teresa.

Quadro nº 12 - Síntese tipologia familiar encontrada

10. Percepção da influência da CT na vida familiar actual

Alguns aspectos ajudam a compreender melhor a análise sobre a influência da CT na vida familiar actual. A maioria dos entrevistados, de uma forma absolutamente homogénea no que toca ao sexo, saiu da CT há mais de 4 anos, encontrando-se quase que divididos meio-meio nos intervalos entre 5 e 10 anos e 11 e 16 anos. Esta distribuição não foi procurada na construção da amostra, sendo que o único requisito era o de ter saído da CT há 4 ou mais anos. A grande parte dos entrevistados residiu na CT entre 14 a 18 meses. Em termos de género, parece vislumbrar-se aqui uma certa tendência para que os homens permanecem mais tempo na CT do que as mulheres. Cinco das 6 mulheres entrevistadas permaneceu na CT entre 13 a 18 meses, enquanto em 16 homens 7 permaneceram na CT entre 19 a 26. Isto possivelmente porque as mulheres se sentem mais pressionadas em retornar à vida quotidiana dita “normal”, por pressões internas ligadas à família (nomeadamente a existência de filhos), à subsistência, ao desejo de autonomia, possuindo, possivelmente, um lado mais pragmático que os homens. À excepção de um, a totalidade dos entrevistados saiu com “alta clínica”, o que significa que completou o programa terapêutico. O caso de excepção saiu com “alta a pedido”, já num segundo internamento. Apesar de não ter concluído o programa terapêutico, teve um tempo considerável de permanência na CT. Encontra-se abstinente desde a saída.

Apelando ao conceito de “habitus” (Bourdieu, 1980), captar de que forma há ou não e com que intensidade, nas disposições familiares actuais, traços dessa experiência. Procura-se compreender, apesar de tantos anos volvidos após a saída da CT, de que forma a experiência intensa de mais de um ano em internamento, influencia a actualidade familiar. Tem-se como ponto de partida, a noção de que desde a saída da CT até à actualidade, muitas outras foram as influências, a que os sujeitos estiveram expostos e foram absorvendo, filtrando. As influências fora referidas quer directamente, de forma expressa e consciente, quer de forma absolutamente espontânea e inconsciente.

10.1 As influências directamente referidas

Foram definidas à priori cinco áreas sobre as quais se gostaria de compreender a influência, ainda que relativa, da CT na vida dos entrevistados: na relação consigo próprio, na relação conjugal, na relação parental, na relação com família de orientação e na relação com a rede.

Na relação consigo próprio

Todo o trabalho na CT procura proporcionar ao indivíduo uma experiência de reflexividade (Giddens, 2001), com o objectivo da mudança de estilo de vida e uma nova identidade. A influência percebida pelos residentes, no sentido da relação consigo próprios, (anexo nº 25 A) vai no sentido do conhecimento e aceitação de si, da definição, organização e legitimação do espaço individual, (físico temporal, simbólico), dos comportamentos, da gestão e expressão emocional e das relações.

Para dois residentes a CT foi uma “marca na vida” e um “ponto de partida”, mas parece ser interessante que a grande ajuda implícita foi a mudança. A maior concentração de registos centra-se no “conhecer-se”, ou seja, a CT ter proporcionado experiências de confrontação consigo próprio de forma a, progressivamente, ir tendo uma auto-imagem mais de acordo com a realidade, aceitando-a gradualmente com as implicações que tem. Conhecer-se melhor implica também descobrir as suas potencialidades, o que leva a um maior respeito de si por si próprio e a uma exigência de um maior respeito de si aos outros, porque se sentem mais confiantes e seguros. Tendo em conta que o toxicodependente chega habitualmente à CT com uma identidade muito fragmentada, que o espelho do seu reflexo está partido, é interessante a alusão à ajuda em dar consistência à identidade, que se traduz na possibilidade de uma articulação mais ou menos harmoniosa dos vários “eus”. Cada vez mais se vão sentindo “alguém”, com identidade própria e diferenciada. Uma pessoa que se conhece melhor, com mais realismo, precisa de espaços, ora individuais, ora sociais. A organização destes, por contraposição à desorganização (física e emocional) de outros tempos, foi aprendida na ct. Esse espaço não é hermético e está em estreita relação com outros com quem o entrevistado se aprendeu a relacionar-se melhor, reconhecendo as adversidades. Nesta relação consigo e com os outros, em termos comportamentais, as ajudas mais referidas dizem respeito à capacidade de elaboração, de pensar antes de agir e de contenção. É muito importante esta referência porque a impulsividade é um dos traços comportamentais mais comuns no toxicodependente. Ser capaz de se conter a si próprio, responsabilizando-se pelos seus comportamentos é, por isso, referido com ênfase pelos entrevistados. Ter aprendido a identificar, aceitar e expressar os sentimentos adequadamente é algo muito positivo dada a alexitimia, tão presente na caracterização dos indivíduos que entram no programa terapêutico da CT.

Na relação conjugal

Com respeito à vida conjugal, uns tiveram a possibilidade de fazer um trabalho terapêutico de casal, porque já tinham uma companheira na altura do internamento na CT. Tal permitiu-lhe, durante a entrevista, fazer uma relação mais directa à ajuda que a CT lhe proporcionou nesta área específica. Outros tiveram de fazer o exercício de ver o que é que, na actualidade conjugal, é produto ou pelo menos derivado, de uma aprendizagem base, inicial, na CT. De qualquer forma há três posições a este respeito: uma em que a CT não ajudou em nada directamente relacionado com a relação conjugal, ou porque não tinham companheiro na altura, ou porque durante o tratamento resistiram a abordar a área da vida ligada aos relacionamentos amorosos. Numa outra há uma enorme dificuldade em separar os vários tipos de ajuda, ou porque a CT ajudou em tudo como refere Nuno (15): "Se sou o que sou, a CT deu-me as bases". Neste sentido, tudo o que aprenderam está ao serviço de todas as suas relações, inclusive a conjugal. As ajudas sentidas foram: preparação geral para a vida; não desistir à primeira, ser persistente na resolução dos problemas; capacidade de gerir a vida, a lidar com os sentimentos de uma forma normal, como pessoas normais; perceber que na vida não há só um caminho, que há caminhos alternativos; ganhar hábitos de higiene, consigo e com os outros e com o espaço que habita como algo fundamental; ganhar valores; reconhecer que não se é auto-suficiente; treinar competências não desenvolvidas suficientemente.

Uma terceira posição consegue discriminar e identificar aspectos concretos em que há uma ligação entre a ajuda prestada pela CT e a vida conjugal actual (anexo nº25 B). Basicamente tratam-se de estratégias para a melhoria da relação, uma nova visão do cônjuge e uma nova atitude individual no casal. O reconhecimento da importância do envolvimento pessoal é, para a população toxicodependente em geral. As aprendizagens mais básicas também são referidas (pedir desculpa, ouvir o outro, etc.) até um nível superior no sentido de respeitar o outro como pessoa (por referência à promiscuidade sexual comum nas suas histórias de vida), não deixando de se respeitar a si próprio. A referência à aceitação de que o conflito, a zanga, a discussão, fazem parte da relação, da sua dinâmica, é muito importante considerando o evitamento do conflito, um dos problemas a que os consumos muitas vezes davam resposta.

Na relação parental

Alguns entrevistados tiveram a possibilidade de, durante o tratamento, fazer um trabalho terapêutico a nível parental porque já tinham filhos na altura. Os que não tinham essa experiência tiveram de fazer o exercício de ver o que é que, na actualidade parental, entendem ser produto ou pelo menos derivado, de uma aprendizagem com base na CT.

Há muitos entrevistados que entendem que a CT os ajudou em tudo porque os ajudou a si próprios, a crescerem, a conhecer-se enquanto pessoas e isso tem reflexos em todas as relações da sua vida, inclusive com o seu ou seus filhos. Mesmo que as influências já estejam muito misturadas com outras experiências vividas, a base referem estar na CT. Como refere Lena (39):” Eu vou buscar muuuuita coisa à Comunidade hoje em dia, porque as minhas bases.... se bem que as coisas às tantas já se misturam, porque há outras experiências que já vivi também, mas a minha base real... esta base, a minha linha de vida vim buscar tudo à Comunidade, tudo!.. (...) E esta base foi a CT, porque eu roubava, percebe? Roubei e não achava mal roubar na altura em que roubava. (...) É de certeza à CT que vou buscar estes valores, experiências, “know how” porque a minha vida continua a ser na mesma linhagem daquilo que eu aqui aprendi. Eu não me perdi muito.” Portanto a sensibilidade ao outro, às suas necessidades, ao seu estar, a importância do diálogo claro e aberto, são algumas das aprendizagens gerais feitas na CT.

O facto de ter dado um novo sentido à sua própria infância, está estreitamente interligado, na percepção dos entrevistados, com o ser um pai ou mãe melhor.

É aludida a experiência de ter sido “padrinho” e sua influência na paternidade. É uma figura muito importante no modelo de tratamento, porque apela à aprendizagem de se descentrar de si e ser capaz de estar atento a outros “mais novos”, às suas necessidades, problemas, tendo a responsabilidade de ajudar, orientar, cuidar. Apesar de esta experiência ser entre jovens adultos, diferenciados no seu percurso de tratamento, facilmente se pode fazer o paralelismo com a relação parental, no sentido que se trata de uma relação de cuidar de alguém aos mais variados níveis.

Referida como muito importante foi a aprendizagem de assumir a responsabilidade da parentalidade, com todas as dificuldades inerentes, nomeadamente a redefinição dos papéis familiares já que, enquanto toxicodependentes, os seus filhos tinham como “pais “os avós. Durante todo o tratamento, bem como após a saída da CT, os esforços vão sendo feitos no sentido de uma reapropriação do papel de pai e mãe pelos entrevistados.

Procurando não repetir padrões de relação parentais pouco saudáveis, presentes na sua história de vida, os entrevistados desejam fazer mudanças (anexo nº 25 C), algumas tentadas e conseguidas, na relação com os seus filhos, comparativamente com a relação que tiveram com os seus pais.

As mudanças desejadas e a forma como são colocadas dão a imagem daquilo que foram as relações que estes sujeitos tiveram com os seus pais, claramente marcadas pela ausência, peça falta de afecto de um ou ambos pais ou pelo excessivo afecto, sobretudo das mães. Marcadas também por enormes dificuldades pela ausência de diálogo ou grandes bloqueios e ruídos na comunicação. Os limites ou não existiam ou não eram claros, a valorização era escassa, o casal não actuava enquanto casal mas de forma clivada, a privacidade de cada um ou era excessiva (e se transformava em afastamento) ou era fusão e simbiose. Por contraponto compreende-se melhor porque é que, na generalidade dos entrevistados, todos referiram querer estar mais presentes na vida dos seus filhos, interagir com eles, ter com eles relações onde o diálogo, a confiança, a escuta activa (do que o outro quer, gosta, deseja) sejam imperativas, em que o respeito mútuo se faça sem o abuso da autoridade e sem o medo, em que o afecto saudável permeie a relação. Para isso sentem que se têm de preparar para ser pais, nos tempos dos filhos, com tudo o que isso traz de novidade e insegurança. Apesar de terem tido um percurso de vida intenso em experiências, isso não os transforma em pais omnisapientes, sendo esta humildade protectora.

Na relação com a família de origem

O programa terapêutico faz uma estreita articulação com a família do residente, sendo a relação com a família de origem, uma das mais focadas ao longo de todo o tratamento, existindo várias actividades para o efeito.

A influência sentida nesta área é, sobretudo, ao nível da autonomização (anexo nº 25 D). É muito importante dado ser uma tarefa tão difícil para os toxicodependentes, que utilizaram a droga como tentativa para poderem fazer uma pseudo- autonomização relativamente aos pais. Essa influência melhora na afirmação pessoal na relação familiar, na libertação de heranças pesadas, na alternativa de caminhos a seguir não impostos, na redefinição da imagem parental e na re-elaboração por parte de todos da história familiar são as faces mais visíveis da mudança sentida.

Apesar de essa ajuda ter sido muito importante e continuar a ser, a grande parte dos entrevistados refere a sua relatividade. Essa influência para a mudança teve tendência para

enfraquecer ao longo do tempo. Como referem vários residentes (Caetano, Tobias, António, Teresa, Filomena), houve uma tendência para uma melhoria considerável da relação durante algum tempo após a saída da CT, voltando tudo ao mesmo. No caso de Tobias é referido um afastamento progressivo, no de Carlos a tentativa frustrada de falar dos sentimentos, no caso de António a proximidade com os irmãos conseguida durante algum tempo mas perdida na actualidade, no caso de Filomena a ajuda para “limpar” a relação dos tabus, bloqueios mas estando a verificar-se um retrocesso na actualidade.

Cristino refere mesmo que sentiu pouca ajuda da CT na relação com os pais, pela fraca participação dos mesmos nas actividades para as quais eram convocados. Neste caso, como em vários outros, o tratamento é visto pelos pais como ameaçador da relação com o filho. Nesta óptica, a CT “tira os filhos aos pais”, possivelmente porque procura criar condições que evitem a co-dependência. Pode fazer-se aqui uma interligação entre o caso em que a articulação familiar foi mais incipiente e o caso em que a recaída foi mais acentuada, mantendo-se os traços da relação de dependência, característicos dos tempos de consumo, sobretudo na relação com a mãe. Pela negativa, esta situação mostra a importância do trabalho desenvolvido com as famílias e a sua possível redefinição por forma a tornar as mudanças relacionais mais sólidas e consistentes.

Na relação com a rede

Durante muitos anos da sua vida, o estilo de vida inerente aos consumos de substâncias impediram, a grande parte dos entrevistados, de terem relações saudáveis. Pela experiência de CT, um tratamento grupal, baseado na interajuda, na confiança, na partilha de experiências e aprendizagens, os entrevistados tiveram a possibilidade de criar relações novas e, a partir destas, criar outras alargando cada vez mais o espectro relacional. Mas permitiu-lhes também, recuperar relações antigas significativas, reparando-as. A influência da CT a este nível (anexo nº25 D) prendeu-se sobretudo com a percepção da importância de ter relações significativas, de ter relações de vários tipos, de forma a suprir várias necessidades, a respeitar essas relações, a perceber que nestas relações existe um “Outro” com desejos, expectativas, vontades, identidade, próprios e que, portanto, manter estas relações implica tolerância, amadurecimento, honestidade, responsabilidade, assertividade.

10.2 Influências internalizadas inconscientemente referidas

Procurou-se limitar/controlar, de alguma forma, o efeito da desajustabilidade social, em que o entrevistado responderia de acordo com o que acharia ser o que entrevistador esperava. Neste caso seria que a CT tinha ajudado muito. No entanto, como se viu, os entrevistados foram bastante concretos, diferenciadores da ajuda da CT ou sua incipiência em determinadas áreas. Muitos dos “recursos internalizados” pelos entrevistados na CT, não estarão conscientes. Por isso, procurou-se no discurso as alusões, imperceptíveis pelos próprios, a relações directas, na actualidade, entre modos de agir, de ser, de estar e a experiência vivida na CT. Elas apareceram espontaneamente no discurso, a propósito dos mais variadíssimos assuntos, sem estarem a ser questionados em nada sobre a CT, sendo transversais a toda a entrevista. Veja-se então:

- Importância da transferência das aprendizagens feitas na CT para a vida quotidiana;
- Constantes referências à linguagem própria da CT, ao código próprio e sua carga simbólica e experiencial que cada palavra contém;
- A escolha do cônjuge com formação na área profissional de grande parte da equipa técnica (boa referência da mesma, sentimento segurança, compreensão, ajuda);
- Reprodução dos meios de contenção usados na CT adaptando-os na educação dos filhos;
- Respeito pelo contrato simbólico feito com a CT de não consumir álcool como forma protectora da recaída;
- Percepção do tratamento na CT no sentido de toda uma mudança de estilo de vida (além da toxicodependência);
- Reprodução de modelos de tomada de decisão em casal usados pela equipa técnica;
- Referência do modelo de tratamento e organização da CT na procura de modelos de vivência social;
- Utilização dos instrumentos de registo utilizados na CT (reunidos no dossier pessoal), guardando-os em lugares de relevo e consultando-os frequentemente como forma de fortalecimento pessoal e ajuda para tomar decisões importantes;
- Vinda regular à CT e fortalecimento sentido;
- Vínculo forte para sempre com a CT, por vezes dificilmente compreendido pela família;
- Associações várias na vida quotidiana (toque de telefone do trabalho ser igual ao da CT);
- Histórias passadas no tratamento como referenciais presentes no dia a dia profissional e familiar;
- Memória frequente de um grupo terapêutico específico, Grupo de Encontro, como referencial para a acção;
- Reprodução da organização da CT, como referência para a organização das tarefas doméstica e vida profissional;
- Princípio da conquista orientador da vida actual, de que para se ter alguma coisa tem de se lutar, mostrar empenho, investir realmente, por referência ao processo de evolução no programa terapêutico.

Como se pode observar, a vida quotidiana dos entrevistados, nas suas áreas, profissional, doméstica, social, entre outras, é atravessada por internalizações que os residentes fizeram ao longo do seu tratamento na CT, tal como seria de esperar e que, sem se dar conta, usam no seu dia-a-dia.

11. Relação actual com o passado de toxicodependência e vivência familiar

11.1 Repercussões

Desse passado, as repercussões apontadas pelos entrevistados podem agrupar-se em 3 grupos: de saúde, sociais e familiares.

Nas repercussões familiares foram sobretudo referidas as culpabilidades inerentes aos seus pais e seus filhos. No primeiro caso ilustra Roberto (91):” Tenho de ir todos os dias ao hospital ...Eu faço isso hoje com a minha mãe porque acho que me sinto em dívida com ela, é totalmente diferente, querer passar algum tempo com a minha mãe que não tive ou que achei que não podia dar ou, acho que é um sentimento de culpa que eu tenho”. A culpabilidade inerente aos filhos e explicitada por Teresa (5): “Ele foi criado pelos meus pais, nos primeiros anos (...). E ainda hoje tenho bastantes sentimentos de culpa e bastantes remorsos. Ainda não me consegui curar disso e acho que nunca me vou conseguir curar.” Também o dilema sobre a revelação do seu passado aos filhos sobre o seu passado como estratégia preventiva, os sentimentos de perda da sua infância e a maior relação dos filhos com a sua mãe do que com eles foram referidas como repercussões do passado. Daí que a necessidade de compensação, no presente, em actividades com os filhos, parece ser uma tendência. A culpabilização feita pelos seus pais relativamente aos entrevistados foi igualmente apontada (Cristino, 15), sendo que neste caso é a mãe do ex-residente a culpabilizá-lo pelos anos de sofrimento e necessidade que lhe causou. Ter um companheiro com um passado comum, tem repercussões familiares como o controle que cada um faz sobre o outro na tentativa de minimizar os riscos da recaída do próprio e do companheiro. A este propósito, Josefa (15) refere:” Sinto que ele é mais frágil do que eu nesse aspecto. Ele tem mais esses pensamentos... Falo com ele nessas alturas que eu vejo que ele não anda bem e tenho medo que ele vá fazer alguma asneira, falamos um bocado disso...mas é mais no aspecto de fazê-lo ver que não faça nada. “Vê lá se tu recaíres, eu também posso recair”.

Pela existência do passado de toxicodependência mas também de tratamento, isto leva a que se crie por parte dos outros a expectativa de que, enquanto cônjuges, filhos, familiares em geral, os entrevistados sejam mais sensíveis, mais empáticos, comunicativos, dotados de capacidades quase “terapêuticas” e de aconselhamento por terem feito um programa terapêutico. A relação com a Comunidade Terapêutica e o tratamento em si têm reacções paradoxais de gratidão e rivalidade por parte sobretudo das mães e companheiras dos ex-residentes. Seja porque se tenta transpor para a vida doméstica o modelo de organização da

CT, o que pode não ser de acordo com a companheira, como no caso de Alfonso (5-19). Seja porque, de alguma forma, a CT, ser muitas vezes sentida como o espelho da incompetência familiar, porque não foram capazes de ajudar os familiares ou cônjuges, sem necessidade de ajuda externa.

Para além das familiares, que ocuparam grande parte da análise, as repercussões em termos de saúde são as mais relevantes, pelas implicações regulares que têm na actualidade: necessidade de controlo médico regular, tratamentos, implicações nas relações de intimidade, na gestação, na amamentação, no sentimento de discriminação entre outras. A nível emocional foram sobretudo referidas as culpabilidades inerentes aos seus pais e aos seus filhos, pelo que lhes fizeram de mal ou pelo que não lhe fizeram. As sociais abrangem diversas áreas como a justiça, as dívidas, problemas com as finanças e com a segurança social. Ao momento, nenhum dos entrevistados tem problemas com a justiça, finanças ou segurança social, todos referindo que, foram resolvendo ao longo do internamento na CT, os problemas que tinham.

É de realçar que a grande parte dos entrevistados tem ou teve até há pouco tempo hepatite C, (já que alguns negativaram), outros hepatite A e B cumulativamente com a C e apenas um caso tem HIV. No caso do HIV várias são as repercussões que este facto tem na vida do indivíduo. Caracterizam a sua situação o medo de rejeição pelas outras pessoas, sobretudo no que se refere a relações amorosas, o sentimento de limitação, a toma obrigatória, rigorosíssima de medicação fortíssima todos os dias (possivelmente para o resto da vida), as doenças associadas, a discriminação profissional pela doença, a desqualificação profissional, a dificuldade de aceitação da doença pelo próprio e o medo da doença e de morte. No que se refere à hepatite, sobretudo a C, comum aos entrevistados, podem encontrar-se várias situações quanto ao seu tratamento: os que já fizeram tratamento com o Interferon (medicamento injectável), os que estão a fazer, os que já fizeram e resultou, os que interromperam por decisão própria e os que ainda não começaram, por medo e ambivalência. O tratamento com este medicamento é administrado semanalmente por via injectável o que, por si só, levanta associações com o passado, sobretudo nos consumidores de heroína. É um tratamento com vários efeitos secundários, como dores no corpo, febre, falta de força, arrepios, pingo no nariz, todos eles sintomas facilmente associados às vulgarmente conhecidas “ressacas” ou síndrome de abstinência. Para alguns fazer o tratamento foi razoavelmente pacífico com a ajuda e compreensão familiar. Para outros, foi uma experiência desastrosa, familiar, profissional e pessoalmente, tendo levado à sua interrupção. A existência desta doença, implica assim um controlo médico regular (consultas, análises e outros exames

complementares de diagnóstico). Além do tratamento, da necessidade de controlo regular dos valores hepáticos, esta doença acarreta ainda outras implicações na vida dos sujeitos. Por exemplo, é necessário gerir a sua vida sexual, tanto em termos dos cuidados necessários para o não contágio de outros, como também a decisão de comunicar a doença ao outro, os riscos de não ser aceite. Outra implicação referida é a decisão de engravidar, ou não, pelo casal e a necessidade de acompanhamento médico, no sentido da avaliação dos riscos de a doença ser transmitida para a criança. Apesar de os riscos de transmissão por via materna serem mínimos, os receios com que cada um vive a situação são muito importantes. Em nenhum dos casos, felizmente, houve transmissão da doença para os filhos. A impossibilidade de amamentação é uma outra repercussão, o que activa a culpabilidade materna. Também a associação entre a hepatite C e a toxicod dependência, por parte do pessoal hospitalar, tendo uma das entrevistadas no momento do parto, “sofrido” um tratamento discriminatório, como se fosse toxicod dependente, é exemplificativo da dimensão que o passado pode assumir no presente. Ainda em relação à hepatite C, há também o medo do diagnóstico, porque arrasta consigo o medo da doença, do sofrimento, da morte, como refere Caetano (44):” É complicado. Eu sou uma pessoa que prefere não saber. Fui daqueles que sempre teve medo da verdade em relação à saúde. Em relação ao ter medo de morrer... e na altura, isto é sempre vivido com muito silêncio da minha parte. É qualquer coisa que me mete pavor e me incomoda. Prefiro não saber ...de passar ao lado...mudar de assunto.. ou coisa do género. Mas tenho feito as minhas análises à hepatite. Agora há dois anos que não faço. Tem estado sempre tudo bem, até um dia que pode não estar. Mas foi qualquer coisa que eu não trabalhei bem foi o meu sentimento de morte. Esse sentimento é qualquer coisa que me incomoda... é porque tenho medo de morrer.” Em relação a outros problemas de saúde, foram também referidos, no caso da mulher, problemas uterinos, resultados de abortos feitos nos tempos de consumos. As suas consequências, na actualidade, são por um lado, a dificuldade em engravidar e, por outro, a necessidade de várias intervenções cirúrgicas. No caso dos homens, aparece como implicação dos problemas de saúde, nomeadamente das hepatites, a impossibilidade de fazer um seguro de vida, obrigatório para um empréstimo para a casa, sendo assim uma limitação bastante concreta e importante nos dias que correm.

As repercussões sociais abrangem diversas áreas como a justiça, as dívidas, problemas com as finanças, com a segurança social. Ao momento, nenhum dos entrevistados tem problemas a estes níveis tendo-os resolvido ao longo do internamento na CT. Também a possibilidade de, alguém que eles não se lembrem, os reconhecer de alguma situação mais comprometedora que tenha que ver com o passado de toxicod dependência, é vivida como

stressante, com o refere Filomena (63):”Bem essa, apanhei um susto. Eu tinha saído da comunidade há um ano, vira-se a rapariga para mim e diz-me: eu conheço-te. E eu pensei: não acredito. Já a pensar “estou feita”. (...) afinal não houve stress nenhum, eu é que tive um ataque de pânico.” A integração no bairro onde viveram e a possibilidade de se manter a imagem actual indissociada da imagem do passado. O mesmo se passa a nível profissional quando voltaram para o mesmo trabalho, em que a imagem do passado está sempre presente, mais marcada ou mais ténue, mas presente. É como se tivessem de ser perfeitos, não poder errar.

11.2 A comunicação de hoje sobre o passado de ontem

A comunicação sobre todos estes sentimentos e pensamentos pode ser feita com pessoas de dentro ou fora da família. Há uma tendência para a comunicação familiar sobre o passado não ser muito frequente, por falta de necessidade, por falta de motivo, para não assustar, por não compreenderem. A este respeito diz Cristino (14):”Às vezes, sim, tenho necessidade de lhe dizer que falei com esta pessoa e mexeu comigo ou que me veio à ideia que podia fazer assim ou assado (...) Tenho dificuldade ou tenho medo de estar alertá-la de uma forma que ainda vá preocupá-la.” Repetida por vários entrevistados é a justificação de o ou a companheira não entender e ser até um pouco avesso ao assunto. É o caso de Gonçalo (81 -83- 84) e Filomena (34) :”Falamos. Eu explico, ele não percebe muito bem. Ele fica muito irritado:” Parvoíce, foste-te meter nessas porcarias, (...) Então é mais por aí. Ele não tem muita curiosidade. (...) Também não é parvo nenhum, mas diz que não consegue encaixar esse tipo de atitude em mim, que não consegue. (...) mas nunca percebe bem aquilo que eu lhe respondo (risos). Eu sinto que ele nunca entende risos... “havia de ser minha filha, levavas uma carga de porrada”. Digo-lhe: ajudavas imenso assim (risos) e ele vê-se que ele não entende aquilo muito bem.” A dificuldade na comunicação familiar sobre esse passado está aqui bem presente, especialmente se esse passado for só de uma pessoa da família. Mesmo no caso em que esse passado foi de ambos os membros do casal, apesar de poderem falar mais abertamente sobre a questão, há também assuntos nunca falados, como o medo que um tem de, se o outro recair o outro recair também (Nuno), ou a história de um aborto nunca falada com o marido.

Nos casos em que se fala, que não são muito frequentes, pode ser em situações diversas: pensamentos de alguma forma assustadores que assolam o entrevistado, existência de situações que impliquem tomadas de decisão, discussão Alberto (33), algum tipo de

mudança; encontros casuais com pessoas ou situações que despertem a memória. Alguns referem o assunto ter sido exaustivamente abordado uma vez sendo encerrado. O passado aparece, por vezes, a propósito de algum sinal que alguém da família interpreta como associado ao passado, como refere Patrício (15):”Poucas vezes a gente fala...só às vezes quando há aquela situação.....em que eu bebo uma cerveja a mais ou isso.... e que a Lena veja diferença em mim... começa logo a dizer “cuidado e vê lá se te leva a outras coisas, a consumos e isso”.

A comunicação com os filhos sobre esse passado, é tendencialmente gradual, enquadradora. No caso dos que tiveram filhos posteriormente à saída da CT, se ainda são muito pequenos a tendência é para falar apenas quando forem mais crescidos, no momento oportuno de crescimento e amadurecimento do filho, dentro do modelo de relação aTeresa que defendem e numa estratégia preventiva da não repetição de padrões familiares. Explica Tobias (28):” Claro que com o passado que eu tive e o passado que a mãe teve, há uns alertas muito grandes. Ele sabe e conhece a nossa situação porque em relação a isso sou mais objectivo, tenho medo que siga o mesmo caminho. Falo disso com ele. Falo porque me preocupa mesmo.” Alguns ainda estão indecisos sobre a eficácia da revelação e exposição parental. Teresa (12) relembra: “Bom, tinha 11 quando lhe contei. Ficou estático a olhar para mim. Eu também não sei onde fui buscar forças para lhe dizer tudo. Não dramatizei, não chorei, nem floreei, falei-lhe normal, como estou agora a falar consigo, com calma. Depois começou a chorar. Custou-me imenso ver o puto a chorar. “Ai vocês foram daqueles drogados que andam aí na rua da avó? Eu disse-lhe: não fomos assim tanto, porque ele sempre teve medo daquelas figuras. Medo e acho que também tinha um bocado de raiva. Hoje já não tem tanto, mas acho que depois ainda ficou com mais raiva aos drogados. E eu disse que não chegámos a esse ponto de andarmos todos sujos e a bater nas paredes mas também fomos doentes e dependentes. Mas tomávamos banho todos os dias. Não andámos por aí porque também tivemos ajuda dos avós e também não chegámos tão fundo porque o tínhamos a ele e tínhamos um objectivo... coitado do meu filho. Então, soube da verdade... e acho que ao mesmo tempo isso nos aproximou, talvez devia ser isso que eu... devia ter isso engasgado, atravessado, mas teve de ser naquela altura (...) E frisei muitas vezes que ele foi feito com muito amor e ele sente isso e sabe, porque ainda hoje fazemos questão de frisar isso. Foi feito com muito amor, e foi verdade e foi desejado e foi feito, não foi camisinha rota (risos).”

O receio da reacção, por parte dos filhos, de rejeição, desaprovação, confusão de sentimentos é referido por Cristino (17):” Já houve uma vez que foi um pouco falado assim superficialmente, mas ainda não lhe falei muito disso. Porque, se calhar, sinto-me inseguro no

aspecto de ferir também a nível da criança que tem 11 anos. Ainda ontem nós passamos num sítio em que ele disse: “drogados e não sei o quê”. E eu disse-lhe: como é que sabes que são drogados? “Eu mal olho para eles, sei logo que são drogados pela cara deles e isto e aquilo”. Aquilo custou-me imenso! A mãe estava ao pé e também repreendeu-o um pouco porque é assim, ele tinha ao lado dele uma pessoa que se calhar também tem cara disso. Acho que ficamos todos um pouco marcados. Mais que não seja interiormente.”

Fora da família, a comunicação sobre esse passado não é um assunto pacífico. O receio leva alguns residentes a optarem por não falar do assunto com outros, como refere Carlos (7-23):” Não me sentia à vontade para dizer: “Tive este problema e consegui ultrapassá-lo... já tenho conseguido manter-me limpo”. Portanto, essa parte do passado mantive-a escondida.(...) Ainda não há aquele à-vontade... É assim eu depois vejo pelos outros, se passar um toxicodependente há sempre aquele tom de crítica ou seja não é bem visto. Eu fico sempre a pensar... se calhar é um receio tolo, se eu for dizer, se calhar ouvem... mas pode não acontecer!!! E enquanto não houver aquela confiança de “Eu vou contar porque sei que não há riscos...” ”. Não falam dele com espontaneidade, há receios envolvidos, havendo felizmente interlocutores possíveis. Falam sobretudo com os ex-residentes, amigos que já tenham tido um passado idêntico, amigos ou colegas de trabalho que, pelo grau de confiança que as relações foram adquirindo, se mostram suficientemente confiáveis. Mais uma vez os ex-residentes têm, na rede dos sujeitos entrevistados, uma função muito importante. São, em muitas situações, senão os únicos com quem se fala deste passado, alguém com quem sabem poder falar sem restrição, sem medição de palavras. Com os outros, adoptam estratégias protectoras baseadas no receio das repercussões negativas a nível profissional e social, temendo a rejeição, os juízos, o preconceito, a discriminação. Tobias (6) exemplifica:”Estou a lembrar-me de uma situação em que um chefe meu disse a propósito dessa situação: “Malandros, e matava-os a todos...”. Esse tipo de pessoas nunca soube(...) Não faço disto uma bandeira, não ando a apregoar... Agora quando as pessoas fazem parte daquele círculo e me são muito próximas, então sim.”. Falar sobre o assunto pode ser uma estratégia redutora da ansiedade e da paranóia, sentindo-se mais tranquilos. Falando com outros acabam por vezes, por vir a conhecer outras histórias semelhantes à sua.

11.3 Acompanhamento técnico na actualidade

Antes de saírem da CT, os residentes são estimulados a iniciarem um apoio psicoterapêutico, que continuem após a alta, dando continuidade ao projecto terapêutico do sujeito, constituindo-se um suporte de “after care”.

À excepção de dois casos, quase nenhum dos entrevistados tem, actualmente, qualquer apoio técnico (psicoterapia, acompanhamento, entre outros). Uma grande parte já teve, durante algum tempo, apoio tanto individual como grupal, sobretudo imediatamente a seguir à saída da CT (14 entrevistados). O tempo de duração deste acompanhamento técnico foi variável consoante cada caso, indo desde duas sessões a um ano e meio. A tendência é para deixar abdicar desta necessidade algum tempo após a saída da CT. Uns referem estar fartos de terapia (devido ao programa terapêutico intensivo durante aproximadamente ano e meio das suas vidas). Outros referem dificuldades de deslocação, falta de tempo e difícil conjugação com família e trabalho/estudo. Os que não sentem necessidade, admitem não terem grandes problemas a apresentar, ou sentem-se simplesmente capazes de tomar as suas decisões com base no que aprenderam na CT e com a experiência de vida. Alguns tiveram uma experiência de apoio de que não gostaram ou sentiram como pouco eficaz, não correspondendo às suas expectativas. É também difícil começar uma nova relação terapêutica por referência à relação com o terapeuta da CT. Dificuldades pessoais de exposição e estratégias de evitamento da dor inerente a assuntos que seriam abordados em qualquer um desses apoios técnicos, foram referidas igualmente. Por último, para muitos foram encontrando na sua rede de suporte (entre os ex-residentes, família e pessoas da sua rede), formas de apoio, aconselhamento, que buscariam num apoio profissional, invalidando-o. A vinda à CT é ainda, referida por muitos, como a forma mais eficaz de “recarregar baterias” e seguir em frente, falando com os técnicos, quer com ou sem motivos concretos de visita.

Ainda assim é sobretudo em momentos de crise que se procura este apoio psicoterapêutico após a alta. Assim foi no caso de Roberto (30) ou da Teresa (53) que refere: “Estava a precisar de ajuda. Andava triste, angustiada, confusa, com falta de ar, taquicárdia, não parava, até a médica na altura mandou-me tomar Lexotam. (...) E foi aí que eu telefonei à minha terapeuta. –“Quería falar consigo, qualquer dia dá-me um treco”. (...) Confiei nela, mas já não vejo aquela coisa da mãezinha, como nós víamos aqui, não é? Vejo a doutora, uma doutora, uma médica, uma terapeuta, uma amiga, e vejo sobretudo uma amiga porque me ajudou.”

Para se ter noção de como, para alguns residentes, o apoio após a Alta Clínica continua a ser importante, mas cheio de percalços, veja-se o percurso de tentativas da Teresa (51): “Saí daqui, fui lá umas duas vezes ou três à psicoterapia mas não gostei. Acho que é isso o normal que acontece. É aquela dificuldade de uma pessoa se adaptar a outra pessoa. Nem me lembro do nome da sujeita nem gostei daquilo. Mas se calhar ia fechada às psicoterapias. Mas não gostei daquilo. Depois tentei ir a NA's, recorri também a NA's para ter acompanhamento mas também não me identifiquei com aquilo.(...) achava que aquilo para mim não se encaixava, era um exagero. Eu procurava uma vida normal, equilibrada, de poder beber um copo, fumar um cigarro, sem cair em excesso, e aquilo parecia-me coisa de malucos, não quer dizer que seja, atenção. É um programa...Mas aquelas coisas das rezas e dos mandamentos, eh pá, aquilo entrava-me e saía-me a 200 porque também sabia que a malta, bem aquilo era ambulatório, mas sabia que estava ali a “vomitar” aquilo tudo e que aquilo era falado por falar. Depois não procurei mais nada, vinha aqui à comunidade de vez em quando, depois comecei a vir mais, ouvir os ex-residentes a falar, e tal, e agora ultimamente é que recorri aos serviços da doutora.”

No único caso, dentro do grupo de entrevistados, que tem tido apoio psicoterapêutico há cerca de 4 anos e meio (Hélder, 27), mantendo-o na actualidade é referido o seguinte:”Quer dizer que estou há quatro anos em terapia e, se estou em terapia é porque precisava, não estou lá porque me apetece, porque aquilo às vezes é agradável, mas muitas vezes é chato, é caro (...) E em termos de disponibilidade também tenho que conciliar profissionalmente, é uma vez por semana, etc, mas, portanto, o que eu acho que me tem safo é essa capacidade que eu tenho de perceber que estou aflito e de pedir ajuda, apesar de me acusarem, e às vezes até recentemente, de eu ser pouco humilde”. Trata-se de uma situação em que, após a saída de alta e depois de algum tempo após a saída, houve a substituição de um comportamento de dependência de substâncias para a dependência de um comportamento compulsivo, destabilizador e incompatível com a sua vida familiar. Em algumas situações acontece, após o tratamento, esta substituição de um comportamento por outro, considerado à partida, como menos nocivo, mas igualmente dependente, apesar de não ter uma carga negativa associada tão forte como a toxicodependência.

12. Tipologia de Retratos dos Entrevistados

Após a análise de toda a trajetória desde a saída da CT à actualidade, de caracterizados os estilos familiares actuais e a relação com a CT e passado de toxicod dependência pode tentar-se construir um esboço de uma tipologia de retratos mediante alguns denominadores comuns a cada um.

Quadro nº 13 - Retratos dos ex-residentes da CT

Erráticos	Inconformados	“Certinhos”	Convertidos
Alberto Cristino Caetano	Nuno Lena Tobias Roberto	Bernardo Carla Filomena Alexandre Carlos Armando Alma Beto Patrício Alfonso	Teresa Helder Josefa Gonçalo

Os erráticos tiveram, e continuam a ter na actualidade, um percurso muito irregular, com picos de mudança acentuada ou radical. Em dois dos 3 casos há recaídas circunscritas ou continuadas, desorganizadoras da vida. Existe neles um sentimento de desilusão e ressentimento perante a vida, as pessoas, as oportunidades, a justiça. São pessoas sofridas, em que a cada momento esperam encontrar algo que alterará radicalmente a sua vida: um emprego, uma mudança, uma pessoa, uma espiritualidade.

Os inconformados têm tido um percurso mais contínuo ou menos contínuo em cada um dos 4 casos, mas exibem uma marca profunda de algo que falta na sua vida, pela qual se sentem inconformados de não ter atingido: seja o curso superior que não se conseguiu tirar, seja aquele trabalho que se continua a procurar, seja uma determinada situação familiar que não se atinge, seja uma qualquer liberdade pessoal que não se encontra nas relações próximas. Tal repercute-se em tudo o resto da sua vida.

Os “certinhos” são os que mantiveram um percurso mais regular. Com instabilidades maiores ou menores, mostram uma certa continuidade na trajetória. Na actualidade mantêm-na, procurando pautar-se pela organização, risco calculado, estabilidade no emprego, ligação familiar. Esforçam-se por manter o rumo que consideram associado ao “bem viver” (Leon, 2000), mas associando-lhe um lado prazeroso descoberto a cada dia e de que não querem abdicar.

Os convertidos tiveram uma trajectória relativamente clivada. Inicialmente marcada por excessos e libertinagem, fizeram uma viragem a determinada altura, para uma vida mais estável. Nos 4 casos houve comportamentos dependentes continuados ou circunscritos, mas muito marcados. Com maior ou menor ajuda, a actualidade é estável por desejo e turbulenta por herança, pelos resquícios de alguns traços e apelos ao passado.

Conclusão

Ferreira (1994:193-194) refere que “a pesquisa científica tem como objectivo a produção de conhecimento aprofundado e sistemático sobre uma dada realidade do mundo físico, psíquico ou social. É através da pesquisa que se renovam conhecimentos ou se produzem novos conhecimentos, se enriquecem os quadros conceptuais das disciplinas científicas, ou se processam as descobertas”. A modernidade coloca ao indivíduo emergente, questões fulcrais às quais, muitas vezes, ele não está preparado para responder, deparando-se assim com dilemas existenciais presos ao núcleo da sua identidade, de pertença e de segurança (afectiva, simbólica, física). O indivíduo é contextualizado dentro de um grupo fundamental de pertença que é a família, de origem, por um lado, e de procriação, por outro. Esta “é, então, um espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interacção: os contactos corporais, a linguagem, a comunicação, as relações interpessoais. É ainda o espaço de vivência de relações afectivas profundas: a filiação, a fraternidade, o amor, a sexualidade... numa trama de emoções e afectos positivos e negativos que, na sua elaboração, vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos e de pertencermos àquela e não a outra família”(Alarcão, 2000:36). Dada a riqueza do contexto familiar, nas suas dimensões interna e externa, procurou-se compreender o estilo de vida familiar (Giddens, 2001) de um universo específico de indivíduos e a trajectória de vida que, após uma experiência de reflexividade seguramente marcante no contexto específico de comunidade terapêutica, a ele conduziu. Esta última entendida, no quadro da modernidade como uma experiência individual única enquanto comunidade de vida e de sentido (Berger e Luckman, 2004).

Procurou-se, neste estudo, fazer uma pesquisa tão aprofundada quanto possível sobre as trajectórias de vida dos ex-residentes após a sua saída da CT, os seus estilos de vida familiares actuais e a sua relação, quer com o passado de toxicoddependência, quer com a experiência de tratamento.

Interligando todos os conteúdos analisados pode fazer-se uma leitura integradora. Dessa forma, estes entrevistados, passaram ao longo da sua vida, por cerca de três processos de socialização, interligados mas diferenciados e descontinuados. Tal originou, na linguagem de Bourdieu, a produção de um habitus que foi assumindo matrizes novas, com os períodos distintos da vida dos sujeitos entrevistados. A sua socialização começou na família de origem, com uma dinâmica própria, com algumas especificidades sobejamente descritas. No período

da pré-adolescência ou adolescência iniciam os primeiros consumos de substâncias, continuando com os mesmos e com um estilo de vida inerente à toxicodependência, durante vários anos (5, 10, 15, 20) consoante cada caso. Sofrem, por esta forma, todos os efeitos de uma socialização pela “rua”, vivendo ou não nela, de tal maneira marcante e desorganizadora da sua vida que, a determinada altura, reconhecem precisar de apoio especializado. Integram, para o efeito, um programa terapêutico intensivo, numa estrutura de apoio, estruturada e estruturante, no sentido da mudança do estilo de vida e da modificação da sua identidade enquanto todo. Esta experiência, proporciona ao indivíduo, toda uma experiência reflexiva (Giddens, 2001), confrontando-se a si próprio e à sua história. Adquire, pela experimentação de um estilo de vida preconizado como saudável, todo um conjunto de recursos, internalizados, para que possam ser transponíveis para todas as áreas da sua vida, após a saída da CT. Contudo, esta transposição não é fácil, como se pôde observar nas dificuldades sentidas após a saída da CT. Existe até um certo sentimento de engano, no qual o aprendido não estava totalmente de acordo com a realidade que, agora, enfrentavam. No processo terapêutico cria-se uma espécie de novo “habitus”, resultado de uma certa esfoliação de todo o “habitus” incorporado ao longo de toda a vida. Com os recursos internalizados ao longo de todo este percurso, as decisões vão sedimentando, a capacidade elaborativa da experiência também está incrementalmente maior e, com o tempo e com o apoio das redes, a adaptação vai-se fazendo. Claro que com riscos, com avanços e recuos, com paradoxos, ambivalências, mas fazendo-se.

Se, como refere Bernard Lahire (2005), o homem é plural, passando por diversos processos de socialização, consoante o contexto, o momento, as relações. Estes indivíduos, em concreto, passaram por contextos e experiências plurais, com uma intensidade muito grande, pelo que as suas marcas os acompanham para sempre. A visão que deles se apresentou, procurou dar conta da sua complexidade enquanto sujeitos em família. Contudo, como refere o mesmo autor: “existem disposições forte e disposições mais fracas, e a força e a fraqueza relativas das disposições dependem, em parte, da recorrência da sua actualização. Não incorporamos um hábito durável em apenas algumas horas, e certas disposições podem enfraquecer ou apagar-se pelo facto de não encontrarem condições para a sua actualização, e às vezes mesmo pelo facto de encontrarem condições de repressão” (2005:21).

Na actualidade, no estilo de vida familiar actual, compreendeu-se que o indivíduo procurou, ao longo da sua experiência, fazer o percurso de individualização socialmente exigido. Pelas fragilidades do seu sistema familiar de origem e pelas suas próprias dificuldades de separação/individuação face à mesma, este é tentado através dos consumos, onde apenas é conseguida uma pseudo-individuação, à custa da alienação de si próprio.

Parece assim ser na CT que, pela primeira vez, o indivíduo, encontra o ambiente propício a esse processo. Como refere Singly (2004) a individualização não se pode fazer sem o outro significativo. A CT cria o ambiente necessário em que cada um deve descobrir-se enquanto indivíduo, na relação com outros indivíduos, unidos numa comunhão de sentido e de vida (Berger e Luckmann). Contudo este processo é apenas começado na CT, sendo ou não, por decisão do indivíduo continuado ao longo da trajectória de vida. Neste sentido pôde verificar-se que os percursos vividos vão, progressivamente, em primeiro lugar, no sentido da independência financeira e, depois, da autonomia em relação à família de orientação. Parece que procuram fazer na família que escolheram para ser a sua, o processo de individualização que não conseguiram fazer na sua família de origem, durante o seu crescimento. Espera-se desta nova família a compensação face a todo o conjunto de tensões e frustrações vividas fora dela, tanto na actualidade como no passado/presente.

A visão que deles se apresentou, procurou dar conta da sua complexidade enquanto sujeitos em família, dos seus quotidianos internos e sua relação com o exterior, tentando também aí verificar o que resta, na actualidade, de influências da experiência vivida na CT e quais as marcas do passado de toxicodependência na actualidade familiar, porque o presente condensa em si mesmo o passado vivido e o futuro perspectivado.

Daí que em termos das trajectórias de vida após a saída da CT até à actualidade pôde verificar-se, analisando as entrevistas, os vários grupos de dificuldades sentidas: as familiares, as relacionais, as pessoais, as económicas, as ligadas à CT, as directamente ligadas à abstinência, tendo felizmente disposto de pontos de equilíbrio, ou seja as pessoas que pelo seu apoio, força, segurança, referência, ajudaram o ex-residente a conseguir encontrar o equilíbrio e são percebidas pelo mesmo como tal e as estratégias (atitudes, metas estabelecidas, ...) que ditaram comportamentos específicos e que ajudaram o ex-residente a seguir o caminho definido por si.

Procurando confirmar ou infirmar as hipóteses traçadas, pôde verificar-se o seguinte em relação às três primeiras hipóteses:

“ A trajectória dos ex-residentes, desde a sua saída da CT, até à actualidade, é feita de percursos múltiplos, consoante o sexo do ex-residente, a sua situação familiar à data da saída, a sua situação laboral ao longo da trajectória, a sua vida social e a relação, directa ou indirecta com comportamentos à toxicodependência e seu estilo de vida.”

“Apesar de, na sua trajectória após a saída da CT, se poderem encontrar vários percursos de coabitação, na actualidade haverá dois grupos principais de ex-residentes quanto ao seu processo de autonomização face à família de origem: os que co-residem com os pais (tendo ou não filhos a viver consigo e eventualmente companheira) e os que constituíram a sua família de procriação e com eles residem autonomamente.”

“Os indivíduos que não se autonomizaram face à família de origem quer imediatamente após a saída da CT quer actualmente, fazem-no por experimentarem grandes dificuldades na transição para a vida adulta, tanto por dificuldades a nível emocional na separação parental, como por dados concretos da realidade (mercado de emprego difícil, baixos salários, mercado habitacional inflacionado) bem como, ainda, por representações assustadoras da vida adulta, conjugal e parental.”:

Na trajectória dos residentes entrevistados, após a saída da CT, pôde encontrar-se uma mobilidade grande no que se refere à sua co-residência, identificando-se, logo à partida, na actualidade dois grupos: os que vivem com a família de origem mais concretamente os pais, e os que vivem com a sua família constituída (a quase totalidade dos entrevistados). Tal foi surpreendente e revelador da eficácia do tratamento já que o mesmo contribuiu para, a seu tempo, com os recursos internalizados, conseguirem realizar o projecto adiado de autonomização. Muitas foram as dificuldades sentidas ao longo da transição da CT para a vida fora dela. Os percursos de co-habitação, e os trajectos de emprego variam apesar de ser possível identificar grupos com denominadores comuns. O peso da culpabilidade, inerente ao passado de toxicodependência, tanto na relação com a família de orientação como com a de procriação, é muito marcante e inibidor dos percursos de autonomização. O dever é o sentimento predominante relativamente aos cuidados aos pais muito inerente ao sentimento de culpa por um lado (como se o seu passado tivesse contribuído ou causado a doença ou a morte) e de retribuição dos cuidados que os pais lhes prestaram durante muitos anos durante o seu percurso de toxicodependência. Não são alheios a esta “escolha” factores de ordem económica, no sentido de, sozinhos, não poderem arcar com todas as despesas inerentes à autonomização. O regresso a casa dos pais não se faz sem várias dificuldades sentidas, com a pressão de não poderem errar ou desiludir os pais, a desconfiança básica sentida pelos mesmos. Paradoxalmente, enquanto os que quando saíram para casa dos pais referem, desta relação, sobretudo as dificuldades, os que não foram para casa dos pais referem o apoio forte que eles lhes deram apesar de não estarem juntos, pelo que autonomização não significa necessariamente perda do apoio familiar. A existência ou não de filhos à data da saída da CT parece condicionar no feminino as trajectórias, salientando na globalidade do grupo de entrevistados a variabilidade de situações existentes.

Globalmente, pode verificar-se que ao longo da trajectória vários são os factores que confluem para a sua orientação de percurso. Nas 4 dimensões analisadas pôde perceber-se a multiplicidade de percursos individualizados, cada um com as suas especificidades e matizes próprias. Contudo é possível distinguir dois tipos de trajectória. Uma mais regular outra mais irregular.

As trajectórias fazem-se no sentido da autonomia, experimentando progressivamente, formas graduais da mesma enquanto tendência geral. Em termos de género parece haver uma maior vontade de autonomização, ainda que isso nem sempre seja possível e imediatamente após a saída da CT, empurradas por um desejo de assumir em pleno a sua maternidade, sentindo que só o poderão fazer por meio de um maior distanciamento dos seus próprios pais, como forma de clarificar papéis até aí trocados. No fundo a mulher mais facilmente se “desenrasca” e o homem mais facilmente se “enrosca”. A existência de filhos por parte da mulher e o desejo de assumir a parentalidade de uma forma autónoma, parece ser aquilo que mais distingue, em termos de género, as trajectórias.

No que se refere à quarta e quinta hipóteses:

“Nos casos em que tenham estabelecido família de procriação os modelos de conjugalidade predominantes, entre os entrevistados, serão o fusional (privilégio da relação) e o associativo (o eu na relação)”

“Nos casos que não tenham constituído família os modelos de conjugalidade representados que projectam para uma futura relação conjugal serão também o fusional e o associativo.”,

Na relação conjugal, logo à partida, se encontraram dois grandes grupos: os que constituíram família e os que não a constituíram. Estes últimos, apenas três entrevistados, apresentam características bem diferentes pelo que foram apresentados individualmente, sendo que, no entanto, os três se projectam no futuro numa relação, desejada como fonte de realização, baseada no amor, sobre o qual se funda o projecto familiar, onde a compreensão mútua e a inter ajuda são as chaves da relação.

Em relação ao grupo dos que têm família constituída, notou-se a tendência claríssima para escolher como companheiras com um perfil e um percurso de vida dentro do socialmente aceite, por oposição ao seu. A tendência para a fusionalidade das formas de conjugalidade é notória, ainda que atravessada, por alguns matizados em algumas famílias.

Relativamente à sexta e sétima hipóteses:

“Nos casos em que tenham filhos a relação parental será um dos grandes focos, senão o maior, de centramento familiar”

“Nos casos que não tenham (ainda) filhos, estes estão no centro dos seus projectos futuros, a par ou não, com uma relação conjugal estável.”

Verifica-se que, em termos de centramento familiar, o tipo “familiarismo” é aquele que mais se evidencia. Há uma tónica especial nos filhos porque são eles que dão sentido à união e ao grupo e é em torno deles que se procuram recursos e definem estratégias. Os filhos são a relação mais central familiar, de alguma forma toda a vida familiar girando em torno

deles e das suas necessidades, educação, formação pessoal, bem-estar. A relação com os filhos é especial, diferenciada de forma clara por uns, de forma mais subtil, por outros. Numa interpretação puramente pessoal, porque narcisicamente eles representam o prolongamento de si, da sua existência, com a possibilidade de ter uma vida totalmente diferente, que os próprios gostariam de ter a possibilidade de viver.

Ao nível da relação parental parece ser importante referir duas situações possíveis, ou seja, os que têm e os que não têm filhos, sendo que a maior parte dos entrevistados tem filhos da actual relação.

Na caracterização do estilo educativo poderá dizer-se que a generalidade dos entrevistados com filhos se enquadra, grosso modo, no estilo contratualista, mas com traços dos outros dois estilos (maternalista e estatutário) sobretudo a dois níveis: a questão do maior ou menor controle educativo e a menor ou maior diferenciação nos papéis educativos expressivos e instrumental pelo casal. Parece haver uma grande abertura ao exterior na busca ou aceitação de influências proveitosas na educação dos filhos, todos referindo a triagem e filtro que fazem em casal de todos esses contributos externos. A dificuldade de impor limites, devido à culpabilidade e ao sentimento de ilegitimidade para o fazerem, pelo seu percurso de vida é um traço característico destas famílias.

Como receios em relação ao futuro, é importante ressaltar que o receio mais referido, ou mais subtilmente mencionado, sem ser directamente referido pelos entrevistados, é o receio de que tenham um percurso semelhante ao seu. Quer isto dizer que uns referem directamente o receio e outros, numa estratégia defensiva não o referem directamente mas falam do seu percurso a propósito. Assumido ou não, este é o receio mais transversal aos entrevistados. Mas pode dizer-se que um receio complementar ao dos consumos seja o de o progresso, a evolução das sociedades, dos comportamentos, estarem a mudar para algo que é pouco seguro porque será seguramente diferente do que conhecem. Por conseguinte receiam não conseguir acompanhar essa evolução. Em termos de período do desenvolvimento também parece transversal a identificação da adolescência como período que mais receiam: as saídas à noite, o fumar às escondidas, os namorados, o álcool, as drogas, as motas, os acidentes, a rebeldia, o pulo repentino que dão nesta fase. É perfeitamente compreensível esta preocupação porque, para além de efectivamente ser uma fase do desenvolvimento do sujeito enquanto pessoa muito complicada, estes pais têm como referencial a sua própria adolescência, os seus deslimites, os seus comportamentos, as posições críticas em que colocaram os pais. Desejam não repetir, na sua história com os seus filhos, os padrões relacionais existentes na sua relação com os seus pais.

Quanto à oitava hipótese:

“Os entrevistados incluem na sua rede social, como elementos importantes, outros ex-residentes, sobretudo ao nível das redes de afinidades, privilegiando a família de origem (nuclear e/ou alargada) nas suas redes de solidariedade e de protecção.”

Pôde verificar-se que, em termos da relação da família com o exterior, no sentido de abertura ou fechamento, é bastante permeável ao exterior, onde estão incluídos os amigos, os contextos profissionais, os meios de comunicação social, as estruturas de educação dos filhos, as estruturas de saúde entre muitos outros.

Apesar de vários anos terem passado, os companheiros da CT têm ainda um peso importante na vida do ex-residente, podendo as relações terem diminuído em quantidade mas ganho em intensidade. Novos amigos vêm através de outros, de grupos de desporto, de antigos trabalhos, da Internet. Em termos da topografia traçada para a rede social pôde verificar-se que em termos de afinidade as companheiras, os filhos, os colegas de trabalho e os ex-residentes da CT constituem o grosso do grupo das pessoas com quem gostam realmente de estar na actualidade. Em termos de solidariedade, é a família de origem, de quem se gosta, com quem se gosta de estar, com quem se está muita vez por obrigação, por culpabilidade por tudo o que se lhe fez no passado, por agradecimento por tudo o que ela lhes fez a eles é quem sobressai, não esquecendo a necessidade de cuidar de pais, que, por motivos de doença, precisam de cuidados continuados, encontrando-se numa situação de dependência. Há também um sentimento de dever estar diferente relativamente à família constituída fundado sobretudo nas responsabilidades familiares a par do querer efectivamente estar com eles. Já a família da companheira também aparece aqui com um destaque razoável nesta categoria, não sendo contraditório com o que se disse em relação à lateralização da rede em relação ao casal. No que se refere à auto-protecção, pais e irmãs encontram-se bastante destacados como grupo de apoio, mas quase a par com a companheira o que significa que em momentos de dificuldade, o casal primeiro procura resolver os problemas entre os dois (o que mais uma vez nos aponta para a já acima referida fusionalidade) e só depois abre o leque de opções, consoante o tipo de apoio necessitado.

No que se refere à nona hipótese:

“Os ex-residentes que se encontrem a residir com a família de origem terão redes menos vastas e densas do que os que fizeram um percurso de autonomização face a mesma.”

Foi difícil verificar esta hipótese, visto só ter sido possível entrevistar 3 indivíduos a viver com a família de origem. Apesar disso, nesses três casos não se notam diferenças nas

redes, relativamente ao que se autonomizaram. Contudo, em termos da rede individual versus rede familiar, foi interessante verificar-se que, quem vive com família de origem parece ter uma rede individual quase excludente da rede social da família e composta por maior número de elementos quando comparada com os que vivem com a família constituída apesar de parecer que estes últimos têm redes mais vastas no seu todo.

Quanto à décima hipótese:

“Há diferenças de género que atravessam o estilo de vida familiar dos residentes”

A sua verificação confirma-se, tanto em termos da análise interna da família como em termos de comparação entrevistados/entrevistadas.

Em termos da décima primeira hipótese

“O facto de ter feito um programa terapêutico em Comunidade Terapêutica influencia, segundo a percepção do próprio, o modo de estar em família do ex-residente na actualidade, tendo dado contributos para uma mudança, a nível da relação consigo próprio, com a família de origem, na conjugalidade, na parentalidade e com a sua rede social.”

Pôde perceber-se, em termos da percepção da influência da CT na vida familiar actual que, há uma área de ajuda e aprendizagem através da CT que atravessa todas as áreas desde a relação consigo próprio à relação com a rede, que é o conhecimento de si próprio mais profundo, a aceitação de si, da sua história e a necessidade de mudança de determinados comportamentos. Atrás desta ajuda, vêm todas as outras nas várias relações. Os entrevistados deixaram bem claro que a maior ajuda sentida se refere a si próprios (como era de esperar) o que, de um ponto de vista sistémico, acabou por ter repercussões mais ou menos directas nas relações analisadas da actualidade.

Indiscutível é o enorme sentimento de gratidão à CT, não se conseguindo pensar a actualidade sem a experiência CT, o que é compreensível relativamente. Por um lado compreensível porque quem conhece as histórias de vida dos candidatos a entrar no programa terapêutico e quem vê a sua actualidade percebe a clara influência da CT na mesma. Mas relativa porque nada garante que, não tendo passado pela CT, outras experiências não pudessem de forma semelhante, ajudar os entrevistados a chegar à actualidade de forma semelhante. É impossível afirmá-lo com segurança, mas intuitivamente, pelo conhecimento empírico da prática profissional é possível introduzir uma dúvida razoável, sem qualquer tipo de arrogância ou pretensão.

O facto de se ter verificado que a influência na relação com a família de origem não era suficientemente notória, levou a uma reflexão técnica, com uma introdução de algumas alterações dos grupos de trabalho com os familiares a fim de dar resposta a algumas

dificuldades apontadas pelos entrevistados. Ainda não concluído, esta dissertação dava já contributos para a redefinição da prática para um prosseguimento mais eficaz dos objectivos.

Por último, em relação à décima segunda hipótese,

“O passado de toxicodependência do entrevistado, estará presente a vários níveis da sua vida familiar actual, obrigando-o, na actualidade, a relacionar-se com as repercussões do mesmo”.

Pode afirmar-se que, de forma diferenciada consoante cada caso, o passado de toxicodependência e seu tratamento, está presente na actualidade familiar, de forma mais notória ou mais subtil. Segundo os próprios, a atenção tem de estar sempre desperta para atitudes e comportamentos que possam conduzir ao mesmo. Pôde compreender-se, que em termos de comunicação familiar ela não é muito aberta, com conflitos no que se refere à mensagem a passar aos filhos sobre este passado. Com o exterior só se fala com os que tiveram um percurso idêntico. As repercussões mais notórias são em termos de saúde e familiares. Há situações de vulnerabilidade em que pensamentos automáticos ligados ao consumo podem aparecer. O acompanhamento técnico, como continuidade do percurso terapêutico, é pouco utilizado, tendo tendência para desaparecer com o evoluir dos anos.

Por tudo o que se disse, desde a sua saída da CT, os entrevistados foram fazendo ao longo da sua trajectória percursos de amadurecimento na sua relação consigo próprios, que representam uma evolução positiva, que lhes permite perceber os momentos a solo não como ameaçadores (como no início da trajectória) mas como necessários ao seu bem-estar individual, com as repercussões que isso tem na vida familiar e profissional. Os percursos que foram experimentando com outros foram sendo mais livres, ou seja, motivados por outro tipo de razões que não o medo aterrador de estar sozinho e recair. Procuraram, progressivamente formas de estar socialmente e familiarmente que respondesse, a cada momento, às suas necessidades, partindo para outras, assim que as necessidades e a conjuntura geral da sua vida o permitissem. Contudo o ideal de autonomização face à família de origem estava sempre presente, agora não de uma forma reactiva, agressiva, ilusória, mas de uma forma consciente, libertadora, progressiva, “normal” dentro daquilo que se espera na passagem do sujeito quando atinge uma maturidade e condições que lhe permitem viver enquanto adulto. Tal não teria sido possível, seguramente sem a aprendizagem do “bem viver” (Leon, 2000) através da adopção de um estilo de vida saudável que se vai fazendo, com percalços, com avanços e recuos, mas que se vai fazendo. Mas também porque a imagem de si se transformou, agora mais realista das potencialidades e limitações individuais, com as consequências que isso tem nas múltiplas decisões que foram tendo de tomar ao longo da sua trajectória até à actualidade.

Em termos familiares foram procurando formas de estar em família, estilos familiares, resultado de toda a experiência passada, e da elaboração pelo movimento reflexivo realizado ao longo do tempo, que procuram escapar a padrões de funcionamento vividos anteriormente e sentidos como pouco saudáveis, ou pelo menos, afastados dos seus novos ideais norteadores da vida. Se se observar as tipologias a que, grosso modo se conseguiu chegar, o traço “companheirista” (Kellerhals) das mesmas é o tendencial, Desde já se pode perceber que mais de metade dos entrevistados têm uma perspectiva da sua relação romântica, onde o amor está no centro da relação, onde o casal se sobrepõe ao indivíduo, o acento tónico é posto na vida em família, o que se pode ver em termos da análise do centramento familiar. Poder-se-ia dizer que, ao nível do desejo, possivelmente os entrevistados desejariam que o seu estilo familiar fosse mais marcadamente “negociação”, com traços de maior autonomia na relação conjugal sobretudo. Se em termos conjugais já se viu que as famílias se enquadram dentro do modelos mais fusionais, parece também se ter tornado claro, que em termos da educação dos filhos, esta mostra grandes traços no sentido do desenvolvimento da autonomia, suportada, apoiada, mas autonomia, tanto nas actividades que se estimulam os filhos a fazer, como com quem, como na perspectiva que têm de que o futuro tem muita coisa que não controlam e que só com um grande acompanhamento dos tempos dos filhos poderão ajudá-los a crescer. Parece que, pegando nas teorias da individualização de Singly (2004), uma geração de pais, educados sob a égide ou da fusão simbiótica, ou do desligamento, após todo um percurso de vida que lhe permitiu a elaboração da sua história de vida, deseja educar os seus filhos de modo diferente, seguindo modelos mais modernistas, por terem percebido que os modelos mais tradicionais, além de não terem resultado consigo próprios, se encontram desfazados no tempo, na sua perspectiva. Daí a tendência para integração no estilo contratualista (Kellerhals e Montadon (in Singly, 1992) no que se refere ao estilo de educação dos filhos.

Mas estes indivíduos, apesar de toda a vida terem procurado contextos de integração afectiva e ao mesmo tempo autonomizar-se, por vários motivos estes dois projectos não foram atingidos possivelmente no momento ideal da vida, mas tudo leva a crer que apesar deste desfasamento no tempo, não se abandonou o projecto de individualização e se tem procurado, agora na família constituída por cada um, que ele não se tenha de fazer contra a mesma mas na mesma e com a mesma. Por isso, todos referem a frustração de muitas vezes não conseguirem dar a si próprios o tempo, a atenção, o investimento que desejariam, embora se esforcem para que isso aconteça, procurando não se esquecendo de si a relação consigo próprio, é um traço comum que todos referem, gostar de ter mais tempo e espaço para si, para projectos individuais, sendo que a família acaba por ser um pouco boicotante dos mesmos,

pelo carácter abrangente e consumidor de energias, tempo, tarefas. Aqui, é também de salientar que, por vezes, foi referido, uma diferenciação dos modelos individuais da conjugalidade e da educação dos filhos entre os membros do casal.

Uma última conclusão e tendo em conta o estudo realizado sobre as famílias portuguesas (Wall, 2005), é que parece poder afirmar-se que as famílias analisadas, ainda que pelo olhar de apenas um dos seus membros, não se encontram muito diferenciadas ao nível da sua forma de relacionamento familiar, comparativamente com as demais famílias portuguesas. É uma conclusão, já em si, que permite argumentar contra a exclusão ou contra o preconceito sobre as mesmas, pelo passado que um dos seus membros ou ambos no casal, tiveram, e antever o papel positivo que a CT teve enquanto integradora, preparadora dos seus residentes para constituírem famílias perfeitamente inseridas na diversidade nacional. O que possivelmente distingue as famílias analisadas do resto das famílias presentes no estudo nacional serão sobretudo as especificidades que, tanto a experiência em Comunidade Terapêutica como as repercussões a todos os níveis do passado de toxicod dependência trazem para a actualidade da vida familiar.

Assim, e tendo em conta que, como é referido logo na introdução, os objectivos deste estudo foram os de dar contributos para uma melhoria da intervenção na áreas do tratamento da toxicod dependência em Comunidade Terapêutica, considera-se foram atingidos a vários níveis. Por um lado, os conteúdos referidos na trajectória após a saída da CT até à actualidade têm sido muito utilizados no dia-a-dia profissional pela autora, como fundamentação para determinados argumentos, para determinadas tomadas de decisão, para o vislumbrar de novos projectos. Um deles por exemplo é a criação de uma base de dados sobre o residente à data da sua saída, que permita futuros estudos de acompanhamento (follow up) e material de apoio ao trabalho de “after care”, após a saída da CT. Por outro lado, ter-se percebido que a relação com a família de origem, algum tempo após a saída, é uma das áreas em que a influência da CT é menos eficaz, levou à criação de um grupo de pais específico, para pais de residentes em fase de pré alta ou já com alta clínica. Procura-se, assim, preparar de uma forma mais consistente a saída do residente, dando maior solidez, no período pós alta, aos recursos por todos supostamente internalizados, evitando a tendência referida para “voltar tudo ao mesmo” com o decorrer do tempo. Apesar de ser um projecto ainda em fase inicial, ele é um resultado deste estudo, pelo que os frutos do mesmo se começaram a dar mesmo antes da conclusão, à medida que os resultados se foram tornando evidentes. Só por isto, além de toda uma variedade de outras razões, pode afirmar-se que todo este investimento pessoal, profissional, familiar, não foram em vão, muito pelo contrário. Além disso, pensa-se que este estudo, abre

a possibilidade de outros estudos mais específicos e aprofundados que não foram possível fazer e por isso é também potencializador da continuidade do trabalho científico.

BIBLIOGRAFIA

- Aboim, Sofia, Karin Wall, (2002), "Tipos de Família em Portugal: Interações, valores, contextos", in *Análise Social*, vol. XXXVII(163), pp.475-506.
- Alarcão, Madalena (2000), (Des)equilíbrios Familiares, Coimbra, Quarteto Editores, col. Psicologia e Saúde.
- Almeida, João Ferreira de (1990), Portugal - os próximos 20 anos, vol. VIII Valores e Representações Sociais, Lisboa, Fundação Caloust Gulbenkian.
- Almeida, João Ferreira de et al (1994), Introdução à Sociologia, Lisboa, Universidade Aberta.
- Almeida, Ana Nunes de (2003), "Família, conjugalidade e procriação: valores e papéis", in Jorge Vala (org.), Valores Sociais: Mudanças e contrastes em Portugal e na Europa, Parte 1, cap.1, Lisboa, ICS, pp.47-93.
- Almeida, Ana Nunes de et al (1998) "Relações Familiares: Mudança e Diversidade", in J. M. Viegas e A. F. da Costa, Portugal, que Modernidade? Oeiras, Celta Editora.
- Amâncio, Lúcia (1997), "Toxicod dependência no Feminino", in *Actas do I Congresso Internacional: Toxicod dependência no Feminino*, Sintra, Ed. Reviver-Associação de Solidariedade Social e reabilitação de Mulheres Toxicod dependentes.
- Amâncio, Lúcia (1992), "As assimetrias nas Representações de Género", in *Revista Critica de Ciências Sociais*, nº34, Fevereiro, pp.9-22.
- Angel, Pierre et al (2002), Toxicomanias, Lisboa, Climepsi Editores.
- Ariès, Philippe, (1981), História Social da Criança, Rio de Janeiro, Editora Zahar.
- Ariès, Philippe, Duby, George (1991), "Segredos de Família", in História da Vida Privada, vol.5, Porto, Edições Afrontamento, pp.249-305.
- Ausloos, Guy (1996), A competência das Famílias - Tempo, Caos, Processo, Lisboa, Climepsi Editores.
- Barker, Philip (1998), Fundamentos da Terapia Familiar, Lisboa, Climepsi.
- Beck, U., A. Giddens, S. Lash (2000), Modernização Reflexiva, Oeiras, Celta.
- Becker, H. S. (1985), Outsiders, Paris, Métailié.
- Berger, P. L.; Keller, H. (1964), "Marriage and the construction of reality", in *Diógenes*, pp. 302-324.

- Berger, Peter; Thomas, Luckmann (2004), Modernidade, Pluralismo e Crise de Sentido- A Orientação do Homem Moderno, Petrópolis, Editora Vozes.
- Bott, Elizabeth (1971), Família e Rede Social, Rio de Janeiro, F. Alves Editora.
- Bourdieu, Pierre (1980), « Structures, Habitus, Pratiques », in *Le Sens Pratique*, cap. 3, Paris, Editions Minuit, pp.87-109.
- Bourdieu, Pierre (1989) O Poder Simbólico, Lisboa, Difel.
- Bourdieu, Pierre (1999), A Dominação Masculina, Oeiras, Celta editora.
- Bourdieu, Pierre (1992), “The Social Space and its Transformations”, in Distinction, a social critique of the judgement, London, Routledge, pp. 99-125.
- Broekaert, Eric et al (1999), “The design and effectiveness of Therapeutic Community research in Europe: na overview”, in *European Addiction Research*, vol.5, pp. 21-35.
- Carter, Betty, McGoldrick (1989), As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar, Porto Alegre, Artes Médicas.
- Connell, R. W. (1995), Masculinities, Cambridge, Polity Press.
- Durkheim, Emile (1975), *Textes, fonctions sociales et institutions*, Paris, Les Editions de Minuit.
- Fernandes, António Teixeira (1994), “Dinâmicas familiares no mundo actual: harmonia e conflitos”, in *Análise Sociológica*, vol. XXIX (129), pp.1149-1191.
- Fleming, Manuela (1995), Família e Toxicodependência, Porto, Edições Afrontamento.
- Gameiro, José (1994), Quem sai aos seus..., Porto, Edições Afrontamento.
- Gameiro, José (1998), Os meus, os teus e os nossos - novas formas de família, Lisboa, Terramar.
- Giddens, Anthony (2001), Modernidade e Identidade Pessoal, Oeiras, Celta.
- Giddens, Anthony (1988), “Dimensões da modernidade”, in *Sociologia*, nº4, pp.237-251.
- Giele, Janet e Elder, Glen (1998), Methods of Live Course Research – Quantitative and Qualitative Approaches, London, Sage.
- Guerreiro, Maria das Dores (2000), Conciliação entre a vida profissional e Familiar, Ministério do Trabalho e da Solidariedade e Comissão de Coordenação de Fundo Social Europeu.

- Guerreiro, Maria das Dores (1996), Famílias na actividade empresarial, Oeiras, Celta Editora.
- Guerreiro, Maria das Dores (1992), *Entreprise et mariage*, in *Familles et contextes sociaux- Les espaces et les temps de la diversité*, Actes du colloque de Lisbonne, Lisboa, AISLF / CIES.
- Gomes, Ana (1996), “A evolução do modelo sistémico e sua aplicação na Terapia familiar com Toxicodependentes”, in *Toxicodependências*, Ano 2, nº 1, pp. 35-43.
- INE, (2003), XIV Recenseamento Geral da População-2001, Destaque do INE.
- Kaufmann, Jean Claude(1993), Sociologie do Couple, collection:que sais-je, Paris, Presses Universitaires de France.
- Kellerhals, Jean et al (1982), Mariages au quotidien- inegalités sociales, tensions culturelles et organization familiale. Collection Regard Sociologique, Editions Pierre-Marcel Favre.
- Kellerhals, Jean, Troutot, Pierre-Yves (1987), « Milieu social et types de familles: une approche interactive », in *Annales de Vaucresson*, nº26, 1/1987, pp.91-108.
- Kellerhals, Jean et al (1989), Microsociologia da Família, coleção Saber 206, Publicações Europa América.
- Kellerhals, Jean (1987), « Les Types d’interactions dans la famille » , in *L’année Sociologique*, 37, pp.153-179.
- Kellerhals, Jean, Huguette McCluskey (1988), “Uma topografia subjectiva do parentesco”, in *Sociologia*, nº5, pp. 169-184.
- Kellerhals, Jean, Cleopâtre Montandon (1991), Les stratégies éducatives des familles -milieu social, dynamique familiale et éducation des pre-adolescents, Paris, Delachaux et Niestle.
- Kellerhals, Jean, Cleopâtre Montandon (1992), *Les styles éducatifs*, in Francois Singly, La Famille-l’état de savoirs, Paris, Editions la Découvert, pp.194-199.
- Kellerhals, Jean et al (1994), Les réseaux de solidarité dans la famille, Lausanne, Editions Réalités Sociales.
- Kellerhals, Jean et al (2002), “Linguagens de parentesco: lógicas de construção identitária”, in *Análise Social*, vol. XXXVI (163), Lisboa, ICS, pp.545-567.
- Kimmel, Michael, S. (2000), The Gendered Society, New York, Oxford University Press.
- Kooyman (1993), The Therapeutic Community for addicts-Intimacy, Parent Involvement, and Treatment Success, Amsterdam, Swets & Zeitlinger.

- Lahire, Bernard (2004), Retratos Sociológicos - Disposições e variações individuais, Porto Alegre, Artmed.
- Lahire, Bernard (2005), “Patrimónios Individuais de disposições – Para uma sociologia à escala individual”, in *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº49, pp.11-42.
- Leon, George de, et al (1982), “The Therapeutic Community: Success and Improvement rates 5 years after treatment”, in *The International Journal of Addictions*, 17 (4), pp.703-747.
- Leon, George de (2000), The Therapeutic Community -Theory, Model and Method, New York, Springer Publishing Company.
- Leon, George de (2003), A Comunidade Terapêutica, Teoria, Modelo e Método, São Paulo, Edições Loyola.
- Lopes, Ana et al (1999), “A influência da Comunidade Terapêutica na adoção de estilos de vida saudáveis”, in *Toxicodependências*, nº2, pp.49-58.
- Marc, Edmond, Dominique Picard, (1984) L’Ecole de Palo Alto, Paris, Editions Retz.
- Marlatt, G. Alan, R. Judith Gordon, (1993), Prevenção da Recaída – Estratégias de Manutenção no Tratamento de Comportamentos Adictivos, Porto Alegre, Artes Médicas.
- Martins, Ana Cristina (2002), “Famílias: O tempo parado na (Toxico)dependência”, in *Toxicodependências*, vol.8, nº02, SPTT, pp.63-70
- Michel, Andrée (1972), Sociologie de la famille et du mariage, Paris, Presses Universitaires de France.
- Neto, Domingues (1990), Deixar a Droga - Tratamento para os anos 90, Lisboa, Edições 70.
- Olivenstein, Claude e Parada, Carlos (2002), Droga, Adolescentes e Sociedade – como um anjo canibal, Lisboa, Instituto Piaget.
- Olson et al (1991), Families-What makes them work, California, Sage Publications.
- Pappámicail, Lia (2004), “Transições para a vida adulta: percepções e avaliações do apoio familiar”, in *Compilação de Textos do V Congresso Português de Sociologia*, Braga, APS.
- Parsons, Talcott (1970) “A estrutura social da família”, in Ruth Anshen, A Família: Sua Função e Destino, cap.13, pp 265-300.
- Perrot, Michelle (1990), “Personagens e Papéis”, in Ariès, Philippe, George Duby, História da Vida Privada, vol.4, pp.121-185, Porto, Edições Afrontamento.

- Portugal, Anabela et al (1995), Sobre a Comunidade Terapêutica do Restelo, comunicação apresentada no Encontro sobre Toxicodependências do SPTT, Abril, pp.1-12.
- Quivy, Raymond; Campenhoudt, Luc van (1992), Manual de Investigação em Ciências Sociais, Lisboa, Gradiva.
- Relvas, Ana Paula (1996), O ciclo vital da Família- perspectiva sistémica, Porto Edições Afrontamento.
- Relvas, Ana Paula (1998), “Histórias de Famílias, História Familiar e Toxicodependência”, in Toxicodependências, vo.4, nº3, pp.81-88.
- Samaniego (1999), “L’écoute des familles face à la menace de Toxicodépendance de l’adolescent”, in Thérapie Familiale, vol 20, nº 1, Genève, pp.39-49.
- Sampaio, Daniel (1991), “O Ponto de vista Sistémico sobre a Família e a Adolescência”, in Ninguém morre sozinho, cap. IV, Lisboa, Editorial Caminho.
- Saraceno, Chiara, Manuela Naldini, (2003), Sociologia da Família, Lisboa, Editorial Estampa.
- Seabra, Teresa (1999), Educação nas Famílias - etnicidade e classes sociais, temas de investigação 9, Lisboa, Ministério da Educação - Instituto de Inovação Educacional.
- Shorter, Edward (1975), A Formação da Família Moderna, Lisboa, Terramar.
- Sommer, Manuel (2004), Carreiras de Saída da Toxicodependência, colecção Alcoolismo e Toxicomanias Modernas, nº9, Lisboa, Climepsi Editores.
- Singly, François de (1992), La Famille, l’état de savoirs, Paris, Editions le découvert.
- Singly, François de et al (2004), Família e Individualização, Fundação Getúlio Vargas Editora.
- Sluzki, Carlos E.(1996), La red social: frontera de la practica sistémica, Barcelona, Gedisa editorial.
- Torres, Anália (1992), “Fatalidade, Culpa e Desencontro - Formas de ruptura Conjugal”, in Sociologia - Problemas e Práticas, 2, pp.117-137.
- Torres, Anália (1994), A Família, in João Ferreira Almeida et al, Introdução à Sociologia, Universidade Aberta.
- Torres, Anália (2001), Sociologia do Casamento, a família e a questão feminina, Oeiras, Celta Editora.
- Torres, Anália (2002), Casamento em Portugal - uma análise sociológica, Oeiras, Celta Editora.

- Torres, Anália (coord.) (2005), *Toxicodependência: trajectórias, perfis sociológicos, padrões familiares e processos mentais*, Lisboa, CIES.
- Valentim, Artur (1997), “A construção social do problema - Droga em Portugal: alguns dados sobre a evolução recente”, in *Sociologia - Problemas e Práticas*, nº25, pp. 81-102.
- Vasconcelos, Pedro (2002), “Redes de Apoio Familiar e Desigualdade Social: estratégias de classe”, in *Análise Social*, vol. XXXVII, nº163, pp. 507-544.
- Vasconcelos, Pedro (2005), Redes sociais de apoio, in Karin Wall (org.) Famílias em Portugal, Percursos, Interacções, Redes Sociais, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 599-631.
- Vicente, Paula (1994), Redes Sociais em Ex-consumidores de Heroína Integrados ou não num Grupo de Auto-Ajuda, monografia do curso de psicologia, ISPA.
- Wall, Karin (2003), Developments in Family Policy in Portugal in 2003, ICSUL.
- Wall, Karin (coord.) (2005), Famílias em Portugal, Percursos, Interacções, Redes Sociais, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Wall, Karin, Guerreiro, Maria das Dores (2005), A divisão familiar do trabalho, in Wall Karin Famílias em Portugal, Percursos, Interacções, Redes Sociais, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 303-356.

AneXos

Anexo nº 1 - Breve apresentação da comunidade terapêutica do Restelo

Como refere Broekaert (1999) é necessário que as investigações descrevam cuidadosamente a Comunidade Terapêutica a que se reportam para que as conclusões possam ser lidas à luz desse enquadramento e que futuros estudos possam ser feitos, nomeadamente estudos comparativos.

Assim, a Comunidade Terapêutica do Restelo, integra o Instituto da Droga e Toxicod dependência (IDT), sendo uma comunidade urbana, situada na Praça de Diu, (Restelo, Lisboa), com capacidade para vinte e dois residentes, de ambos os sexos, entre os 18 e os 35 anos de idade (hoje em dia o limite máximo de idade é relativamente flexível mediante avaliação de cada caso). A sua equipa técnica, que se encontra na CT desde as 9h às 20h, é constituída por 8 técnicos com formações de base na área da psicologia, serviço social e enfermagem. Formação esta complementada por especializações em áreas como a terapia familiar, terapia bonding, análise bioenergética, o que lhe confere a credibilidade técnica imperativa nesta problemática.

É uma das 3 únicas comunidades terapêuticas estatais em Portugal. O internamento é gratuito e de âmbito nacional ao nível da admissão de casos. O programa tem a duração mínima de 13 meses, sendo a estadia livre e a permanência voluntária o que significa que qualquer residente, a qualquer momento do tratamento pode decidir interromper o mesmo.

O modelo de tratamento

O modelo de tratamento é inspirado no modelo Hierárquico (na linha das Daytop), praticado na CT holandesa de Breegwestee, pertencente à Fundação Dr. Kuno van Dijk. É um modelo que implica a desintoxicação física prévia e tem como objectivo geral o tratamento da dependência psicológica de modo a permitir ao residente reinserir-se no seu meio, com um projecto de vida próprio, autónomo e livre de drogas.

Os objectivos específicos a atingir com o sujeito podem sintetizar-se em três níveis: ao nível do comportamento, ao nível emocional/ afectivo e ao nível cognitivo (Portugal et al, 1995; s/n, 1996). Assim, a nível do comportamento os objectivos são: a) interrupção de padrões de comportamento auto e hetero destrutivos; b) responsabilização pelo próprio comportamento em relação a si próprio e aos outros; c) reaprendizagem de hábitos de regularidade, concentração e persistência no quotidiano; d) promover o prazer da produtividade reconhecida pelo próprio e pelos outros.

Em termos emocionais-afectivos os objectivos são: a) corte e luto do consumo de drogas e do estilo de vida a ela associado; b) passagem do isolamento emocional afectivo ao desenvolvimento do interesse pelo outro, à partilha, construção e reconstrução de laços; c) capacidade de expressar e tolerar os sentimentos e emoções, sem "passagens ao acto"; d) acesso ao sentimento de bem-estar; e) aceitação de si próprio e dos outros.

Cognitivamente procura-se: a) aumento de auto-conhecimento e da capacidade elaborativa de pensar e se pensar a si próprio, com a atribuição de novos sentidos ao pensamento, sentimento e experiência; b) reparação da auto-imagem e da auto-estima; c) retomar o processo de construção/reconstrução da identidade; d) apropriação, pelo indivíduo, da sua própria história permitindo-lhe integrá-la no seu trajecto e projecto de vida.

Obviamente que, apesar de específicos, estes objectivos são ainda muito globais. No entanto eles dão um fio condutor e enquadramento à intervenção, dentro deles cabendo um conjunto estruturado de práticas micro específicas. Devem ser lidos como passíveis de que o sujeito, depois de os ter atingido, seja capaz de os transpor para vários contextos da sua vida diária, entre os quais a família, o trabalho, a sua rede de pertença social mais alargada.

Para atingir estes objectivos o programa terapêutico está dividido em 4 fases, sendo que de fase para fase o grau de autonomia e responsabilização vai sendo maior bem como o círculo de abertura ao exterior se vai alargando. A 1ª fase é a fase em que se pede ao indivíduo que se integre no grupo, que tome consciência do espaço em que se encontra, que compreenda o modelo de tratamento, ao mesmo tempo que vá iniciando o luto da sua relação com o produto que consumia e todo o estilo de vida associado. Na 2ª fase, o residente já está mais integrado, mais consciente de onde se encontra, das suas motivações podendo, gradualmente, ir assumindo maiores responsabilidades, quer perante si próprio quer perante os outros. Trata-se de uma fase em que muita coisa nova é experimentada mas com suporte, com ajuda, com retaguarda. Já na 3ª fase a abertura ao exterior é maior, a responsabilidade perante si e perante o grupo cresce consideravelmente a ponto de se poder ser o coordenador do grupo (elemento do grupo com maior responsabilidade), tudo isto a par de uma elaboração contínua do Projecto de Vida que vem sendo projectado desde o início. Finalmente a 4ª Fase, a última do programa, em que, já de uma forma mais concreta, o residente tem que delinear o seu Projecto de Vida após a saída da CT e começar a concretizá-lo. Os objectivos centrais desta fase são a separação do indivíduo da CT e a transição bem sucedida para a sociedade mais ampla. Portanto, nesta fase, a tónica é o ensaio e a prática de tudo o que foi aprendido na CT, procura-se que o indivíduo faça uma separação saudável pela redução da dependência à CT, enquanto fonte estrutural de apoio e suporte. Procura-se que o envolvimento com o mundo exterior seja maior, pelo ajustamento das aptidões sociais e psicológicas necessárias à vida fora da CT.

É importante fazer a ressalva que este Programa Terapêutico é dinâmico, como a própria realidade, o que implica que, ao longo dos tempos, foi sofrendo algumas alterações para responder às necessidades da realidade. Hoje em dia o Programa já não é, em alguns aspectos, tal qual como o descrito. No entanto o grupo de ex-residentes estudado fez o mesmo tal como apresentado, pelo que parece mais lógico apresentar o programa tal como ele se desenvolveu desde 1987 até 2004.

Por tudo o que foi dito facilmente se compreenderá a necessidade das três regras básicas seguintes como imperativo que a Comunidade funcione: não consumir qualquer substância psicotrópica não prescrita, não se envolver sexualmente com outros elementos do grupo, não agredir ou ameaçar de violência os elementos do grupo ou equipa técnica.

A organização do grupo

O grupo de residentes está organizado hierarquicamente, em forma de pirâmide, sendo o topo ocupado pelo coordenador, que é o elemento do grupo com maior responsabilidade por tudo o que se passa na vida diária dos residentes e o elo de ligação com a equipa técnica. Ao coordenador seguem-se nesta estrutura os responsáveis de sector que organizam e fazem a gestão das tarefas, sendo responsáveis por estas e pelo grupo de colaboradores que estão na base da hierarquia. A CT está funcionalmente organizada em sectores de trabalho (administração, cozinha, casa, lavandaria, horta, oficina, economato), cada um com um responsável e alguns colaboradores e com um plano diário e semanal específico. Cada técnico supervisiona um destes sectores.

O plano semanal da CT (no final da brochura) aponta para uma rotina diária bastante intensa e preenchida pelo cruzamento de todas as actividades de organização da casa e grupos terapêuticos e educacionais, bem como de momentos de lazer e recreação. As estas actividades acrescem todas as diligências feitas por cada indivíduo no sentido de tratar de assuntos pessoais que tenham a ver com saúde, segurança social, justiça, formação, emprego, habitação, família, ... É um dia a dia que começa às 7 da manhã e termina às 23h. No fim-de-semana a rotina é menos rígida, e muito mais dedicada ao descanso, lazer e vida social.

Da vivência quotidiana na CT, surgem conflitos divergências estando por isso também claros os meios de contenção que impeçam a manifestação de comportamentos violentos e destrutivos. No fundo a CT procura reproduzir, na sua estrutura organizativa, os elementos chave da vida em sociedade para que o residente, depois de aprendidos, os possa transpor para a sua vida fora da CT. O programa procura proporcionar ao residente um leque de experiências que se aproximem ao máximo, na medida do possível, do quotidiano que irão viver fora da Comunidade. Apesar de ser um contexto de certa forma artificial, procura ser o mais aproximado possível da realidade social dos sujeitos que o integram.

Grupos terapêuticos

Apesar de tudo o que se faz na Comunidade ser terapêutico, porque a experiência de vida em grupo é o método terapêutico em si, existem grupos terapêuticos específicos que são o cerne do Programa. Permitem que as experiências de vivência interna e externa na CT possam ser elaboradas, num contexto reflexivo (Giddens, 2000) por excelência, em que os indivíduos se confrontam a si próprios, são confrontados por outros e confrontam outros com as experiências partilhadas de vida, com as suas próprias trajectórias, do passado, do presente e das expectativas de mudança para o futuro. São cerca de 17 horas semanais de grupos psico e socioterapêuticos, de onde se pode denotar a intensividade do programa, cunho que a diferencia de muitas outras. Estes grupos têm objectivos ligados ao ciclo de actividades semanais e aos diferentes momentos de evolução no programa. Vão desde *grupos de preparação e avaliação dos fins-de-semana*, a *grupos por fases do programa terapêutico*, a *pequenos grupos* de dois a três residentes com o seu terapeuta individual na CT, a *grupos temáticos*, *terapia bonding*, *análise bioenergética*, aos *grupos de encontro*. Estes últimos são centrais na vida da CT, realizando-se 3 vezes por semana, num total de 7,5 horas semanais. Para ele confluem todas as situações vividas, pensadas, sentidas, quer internamente por cada um, quer na vida quotidiana da CT. Estando todo o grupo de residentes presente, e dois técnicos que orientam o mesmo, este espaço procura funcionar como um ambiente emocional propício à mudança de comportamentos mas também de suporte e ajuda entre os elementos do grupo. São das experiências mais marcantes para os residentes, porque nele aprendem e experimentam não fugir à sua vida, mas a enfrentá-la com uma perspectiva realista das dificuldades e problemas mas também dos recursos, das capacidades e competências que possuem para o fazer.

Articulação e intervenção familiar

Um dos grupos de pertença social de maior relevo para qualquer indivíduo é a sua família. Daí que o programa terapêutico da CT preconize uma forte articulação e intervenção familiar sem a qual se define não se poder falar de tratamento. Esta componente familiar do programa é também um elemento distintivo da CT em relação às demais. “Pelos laços de dependência que unem os toxicómanos e suas famílias e pela importância desses laços, em todo o processo terapêutico do residente, torna-se importante, desde o início e durante todo o percurso na CT, implicá-los ativamente, num programa de intervenção familiar” (Portugal et al, 1995). Assim, além dos telefonemas semanais que podem fazer para a CT (seja num primeiro momento para falar unicamente com a equipa técnica, seja para, num segundo momento, falar com o próprio familiar), este programa contempla os grupos de pais mensais, “um espaço simultaneamente socializante, pedagógico e terapêutico” (Portugal et al, 1995). O grupo de cônjuges é semelhante ao do grupo de pais, mas é constituído apenas por cônjuges (desde que não consumam). As temáticas, preocupações e relações são diferentes das que os residentes têm com os pais. O enfoque é dado à relação conjugal e parental. São geralmente grupos de mulheres, dada a predominância dos residentes masculinos. As sessões de família e de casal estão ao serviço de uma melhoria na comunicação e do incremento da capacidade de negociação de novos modos de estar em família, que permitam uma saudável e desejada autonomização e individualização dos seus membros, sempre numa perspectiva da mudança, da resolução de conflitos (não os evitando), do sentimento de bem-estar. Num dia por ano, Dia Aberto, convidam-se os familiares que mais proximamente têm colaborado no processo terapêutico, a conhecerem o espaço residencial, o grupo de residentes, a equipa técnica no seu todo. No dia a dia é solicitada a colaboração e intervenção da família sempre que necessário.

Os ex-residentes

Um outro grupo com o qual se tem procurado, ao longo dos anos, manter com um contacto próximo, é com o grupo de ex-residentes, um contacto estreito embora informal. Não há estudos organizados, dados estruturados, acompanhamento regular excepto nos primeiros tempos após a saída (se é que isso faria sentido!). No entanto, procura-se que, antes de sair, o residente tenha definido e iniciado o seu processo de apoio psicoterapêutico individualizado, o qual pela informação empírica de que se dispõe, geralmente abandonam por dificuldades de conciliação com o trabalho e por saturação dos espaços terapêuticos. Uma vez por ano, os ex-residentes são convidados a vir à Comunidade Terapêutica, funcionando este dia como uma boa experiência para todas as partes: para a equipa porque vai sabendo como está a correr o processo, após a saída da CT, dos seus ex-residentes, fazendo uma espécie de follow up informal; para os actuais residentes porque é um dia de esperança já que se outros conseguiram fazer o tratamento e ter uma vida diferente, eles também podem aspirar a isso; e para os ex-residentes, porque vêm reatualizar as aprendizagens feitas na CT e, ao mesmo tempo, rever alguns companheiros, reactivando as suas redes, num sinal de aceitação do passado e reconhecimento à própria instituição.

Os resultados obtidos

Tem-se insistido nos últimos anos, junto dos órgãos de decisão do IDT, para que possa ser feito um estudo de follow up dos residentes da CT, o que por razões de vária ordem, não foi ainda possível fazer. No entanto já foram realizados sobre a comunidade pequenas pesquisas no âmbito de monografias dos cursos de psicologia e enfermagem que nos dão algumas informações pertinentes. Assim, Lopes et al (1999) procuraram fazer uma avaliação da influência da CT na adopção de estilos de vida saudáveis pelos ex-residentes. Alguns aspectos interessantes têm que ver com o facto de que após a saída da CT, 55% nunca terem recaído e 43% recaído, sendo que destes últimos 31% após a recaída pararam, encontrando-se abstinentes há vários anos. A percentagem de recaídas dos sujeitos com alta clínica é 4 vezes menor que a percentagem de indivíduos sem alta clínica. Portanto, fazer o programa até ao fim, é um preditor de sucesso. Se a grande maioria à data de entrada da CT referiam ter cometido actos delinquentes (roubos, furtos, tráfico e posse de droga, falsificações entre muitos outros) após a saída da CT a grande maioria não tinha praticado qualquer tipo de infracção como as descritas. Também em relação ao emprego, os resultados são positivos, já que a grande maioria dos inquiridos se encontrava empregada, sendo que os que se encontram desempregados são os que se encontram a consumir. Relativamente à satisfação dos ex-residentes com a estadia na Comunidade, as autoras verificaram que a valorização da utilidade do programa foi tão significativa que, nos discursos, as unidades de sentido coincidiam quase na totalidade com os objectivos específicos do programa terapêutico. O álcool aparece associado a 50% das recaídas, reforçando a ideia de que o álcool é a substância de recaída dos heroinómanos. Relativamente aos factores protectores e de risco relativamente à recaída nos primeiros são evidenciados a “auto protecção de situações de risco”, “ter um projecto de vida” e “ter suporte de amigos” e nos últimos são evidenciados “os estados emocionais negativos” e a “desadaptação social”.

Quanto às redes sociais dos ex-residentes da CT do Restelo, Paula Vicente (1994) procurou estudar o processo de reinserção social de ex-residentes saídos da CT do Restelo, avaliando a eficácia de um programa de aftercare constituído por um grupo de auto-ajuda numa Casa de Saída, através da comparação de dois grupos: um que beneficiou deste grupo após a saída da CT e outro que não. Concluiu que não havia ganhos significativos aos já trazidos da CT o facto de participar num programa de auto-ajuda. As redes de ambos os grupos são idênticas, compostas basicamente por elementos da família, amigos e companheiros de programa de tratamento. Em ambos os casos, são praticamente inexistentes os membros ligados ao trabalho e organizações sociais. No entanto, o grupo que passou pela Casa de Saída apresenta redes com menos elementos da família e mais amigos sem história de consumos que o outro grupo que não esteve nessa estrutura. Apesar de ambos terem grandes redes sociais só um terço dos membros das suas redes constitui rede de suporte. O grupo que passou pela Casa de saída recorre menos à família quando tem problemas e mais aos amigos. Sentem a rede de parentesco como uma rede de obrigatoriedade mais significativa do que no outro grupo, o que pode estar associado (in)capacidade de aceitar efectivamente as ofertas de ajuda e receio de estas, eventualmente, se tornarem elementos tóxicos na relação.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Plano semanal de actividades	7h Acordar	7h Acordar	7h Acordar	7h Acordar	7h Acordar	9h Acordar	9h Acordar
	7h10 Passeio matinal	7h10 Passeio matinal	7h10 Passeio matinal	7h10 Passeio matinal	7h10 Passeio matinal	9h30 Pequeno-almoço	9h30 Pequeno-almoço
	7h30 Pequeno-almoço	7h30 Pequeno-almoço	7h30 Pequeno-almoço	7h30 Pequeno-almoço	7h30 Pequeno-almoço	Saídas de fim-de-semana	Saídas de fim-de-semana
	8h Reunião da Manhã	8h Reunião da Manhã	8h Reunião da Manhã	8h Reunião da Manhã	8h Reunião da Manhã	14h Manutenções à casa	14h Manutenções à casa
	8h15 trabalho de Sectores	8h15 trabalho de Sectores	8h15 trabalho de Sectores	8h15 trabalho de Sectores	8h15 trabalho de Sectores	13h almoço	13h almoço
	9h30 Passagem de Serviço	9h30 Passagem de Serviço	9h30 Passagem de Serviço	9h30 Passagem de Serviço	9h30 Passagem de Serviço	14h30 Saídas de fim-de-semana de grupo	14h30 Saídas de fim-de-semana de grupo
	11h reuniões de Fases	10h intervalo para chá	10h30 Grupo de Encontro	10h30 Grupo de Encontro	10h30 Grupo de Encontro	18h Regresso da saída	18h Regresso da saída
	12h45 intervalo para almoço	10h15 Trabalho Sectores	12h45 intervalo para almoço	12h45 intervalo para almoço	12h45 intervalo para almoço	20h30 jantar	20h jantar
	13h almoço	12h45 intervalo para almoço	13h almoço	13h almoço	13h almoço	21h Tempos livres/	20h45 Reuniões de avaliação de fim-de-semana
	14h Trabalho nos Sectores	13h almoço	14h Trabalho nos Sectores	14h Trabalho nos Sectores	14h Trabalho nos Sectores	23h30 Silêncio	23h30 Silêncio
	14h30 Grupo de Encontro	14h Trabalho nos Sectores	Pequenos Grupos	Pequenos Grupos	14h Trabalho nos Sectores	01h Deitar	
	17h Fim Sectores	17h Fim Sectores	17h Fim Sectores	17h Fim Sectores	Pequenos Grupos		
	17h15 lanche	17h15 lanche	17h15 lanche	17h15 lanche	17h Fim Sectores		
	17h45 Desporto	17h45 Desporto	17h45 Desporto	17h45 Desporto	17h15 lanche		
	18h50 Banhos	18h50 Banhos	18h50 Banhos	18h50 Banhos	17h45 Desporto		
	20h30 jantar	20h30 jantar	20h30 jantar	20h30 jantar	17h Fim Sectores		
	21h Tempos livres/ Apresentações	21h Tempos livres/ Apresentações	21h Tempos livres/ Apresentações	21h Tempos livres/ Apresentações	18h50 Banhos		
	23h30 Silêncio	23h30 Silêncio	23h30 Silêncio	23h30 Silêncio	20h30 jantar		
					21h Tempos livres/ Apresentações		
				23h30 Silêncio			
				01 Deitar			

Anexo nº 2 A- Quadro de operacionalização conceptual global

Conceito		Dimensão	Componente	Indicadores
	Trajectória de vida	Período pós CT até à actualidade	Acontecimentos mais marcantes	<ul style="list-style-type: none"> -família -emprego -vida social (latus sensus) -relação com consumos
Estilo de Vida Familiar	Relações familiares	Coesão interna	Fusão vs Autonomia	<p>Relação consigo próprio</p> <ul style="list-style-type: none"> -Actividades desenvolvidas individualmente face à família -Percepção do espaço para si na família -Auto-retrato <p>Relação conjugal</p> <ul style="list-style-type: none"> -Actividades e tempo em conjunto -Percepção da relação -Percepção do espaço próprio na relação (físico, temporal, afectivo) -Comunicação no casal -Móbil para a união -Processo de escolha do companheiro -Caracterização do companheiro <p><i>No caso dos que não tenham actualmente uma relação conjugal os indicadores serão:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Representações da vida conjugal -Percepção da relação conjugal anterior (caso exista) -Processo de escolha do futuro rocompanheiro -Caracterização do companheiro ideal <p>Relação parental</p> <ul style="list-style-type: none"> Actividades e tempo em conjunto -Cruzamento das rotinas pai/mãe e de ambos com as da criança -Percepção da relação -Percepção do espaço próprio na relação (físico, temporal, afectivo) -Caracterização do estilo educativo -Comunicação pais-filhos -Lugar da criança na família -receios em relação ao futuro -Mudança desejada na relação parental por referência à relação com os seus pais <p><i>No caso dos que não têm filhos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Representações da vida parental -Ideal da vida parental -receios em relação ao futuro -Mudança desejada na relação parental por referência à relação com os seus pais <p>Relação com família de origem</p> <ul style="list-style-type: none"> -Autonomia residencial ou co-residência -Actividades e tempo em conjunto -Percepção da relação -Percepção do espaço próprio na relação (físico, temporal, afectivo) -Comunicação -Desejos para o futuro da relação com a família de origem -Problemas sentidos na relação

Anexo nº 2 B- Quadro de operacionalização conceptual global

Conceito		Dimensão	Componente	Indicadores
Estilo de Vida Familiar	Relações familiares	Integração externa	Abertura vs fechamento ao exterior	<ul style="list-style-type: none"> -Rede social individual em relação à rede familiar -Percepção da rede -Rede de parentesco dentro da rede social -Percepção do exterior e espaços de conforto -Caracterização da rede social e actividades desenvolvidas -Percepção das tensões com a rede -Momentos da vida pós CT em que a ajuda de outros foi importante -Tipo de ajudas recebidas na actualidade e prestadores da ajuda
		Orientação	Indivíduo Casal Família	<ul style="list-style-type: none"> -Percepção do maior núcleo de sentido familiar -Percepção de outras áreas de focalização forte familiar -Projectos para o futuro
		Regulação	Autocracia Vs Democrática	<ul style="list-style-type: none"> -Valores mais presentes na vida familiar -Distribuição dos papéis familiares -Distribuição do poder na família -Regras familiares -Referenciais
	Percepção da influência da comunidade terapêutica na vida familiar			<p>Recursos aprendidos e internalizados através da experiência de tratamento na CT e trazidos e mantidos para:</p> <ul style="list-style-type: none"> -a relação consigo próprio -a relação com a família de origem -a relação conjugal -a relação parental -a relação com as redes
	Relação na actualidade com o passado de toxicoddependência			<ul style="list-style-type: none"> -Pensamentos mais recorrentes -Comunicação sobre o passado com pessoas da família - Comunicação sobre o passado com pessoas da família -Problemas familiares mais associados com o passado -(In)Existência de acompanhamento técnico – de grupo, individual, familiar na actualidade -Repercussões do passado de toxicoddependência na actualidade

**Anexo nº 3 - Evolução de algumas variáveis referentes aos residentes da CT Restelo
entre 1986-2005**

Ano	Idades (média)	Estado Civil					Sexo		Modalidade Saída				Trânsito residentes ano seguinte
		Solteiro	Casado	União Facto	Divorciado	Viúvo	M	F	Alta Clínica	Alta a Pedido	Fuga	Expulsão	
1986	25	?	?	?	?	?	17	4	0	?	3	7	8
1987	25	?	?	?	?	?	16	3	1	8	1	3	14
1988	25	?	?	?	?	?	21	5	7	15	2	3	13
1989	27	?	?	?	?	?	12	5	4	12	2	0	12
1990	25	21	3	0	3	0	22	5	8	15	0	0	16
1991	25	12	8	0	1	0	24	4	6	16	3	1	18
1992	25	14	7	0	1	0	16	5	8	10	2	0	20
1993	24,4	21	3	0	2	0	23	3	9	12	3	2	?
1994	25	20	2	0	4	0	19	6	7	16	1	0	20
1995	27	19	8	0	3	0	23	7	11	17	0	0	22
1996	26	23	3	0	3s	0	22	8	12	18	0	0	22
1997	26	18	2	0	4 s	0	27	4	8	21	4	2	18
1998	26	21	4	0	1	0	21	6	8	11	4	0	?
1999	26	16	2	0	1	0	12	7	12	8	3	1	17
2000	28	18	3	0	2	0	17	6	8	9	4	1	18
2001	28	22	2	0	1	0	20	5	8	15	3	0	17
2002	28	20	2	1	0	0	16	7	8	14	1	1	16
2003	29	13	0	0	1	0	9	5	7	6	0	2	15
2004	29	32	2	0	3	0	31	6	4	23	0	10	16
2005	30	25	6	0	2	0	29	4	2	19	5	3	18

Anexo nº 4- Guião da entrevista semi-estruturada.

Guião de Entrevista

Algumas considerações prévias:

Esta entrevista está a ser realizada integrada num trabalho de mestrado sobre “Estilo de Vida Familiar do Ex-residente da Comunidade Terapêutica do Restelo”. Antes de mais queria deixar claro que não há um estilo de vida melhor que outro, há sim o seu estilo, com as especificidades que você lhe dá e é disso que gostaria que pudéssemos falar.

Este estudo está a ser realizado por mim com a orientação da prof. Dr^a Maria das Dores Guerreiro do ISCTE, estando a ser preparado desde Outubro de 2003, tendo envolvido já muita pesquisa e muitas decisões até chegar a este ponto.

Gostava também de salientar que todas as informações resultantes da entrevista são confidenciais pelo que, apesar de a entrevistadora estar ligada à Comunidade Terapêutica enquanto técnica, todas as informações daqui constantes ficarão restritas ao estudo referido, salvo autorização pelo entrevistado ao seu uso para qualquer outro fim.

A sua participação é valiosa, desde já muito obrigada pelo tempo dispensado.

Gostaria que respondesse às perguntas com a maior honestidade possível, sabendo que não há respostas certas ou erradas mas sim um percurso de vida que foi o seu e uma maneira de o olhar também sua.

Breve questionário de caracterização social

Nome _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Escolaridade (completa) _____

Profissão actual: _____

Estado Civil: _____

Têm filhos? Sim¹ Não¹ Se sim, quantos? M____ F____

Com que idades? _____

Escolaridade do Cônjuge _____

Profissão do Cônjuge _____

Quem vive consigo na mesma casa? _____

Caracterização da Família de Origem:

Parentesco (relat.a si)	idade	Estado Civil	Habilit Literárias	Profissão

Algum destes elementos faz parte do seu agregado familiar?

Sim¹ Não¹ Se sim quem? _____

Há quanto tempo saiu da CT? _____

Quanto tempo esteve na CT? _____

Qual a modalidade de Saída? _____

Entrevista

Trajectória de Vida Pós-CT:

-Para começar gostaria que me falasse como tem sido a sua vida desde que saiu da CT, sobretudo em quatro campos: família, trabalho, vida social e relação com a CT.

(Se o ajudar imagine a sua vida desde essa altura como uma linha de comboio ao longo da qual vai querendo fazer algumas paragens para me falar de acontecimentos marcantes nesses quatro campos.)

Exemplo: “Saí da CT em 1993. Na altura estava a trabalhar Foi aí que conheci a minha mulher. Casámos.....”

-Quais as dificuldades sentidas após a saída da CT?

-O que funcionou como ponto de equilíbrio, que o ajudasse nessas dificuldades?

Chegámos então aos dias de hoje.

Relação Presente com o passado de toxicod dependência

Todos sabemos que por muito bem sucedido que tenha sido o tratamento, lidar com o passado de toxicod dependência deve ser uma realidade na vossa vida. Nesse sentido gostaria que falássemos agora sobre o impacto que esse passado tem na sua vida familiar actual.

-Quais os pensamentos mais frequentes associados a esse passado?

-Quais as memórias que tem mais vivas dentro de si? Acontecimentos, pessoas, instituições,...?

-Costuma falar sobre esse assunto com a sua família? Porquê? Com quem?

-E fora da família, com quem costuma falar, desabafar, pedir ajuda?

-Há problemas familiares que claramente associe a esse passado? Quais e de que maneira influenciam a maneira de estar em família?

-Que estratégias tem utilizado para lidar com esses problemas?

-Desde que saiu da CT tem tido algum tipo de acompanhamento técnico? De que tipo? Em que momentos? Continuado ou pontual?

Gostava que falássemos agora sobre quatro tipo de relações: A relação consigo próprio, a relação com a sua companheira, a relação com os seus filhos e a relação com a sua família de origem.

Relação Consigo Próprio

-Fale-me se si enquanto pessoa: o que o caracteriza, o que gosta de fazer, como se sente com a vida, ...

-Quanto tempo tem destinado a si próprio para actividades com fins pessoais e quando, i.e. que momentos no dia e com que frequência na semana?

-Que actividades faz sozinho?

-Sente que tem espaço (físico, emocional e temporal) suficiente para si na sua família?

-Em que é que a CT o ajudou no que respeita à sua relação consigo próprio?

Relação Conjugal

-Como é a sua relação com a sua companheira?

- Quanto tempo passa em conjunto com a sua companheira e quando, i.e. que momentos no dia e com que frequência na semana?

- Que actividades faz com a sua companheira, somente os dois, em termos de tarefas domésticas e/ou profissionais e actividades de lazer, dentro e fora de casa?

- Que apreciação faz da sua relação com a sua companheira?

-Sente que o seu espaço próprio na sua relação com a sua companheira está ou não preservado? Porquê?

-Em que é que a CT o ajudou, em termos de aprendizagem, no que respeita à sua relação com a sua companheira?

-Como é que comunicam no casal?

-Como é que foi que se conheceram e como decidiram ficar juntos?

- O que o levou a unir-se com a sua companheira, casando/vivendo juntos? Quais as motivações?

-Como foi que conheceu a sua companheira?

- O que é que procurava numa companheira? Quais os requisitos que procurava?

-Gostaria que descrevesse a sua companheira como se estivesse a fazer um retrato dela.

Caso não tenha actualmente uma relação conjugal:

-Que ideia tem de uma relação conjugal?

-Qual o seu ideal de relação conjugal, ou seja o que deseja que seja sua relação com um companheiro no futuro?

-Caso tenha tido uma relação anterior que percepção tem dela. Fale-me dessa relação.

-Em que é que a CT o ajudou, em termos de aprendizagem, no que respeita à sua concepção de uma relação desse género?

-Caso tenha namorada(o), ou tenha tido uma companheira, como é que foi que se conheceram e como decidiram ficar juntos?

- O que o levou a unir-se com a sua companheira, casando/vivendo juntos? Quais as motivações?

- Como foi que conheceu a sua companheira?
- O que é que procurava numa companheira? Quais os requisitos que procurava?
- Gostaria que descrevesse a sua companheira como se estivesse a fazer um retrato dela.

Relação Parental

E como é a sua relação com os seus filhos?

- Quanto tempo, em horas semanais, passa em conjunto com os seus filhos e quando, i.e. que momentos no dia e com que frequência na semana?
- Que actividades faz com os seus filhos, somente eles e você, em termos de tarefas domésticas e actividades de lazer, dentro e fora de casa?
- Que apreciação faz da sua relação com os seus filhos?
- Qual o lugar que as actividades com o seu filho ocupam na sua vida?
- Como é que as suas rotinas se cruzam com as da sua companheira relativamente aos vossos filhos?
- Em que é que a CT o ajudou, em termos de aprendizagem, no que respeita à sua relação com o(s) seu(s) filhos?
- Como é educar os seus filhos? Como faz?

- A que actividades do seu filho atribui maior importância e procura incentivar?

- Que ideias chave procura passar aos seus filhos?

- Que responsabilidades lhe confere?

- Apercebe-se de como os seus filhos chegam da escola: alegres, tristes, zangados, aflitos? ###

Numa escala de 1 a 5 onde se situaria em termos de proximidade dos seus filhos, dos seus problemas, necessidades, desejos, situação escolar, alimentação, ...?

- A obediência é muito valorizada por si na educação dos seus filhos?

- Em que situações concretas castiga os seus filhos? E que tipo de castigos costuma utilizar?

-Entre o casal como são tomadas as decisões em relação aos assuntos dos filhos: quem as toma, de que maneira, como as comunicam aos filhos, onde as discutem?

-Procura estimular que os seus filhos sejam cada vez mais autónomos em termos de tarefas ou geralmente procura protegê-los fazendo por eles ou indicando-lhes um caminho específico?

- A criatividade e imaginação são valorizadas por si na educação que procura dar aos seus filhos?

-De que maneira a forma como educa os seus filhos é influenciada pelo exterior, pela sua família, pelos seus colegas, pelos professores ...?

- Estimula a que os seus filhos conheçam outras pessoas e estabeleçam relações com elas ou procura restringir os contactos?

-O que não quer fazer com os seus filhos que os seus pais tenham feito consigo?

-Como é que fala com os seus filhos, de que assuntos, quando, de que maneira... fale-me sobre isso

- (Não) Falam de tudo/ De que temas falam/Quem começa/Que meios usam/Quem fala mais/ Discussões...

-Qual o lugar que os seus filhos ocupam na família?

Caso não tenha filhos...

-Que ideia tem do que é ser pai ou mãe?

-Deseja uma relação desse género na sua vida? E como desejaria que fosse?

-Receios em relação ao futuro

- Que mudanças gostaria que acontecessem na relação com os filhos por referência à relação com os seus pais?

Relação com a família de Origem

-E com os seus pais e irmãos, como é a vossa relação?

- Quanto tempo, em horas semanais, passa (presencialmente ou não) em conjunto com a sua família de origem (pais e irmãos se estes viverem juntos) e quando, i.e. que momentos no dia e com que frequência na semana?

- Que actividades faz com ela, em termos de tarefas domésticas e/ou profissionais e actividades de lazer, dentro e fora de casa?

- Que apreciação faz da sua relação com os seus pais?

-Sente que o seu espaço próprio na sua relação com os seus pais está preservado ou não?:

-Em que é que a CT o ajudou, em termos de aprendizagem, no que respeita à sua relação com os seus pais e irmãos?

-Fale-me da maneira como comunicam uns com os outros...

-Que tipo de problemas/dificuldades poderia apontar relativamente à sua relação com os seus pais?

-Desde a sua saída da CT que estratégias utilizou para que a relação com os seus pais seja cada vez mais satisfatória?

-O que desejaria que mudasse na sua relação com a sua família de origem?

-Em que é que a CT o ajudou, em termos de aprendizagem, no que respeita à sua relação com os seus pais?

Agora gostaria que falássemos sobre a sua relação com a família alargada, com os amigos, no fundo com todas as outras pessoas que fazem parte da sua rede e da sua vida...

Assim:

Integração Externa

-Quem faz parte do seu grupo de relações, só suas e que não sejam conhecidos ou das relações da sua família?

-Quem faz parte do grupo de relações da sua família?

-As pessoas que falou até agora conhecem-se entre si? Moram todas relativamente perto de si, como se distribuem geograficamente?

-Das pessoas que enunciou até agora que actividades desenvolve com elas - tarefas domésticas, profissionais, de lazer...

-Quando pensa em família de quem se lembra?

-O que pensa do seu grupo de relações? (É suficiente, gostava que se encontrassem com mais regularidade? É conflituoso? É uma forte ajuda na sua vida?)

-Das pessoas que enunciou, com quem gosta realmente de estar?

-E com quem sente que tem o dever de estar?

-E a quem pode recorrer nos momentos de necessidade?

-Como se sente fora do seu círculo de relações? Onde se sente bem e confortável?

-Que ideias marcantes tem sobre o “mundo lá fora”, i.e. fora da família e amigos, e que o guiem na sua vida? Se eu começasse a frase:”O mundo fora da família e amigos é...”, como a continuaria?

-Qual o lado da família que mais apoio dá: o seu ou o da sua companheira?

-Vamos procurar agora falar das ajudas que tem dessas pessoas que referiu anteriormente como se estivéssemos a preencher um quadro do género:

Tipo de apoio	Pessoa(s) da rede	Regularidade	Observações
Financeiro			
Material			
Doméstico			
Moral/afectivo			
Profissional			
Outros serviços			
Cuidados às crianças			

-Em que momentos na sua vida depois de sair da CT a ajuda de outros foi muito importante? Que tipo de ajuda recebeu? Por quem?

-Dentro das relações que enunciou anteriormente existe alguma ou algumas que são marcadas pela tensão, conflito? Quais? De que maneira?

-Em que é que a CT o ajudou, em termos de aprendizagem, no que respeita à sua relação com “os outros” que fazem parte da sua vida?

Regulação e orientação Familiar

-Na vida das famílias há normas que orientam a convivência . Que normas são essas na sua família?

-na sua relação com a sua companheira?

-na sua relação com os seus filhos?

-na sua relação com os seus pais?

-Como são geridas as questões de poder lá em casa?

-Se for necessário tomar uma decisão importante como é que é este processo de tomada de decisão lá em casa? Por exemplo: se for preciso pedir um grande empréstimo ao banco como é que a decisão é tomada, e se for necessário mudar o filho de escola? Quem decide, que se consulta, e quem consulta?...

-Quem tem maior poder lá em casa? Se tivesse de ordenar os membros da família numa estrutura hierárquica, como na CT, como seria?

-Qual o papel de cada um na família, i.e. como estão divididas as tarefas de cada um?

-Tal como na CT se lhe pedisse para enunciar três regras básicas da vida na sua família quais seriam?

-Onde vai buscar as suas influências na maneira como organiza a sua casa, a sua família? A que pessoas, grupos, religião, instituições...?

-Quais os valores mais importantes para si e que se esforce mais para que eles sejam evidentes na sua família?

-A que é que dá mais valor na relação com a sua companheira? E na relação com os filhos? E na relação com a sua família de origem?

-No dia-a-dia qual a relação sentida como mais importante dentro das que já falámos: com a companheira, com os filhos, com os seus pais, com a família alargada, com os seus amigos individuais, ...? Qual aquela que tem maior prioridade na sua vida? É capaz de estabelecer uma hierarquia?

-E outras áreas de interesse forte na sua vida?

-Que projecto de família tem na sua cabeça e que, no dia-a-dia, vai procurando construir?

Mais uma vez, obrigada pela sua colaboração.

FIM

Anexo nº 5 – Sistema de Codificação Maxqda

MAX.QDA

Code System

- Percepção da entrevista
- Trajectória de vida após saída da CT
 - Dificuldades sentidas/pontos de equilíbrio
 - Relação com consumos
 - Vida social
 - Emprego/formação
 - Família e co-habitação pós CT
- Relação com passado toxicodependência
 - Acompanhamento técnico
 - Comunicação familiar sobre esse passado
 - Comunicação sobre o assunto com ps. fora da família
 - Memórias mais vivas
 - Pensamentos mais recorrentes
 - Problemas familiares associados e estratégias de resolução
 - Repercussões desse passado
- Relações familiares
 - Coesão Interna
 - Relação consigo próprio
 - Auto-retrato
 - Aprendidos na CT
 - Espaço para si na família
 - Tempo para si e actividades sozinho
 - Relação com família de origem
 - Estratégia para uma relação satisfatória
 - Percepção da relação
 - Comunicação
 - Problemas sentidos na relação
 - Aprendidos na CT
 - Percepção espaço próprio na relação
 - Actividades em conjunto
 - Lazer
 - Tarefas domésticas
 - Tempo em conjunto
 - Autonomia ou co-residência
 - Desejos para o futuro da relação
 - Relação conjugal
 - Sem família constituída
 - Aprendidos na CT
 - Ideal de vida conjugal
 - Representações da vida conjugal
 - Seleção de um futuro ou anterior companheiro
 - Caracterização do companheiro ou companheiro ideal
 - Móbil para união
 - Com família constituída
 - Caracterização do companheiro
 - Percepção da relação
 - Processo escolha do companheiro
 - Mobil para a união
 - Aprendidos na CT
 - Espaço próprio na relação
 - Actividades em conjunto
 - Outras
 - Lazer
 - Tarefas domésticas
 - Tempo em conjunto
 - Comunicação no casal
 - Relação amorosas ou conjugais significativas anteriores

Relação parental

- Com filhos do companheiro

- Com filhos de outra relação(não co-residentes)

- Com Filhos da actual relação

 - Receios em relação ao futuro

 - Espaço próprio na relação

 - Percepção da relação

 - Mudança desejada em referência à relação com os seus pais

 - Cruzamento rotinas pais no cuidado à criança e tomadas de decisão

 - Actividades em conjunto

 - Outras

 - Lazer

 - Tarefas domésticas

 - Tempo em conjunto

 - Lugar da criança na família

 - Aprendidos na CT

 - Comunicação pais-filhos

 - Caracterização estilo educativo

- Sem filhos

 - Receios em relação ao futuro

 - Mudança desejada em referência á relação com fam de origem

 - Aprendidos na CT

 - Ideal da vida parental

 - Representações da vida parental

Integração Externa

- Percepção da relação com o Exterior

- Caracterização da Rede Social

- Rede de parentesco

- Actividades e actividades desenvolvidas com quem da rede

- Percepção da rede

 - Com quem gosta de estar

 - Com quem tem o dever de estar

 - A quem pode recorrer em momento de necessidade

- Quem entende como família

- Rede social da família

- Rede social individual

- Aprendidos na CT

- Valores na relação com a família e com o exterior

- Percepção das tensões com a rede

- Ajudas e prestadores da ajuda recebida

- Momentos pós CT em que ajuda foi importante

- Mitos sobre o exterior à família

Orientação

- Áreas de focalização forte da família

- Maior núcleo de sentido familiar

- Projectos para o futuro

Regulação

- Distribuição de Papéis

- Distribuição do poder

- Personagem inspiradora carismática

- Referenciais

- Regras Familiares, sua definição, comunicação e exercício

- Valores presentes na vida familiar

- Percepção influência da CT na vida familiar

 - Aprendidos na CT directamente referidos

 - Internalizações da CT inconscientes

Anexo nº 6 - Ficheiro em suporte informático (CD) das entrevistas transcritas

Anexo nº 7- Caracterização dos entrevistados.

	Homens	Mulheres	Total
Sexo			
	16	6	22
Idade			
29-32	1	1	2
33-36	2	2	4
37-40	8	2	10
41 ou mais	5	1	6
Escolaridade			
5º - 7º ano	4	0	4
7º - 9º ano	6	2	8
10º-12º ano	5	3	8
Ensino Superior	1	1	2
Condição Perante o Trabalho			
Empregado	15	6	21
Desempregado	1	0	1
Profissão			
Membros Forças Armadas	0	0	0
Quadros Sup. Admn. Pública, Dirigentes e Quadros Superiores das empresas	1	1	2
Especialistas das Profissões intelectuais e científicas	1	1	2
Técnicos e profissionais de nível intermédio	2	0	2
Pessoal Administrativo e Similares	0	1	1
Pessoal dos Serviços e vendedores	7	1	8
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	0	0	0
Operários, artífices e trabalhadores similares	1	1	2
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	3	0	3
Trabalhadores não qualificados	0	1	1
Situação face a profissão			
Trabalhador por conta de outrem	11	4	15
Trabalhador por conta própria	4	2	6
Categoria Profissional			
Empresários Dirigentes e Profissionais Liberais	1	1	2
Profissionais Técnicos e de Enquadramento	3	1	4
Trabalhadores Independentes	3	1	4
Empregados Executantes	5	3	8
Operários	3	0	3
Situação Conjugal Actual			
Solteiro	1	1	2
União de Facto	6	3	9
Casado	8	2	10
Divorciado	1	0	1
Viúvo	0	0	0
Nº Conjugalidades Vivas			
1	13	3	16
2	3	3	6
3	0	0	0
Início da Conjugalidade actual face à CT			
Anterior	4	0	4
Posterior	11	5	16

Anexo nº 8- Caracterização dos cônjuges dos entrevistados.

	Homens	Mulheres	Total
Idade			
29-32	6	2	8
33-36	3	1	4
37-40	4	1	5
41 ou mais	1	1	2
Escolaridade			
5º - 7º ano	3	0	3
7º - 9º ano	1	1	2
10º-12º ano	7	3	10
Ensino Superior	3	1	4
Condição Perante o Trabalho			
Empregado	13	6	19
Desempregado	0	0	0
Estudante	0	0	0
A desempenhar tarefas domésticas	1	0	1
Profissão			
Membros Forças Armadas			
Quadros Sup. Admn. Pública, Dirigentes e Quadros Superiores das empresas	0	1	1
Especialistas das Profissões intelectuais e científicas	3	0	3
Técnicos e profissionais de nível intermédio	0	0	0
Pessoal Administrativo e Similares	5	0	5
Pessoal dos Serviços e vendedores	4	3	7
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	0	0	0
Operários, artífices e trabalhadores similares	0	0	0
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagens	0	1	1
Trabalhadores não qualificados	2	0	2
Situação face a profissão			
Trabalhador por conta de outrem	11	3	14
Trabalhador por conta própria	2	2	4
Categoria Profissional			
Empresários Dirigentes e Profissionais Liberais	1	1	2
Profissionais Técnicos e de Enquadramento	3	1	4
Trabalhadores Independentes	3	1	4
Empregados Executantes	5	3	8
Operários	3	0	3
Cônjuges com passado de toxicodependência e tratamento			
Estiveram internados na CT	2	2	4
Estiveram internados noutra CT	0	1	1

Anexo nº 9- Caracterização dos filhos dos entrevistados.

	Homens	Mulheres	Total
Nº Filhos			
0	3	2	5
1	9	2	11
2	3	2	5
3	1	0	1
Idade dos Filhos			
Até 5 anos	8	3	11
5-10 anos	5	1	6
11-15 anos	5	2	7
16-20 anos	0	0	0
Mais de 20 anos	1	0	1
Existência de Filhos à data de internamento na CT	4	3	7
Guarda da Criança durante internamento na CT			
Pais	0	2	2
Irmãos	0	1	1
Outro Progenitor	3	0	3
Família do outro progenitor	1	0	1
Entrevistados a não residir com um ou mais filhos	3	0	3
Entrevistados a residir com enteados	1	1	2
Entrevistados a residir com filhos de uma relação não conjugal	1	1	2
Entrevistados a residir com filhos de uma relação não conjugal	0	1	1

Anexo nº 10 A- Caracterização da família de origem dos entrevistados.

	Homens		Mulheres		Total
	Pai	Mãe	Pai	Mãe	
Idade					
Até 55	1	1	0	2	4
56-66	4	7	4	2	17
67-78	7	8	1	1	17
79-82	2	0	1	1	4
Não sabe	2	0	0	0	2
Escolaridade					
analfabetos	1	1	0	1	3
Até 4ª Classe	8	10	4	3	25
5º- 7º ano	1	2	0	0	3
8º - 9º ano	0	0	1	2	3
10º-12º ano	1	1	0	0	2
Bacharelato	0	1	0	0	1
Ensino Superior	3	1	1	0	5
Não sabe	2	0	0	0	2
Profissão					
Membros Forças Armadas	1	0	0	0	1
Quadros Sup. Admn. Pública, Dirigentes e Quadros Superiores das empresas	0	0	0	1	1
Especialistas das Profissões intelectuais e científicas	1	2	1	0	3
Técnicos e profissionais de nível intermédio	2	0	0	1	3
Pessoal Administrativo e Similares	1	2	0	1	4
Pessoal dos Serviços e vendedores	3	3	2	0	6
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	1	1	0	0	2
Operários, artífices e trabalhadores similares	1	2	0	0	3
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	4	0	3	0	7
Trabalhadores não qualificados	0	6	0	3	9
Situação face a profissão					
Trabalhador por conta de outrem	12	14	4	2	32
Trabalhador por conta própria	3	0	2	1	6
A Exercer trabalho doméstico	0	2	0	2	4
Condição Perante o Trabalho					
Empregado	2	3	2	2	9
Desempregado	0	0	0	0	0
A exercer trabalho doméstico	0	2	0	2	4
Reformado	10	10	4	1	25
Situação Conjugal dos Pais					
Solteiro	0	0	0	0	0
União de Facto	0	0	0	0	0
Casado	8	8	4	4	24
Divorciado	4	4	1	1	10
Viúvo	0	3	1	0	4
Entrevistados com Pais com famílias recompostas	4	2	1	0	7
Entrevistados com pais falecidos	5	1	0	1	7

Anexo nº 10 B- Caracterização da família de origem dos entrevistados(cont.).

	Homens	Mulheres	Total
Composição das Fratrias dos entrevistados			
0	1	1	2
1-2	12	4	16
3-4	2	0	2
5-6	1	0	1
7-8	0	1	1
Sexo			
Masculino	14	5	19
Feminino	16	7	24
Idade			
Até 19 anos	2	0	2
20-30	2	0	2
31-40	14	5	19
41-50	11	4	15
51-60	0	4	4
Sem dados	1	0	1
Escolaridade			
4ª Classe -6º ano	7	7	14
7º - 9º ano	11	1	12
10º-12º ano	4	4	8
Ensino Superior	7	1	8
Sem dados	1	0	1
Situação Conjugal dos Irmãos			
Solteiro	8	1	9
União de Facto	0	0	0
Casado	18	10	28
Divorciado/Separado	3	1	4
Viúvo	0	1	1
Residentes e relação dos irmãos com consumos			
-Sem problemas de consumo	11	3	14
-Com consumo regular (uso e abuso)			
Com problemas de consumo no passado	3	3	6
Com consumos mantidos actualmente (uso e abuso)	3	0	3
Entrevistados com Irmãos Falecidos			
Entrevistados	2	0	2
Nº irmãos falecidos	3	0	3

Anexo nº11 - Situação parental na trajectória após CT

Situação parental na trajectória após CT	Entrevistados
Partem para esta trajectória já com filhos de relações anteriores ou da relação actual	Teresa, Alma, Josefa, Tobias, Alberto, Armando, Patrício, e Cristino
Saem da CT sem filhos e conhecem a maternidade/paternidade durante esta trajectória	Helder, Bernardo, Lena, António, Nuno, Beto, Alfonso, Gonçalo, Caetano
Tendo já filhos previamente à entrada na CT renovam a experiência após a saída da CT	Josefa, Alma
Nem antes nem depois tiveram filhos	Carlos, Carla, Filomena, Alexandre, Roberto
Tendo ou não filhos na actualidade, tiveram durante esta trajectória, ou têm na actualidade, uma relação parental com os filhos do companheiro(a)	António, Carlos, Filomena, Teresa

Anexo nº 12 - Atitude perante as relações ligadas ao passado de toxicodependência

Atitude	Unidades de registo
Ambivalente	Nuno (38):“(…) Tenho medo, porque foi uma relação de grande cumplicidade no passado das drogas. Gosto muito dele e ele gosta imenso de mim. E acho que ambos sabemos que não podemos estar.... Não queremos experimentar estar juntos... Eu tenho um bocado esse medo e acho que ele também deve ter...Acho que temos medo. Portanto falamos de vez em quando ao telefone, nada de especial.”
Superficial	Beto (3): “Logicamente que continuava a haver muitas gente que continuava a consumir e que eu tinha convívência com eles, mas esses logicamente quanto muito falo bom dia, boa tarde, mas pouco mais do que isso... com esse não me dava.”
Filantrópica	Armando (4): “E pronto, um bocado os amigos, aquele pessoal conhecido do passado nunca deixei de falar, sempre falei bem, sempre tive, sempre tive uma boa atitude no sentido de “estás a ver como eu tou, tu também podes estar assim”, pronto, também podes fazer um bocado acreditar que as coisas são possíveis e quando a pessoa está mal e quando a pessoa está mal não é quando a gente a vai abandonar e não lhe vai falar por isso. Tive sempre um bocado esse cuidado porque eu na altura em que eu andava metido, na altura em que eu andava metido tinha a sensação que havia pessoas que me escorraçavam um bocado, que nos punham de parte e tinham outro tratamento. E eu sempre tentei fazer com que isso não acontecesse, não é por eu estar bem que vou ter uma atitude diferente.”

Anexo nº 13 - Dificuldades sentidas na trajectória de vida após saída da CT

Dificuldades sentidas	Descrição
Famíliares	<ul style="list-style-type: none"> -Confiança vs desconfiança; -Recuperar o papel parental -Estabelecer limites confortáveis na relação com família de orientação -...
Relacionais	<ul style="list-style-type: none"> - inveja perante a estabilidade das vidas dos amigos e o seu sentimento de recomeço - justificação dos anos em que andaram “desaparecidos” - desconexão com o mundo em geral, com a actualidade do mesmo, aquando da saída da CT; - confronto e desconfiança dos contextos de pertença para onde voltaram; - confronto e desconfiança dos contextos de trabalho; - problemas na relação adequada com as mulheres; - frustração pela diferença das relações, atitudes, linguagem fora da CT; - ambivalência sobre a revelação do passado de toxicoddependência nas novas relações criadas; - fechamento nas relações familiares e isolamento do exterior; - integração num contexto inóspito de residência.
Pessoais	<ul style="list-style-type: none"> - medo face ao desconhecido - insegurança e mal estar consigo próprios; - (in)correspondência às expectativas dos outros enquanto adultos, não se revendo nas mesmas; - falta de preparação para a transição; - sentimento de superioridade perante os outros; - dificuldade em estar sozinho; - auto-responsabilização (estar dependente de si para tudo, ser autónomo e responsável); - dificuldade em elaborar a experiência vivida na CT, integrá-la de forma individualizada e transpô-la para a sua vida; - dificuldade em pedir ajuda e tentar falar dos problemas; - sentimento de estar dependente dos outros; - dúvidas no caminho a seguir; - necessidade de controlo como forma de não ultrapassar limites estabelecidos como seguros; - (des)organização e gestão do dia-a-dia (compras, casa...).
Económicas	<ul style="list-style-type: none"> - falta de bens; - acessibilidade a quantias excessivas de dinheiro e falta de preparação para a gestão do mesmo; - falta de dinheiro; - projectos falhados na iniciativa por conta própria; - empregos falhados ou desemprego com as respectivas consequências; - inexistência de “pé de meia” para recomeçar;
Ligadas à CT	<ul style="list-style-type: none"> - saudades; -desilusão com o facto de o “mundo fora da CT” não ser como na CT, existirem injustiças, não haverem espaços de confronto e meios de contenção como na CT; -desilusão com o pós CT, expectativas frustradas;
Directamente ligadas à abstinência	<ul style="list-style-type: none"> - desconforto pela necessidade de justificação para o não consumo de álcool em eventos sociais (sobretudo de trabalho) - retorno a espaços físicos com muitas memórias associadas; - impacto da recaída de outros, nomeadamente pessoas próximas; - não dar sequência ao projecto terapêutico.

Anexo nº 14 - Problemas sentidos na relação com a família de orientação

- Doença grave do pai e inexistência de consenso quanto a decisões sobre a continuidade a dar a actividades da responsabilidade mesmo enquanto estivesse doente;
- problemas na relação da mãe com a última companheira (coabitando todos juntos) e interferências na relação conjugal;
- Problemas de álcool do pai;
- Não serem tratados como adultos, plenamente, pelos pais;
- Morte recente de um dos pais e vivência do luto;
- Memórias da infância de violência doméstica que interferem com a actualidade, dificultando as relações;
- Cobrança, constante, por parte da mãe pelo que lhe fez durante o seu percurso de toxicod dependência;
- Inexistência de uma relação próxima com irmão, devido a competitividade entre ambos, a percursos de vida diferentes, à valorização de um em detrimento do outro pelos pais;
- Divórcio dos pais e resistência da mãe à mudança e consequências que ele acarreta;
- Não conseguir chamar mãe à mãe, sem que consiga explicar o porquê;
- Doença grave da mãe e preocupação com a solidão futura do pai;
- Constante preocupação da mãe, vivendo em função da entrevistada, não querendo ter vida própria;
- Ciúmes da família do irmão;
- Culpabilização do entrevistado, por parte dos irmãos, pela morte da mãe, devido aos consumos e sofrimento inerente;
- Falta de diálogo;
- Problemas patrimoniais, no decurso das partilhas por falecimento dos pais;
- Solidão da mãe, divorciada, e atitude apelativa, manipuladora e vitimizante perante a filha, com conseqüente sentimento de culpa da filha por estar a seguir a sua vida constituindo família;
- Ser o ouvinte da família, não sendo capaz de colocar limites, mesmo quando o próprio está com problemas pessoais;
- Expectativas sobre o entrevistado, devido ao seu percurso terapêutico, quanto às suas capacidades de ouvir, ajudar, aconselhar;
- Invasão da privacidade familiar, pela mãe e/ou irmã, por intromissão nas ideias, projectos, decisões e por invasão do espaço;
- Culpabilidade por ter feito os pais sofrerem e procurar compensá-los;
- Sofrimento da mãe pelo outro filho que ainda consome e sua atitude desculpabilizadora e vitimizante do mesmo;
- Comprometimento do crescimento individual em termos de emancipação e autonomia por ainda viver com os pais, sendo vista pelos mesmos como uma “menina”;
- Problemas na relação com as irmãs ou irmãos, com um forte envolvimento dos cunhados nas tramas originárias dos problemas;
- Sentimento de inferioridade face ao irmão, pela desvalorização que sente por parte da mãe;
- Necessidade de cuidar dos pais, doentes e envelhecidos com tudo o que isso acarreta em termos de desdobramento de papéis familiares e conciliação dos mesmos;
- Dificuldade em lidar com o envelhecimento e mudança de características dos pais nomeadamente o fechamento de mentalidades, o provincianismo.

Quadro nº 15 - Desejos de mudança para o futuro da relação com família de orientação

- ◆ Paragem do consumo de álcool pelo pai;
- ◆ Maior proximidade com os pais, retribuindo o cuidado e aproveitando o tempo que lhe resta;
- ◆ Fim da culpabilização pela morte da mãe, parte dos irmãos;
- ◆ Maior proximidade e actividades em conjunto;
- ◆ Maior proximidade geográfica;
- ◆ Maior sentido de humor e menor revolta por parte do pai;
- ◆ Maior investimento por parte da mãe na sua própria vida, que tivesse vida própria;
- ◆ Menor atrito entre os pais;
- ◆ Independência e autonomia total face aos pais;
- ◆ Que os pais vivessem mais a vida deles, menos preocupados, que não vivessem em função dos filhos;
- ◆ Não sentir necessidade de ser a estabilizadora da vida dos pais;
- ◆ Poder reconstruir, recuperar ou modificar as experiências menos positivas que viveram;
- ◆ Ideal da família feliz (Que se dessem todos bem, que se juntassem todos frequentemente, como vê outras famílias fazerem);
- ◆ Maior proximidade com mãe e irmã;
- ◆ Pai proporcionasse uma melhoria de vida económica à mãe permitindo-lhe viver experiências não vividas;
- ◆ Melhor comunicação;
- ◆ Ser tratado como adulto pela mãe;
- ◆ Não precisar de depender economicamente dos pais com tanta frequência;
- ◆ Menor impulsividade materna;
- ◆ Não haver cobranças em relação a tomadas de decisão do passado.

Anexo nº 16 - Rede Social individual em relação à rede familiar

Nome	Rede social Individual	Rede Social da família
António	Colegas de trabalho Ex-residentes	Familiars da companheira
Alberto	Amigo, amiga, colegas do futebol	Família alargada afastada
Bernardo	Amigos do surf	Rede restante
Teresa	Ex-residentes	Rede restante
Tobias	coincidentes	
Carla	Amiga, amiga, colega de trabalho, grupo teatro, grupo de amigas que se reúnem periodicamente	Familiars maternos
Filomena	Ex-residentes, duas amigas	Rede restante
Roberto	Amigos dos pombos	Rede restante
Nuno	Coincidentes	
Alexandre	coincidentes	
Carlos	Colegas de trabalho, ex-residentes, amigos futebol, amigos de infância	
Helder	Grupo da terapia	Familiars da Companheira
Armando	coincidentes	
Josefa	Amiga infância, colega de trabalho	Rede restante
Cristino	Frequentadores habituais do café	Casal amigo
Alma	Coincidentes (níveis diferentes de intimidade)	
Beto	Ex-residente	
Patrício	Amigos caça e futebol	Família de cada um
Gonçalo	Ex-residente	Amiga dela
Caetano	Amigos dos pombos	Casal amigo e família dela
Alfonso	Amigos de onde morava	Restante rede
Lena	Um amigo e uma amiga	Grupo de amigos mais próximos do conjuge

Anexo nº 17 - Topografia da rede social (adaptação Kellerhals)

Gosta de estar		Dever de estar		A quem pode recorrer	
Companheira(o)	12	Pais	9	Pais	10
Filho	11	Mulher	5	Companheira	9
Colegas de trabalho	11	Fam. companheira(o)	5	Irmãs	5
Ex-residentes	8	Filhos	4	Amigos	5
Amigos	6	Colegas de trabalho	4	Fam. companheira	3
Pais	4	Família origem	3	Ex-residentes	3
Irmãs	3	Amigos companheira	2	Família de origem	2
Casal amigo	3	Tia	2	Terapeuta CT	2
Fam. companheira(o)	1	Irmã	1	Avó	1
Amigos do companheiro	1	Casal amigo	1	Cunhado	1
Consigo próprio	1	Avó	1	Marido prima	1
Cunhada	1	Não tem	1	Casal amigo	1
Prima	1			Colegas de trabalho	1
Avó	1			Terapeuta e grupo	1
Muita gente	1			Si próprio	1
				Várias pessoas	1

Anexo nº 18 -Tipos de ajudas recebidas e seus prestadores

Tipo de apoio	Pessoa(s) da rede	Regularidade
Financeiro/monetário		
Crédito	Instituições	Pontual
Pagar a renda de um imóvel	Mãe	Regular (anos)
Apoio monetário quando está no limite	Pais Sogros	Pontual Várias vezes
Empréstimo carro Empréstimo monetário	Casal amigo	Frequentemente
Investimento empresa construção	Pai	Pontual
Para tabaco Para contas atrasadas	Mãe	Frequentemente
Necessidades pontuais (100€/200€)	Ex-residente	Pontual
Ajudas monetárias	Pais	Várias vezes
Ajudas monetárias	Mãe	Várias vezes
Subsídio de férias antecipado	Patrão	Pontual
Patrimonial		
Espaço construção casa	Pais	Pontual
Herança (imóvel)	Avó	Pontual
Herança (imóvel)	Pai	Pontual
Material		
Enxoval	Mãe/madrinha	Pontual
Compras para filhos	Casal amigo	Várias vezes
Máquina lavar roupa 2ª mão	Pais	Pontual
Usufruto casa férias	Casal amigo	Pontual
Usufruto casa habitação	Irmã	Regular (1 ano)
Ajudas domésticas e refeições		
Tarefas domésticas	Mãe	Regular
Tarefas domésticas	Tia	Regular
Tarefas domésticas	Mãe	Regular
Tarefas domésticas	Mãe/sogra	Várias vezes
Refeições diárias (almoço)	Pais	Regular
Refeições diárias (jantar)	Pais	Regular
Profissionais		
Arranjar trabalho	Irmã/ Tio/Prima/ Amigo/ Ex-residente	Pontual
Aconselhamento profissional	Pai	Frequentemente
Investimento e colaboração em projecto	Pai	Pontual
Cuidados às crianças		
Tomar conta fim-de-semana/noite	Sogra	Várias vezes
Tomar conta fim-de-semana/noite Acompanhamento consultas Levar/buscar creche	Sogros	Várias vezes
Tomar conta fim-de-semana /noite	Sogros	Várias vezes
Tomar conta fim-de-semana /noite	Pais	Várias vezes
Tomar conta fim-de-semana /noite Levar/buscar escola	Sogros	Várias vezes
Acompanhamento actividades lúdicas várias	Mãe	Frequentemente
Tomar conta fim-de-semana /noite	Irmã	Várias vezes
Tomar conta fim-de-semana /noite	Mãe/Sogros	Várias vezes
Tomar conta fim-de-semana /noite	Tia/irmã	Várias vezes
Tomar conta parte do dia, toda a semana	Mãe	Regularmente
Tomar conta fim-de-semana/noite	Mãe/Sogra	Várias vezes
Tomar conta fim-de-semana/noite	Sogros	Pontualmente
Tomar conta fim-de-semana /noite	Mãe	Frequentemente
Psicológico/moral		
Partilha	Colega trabalho	Frequentemente
Apoio moral	Pais	Regularmente
Aconselhamento	Irmã	Frequentemente
Apoio/partilha	Ex-residente	Frequentemente
Apoio/partilha	Casal amigo	Frequentemente

Anexo nº 19 - Momentos após a saída da CT em que a ajuda de outros foi muito importante , tipo de ajuda recebida e prestadores.

Residente	Momento	Tipo de ajuda	Prestador
Roberto, Nuno, Lena, Helder, Teresa, Tobias, Armando, Josefa, Carlos, Cristino	Após a saída da CT	Apoio psicológico Emprego Emprego Emprego Emprego Compra de casa Doação monetária (entrada) Montagem de casa Montagem de casa Usufruto casa de habitação Cuidar do filho Co-residência Integração comunitária Doação monetária (entrada para casa)	Colegas trabalho Pai (conhecimentos) Tio Irmã Tio Pais Pai Pais Várias pessoas Irmã Irmã Irmão e cunhada Vizinhos, amigos, partido Pai
Tobias	Viver com ex-residente	Tarefas domésticas	Mãe
Filomena	Viver sozinha Momento depressão	Tratamento das roupas Apoio psicológico, orientação,	Mãe Companheiro e ex-residentes
Alexandre	Compra da casa	Enxoval	Mãe e madrinha
Lena	Compra carro e entradas para casas	Compra carro e entradas para casas	Pais
Alberto	Separação da mulher (desorientação) Hospitalização mãe	Apoio psicológico, alimentação, dinheiro, tabaco, água	Amiga
Nuno Carlos	-Separação da namorada (desorientação e depressão) - Separação da namorada (desorientação e depressão)	Apoio psicológico, habitação, alimentação Psicológico e afectivo	Sogros Ex-residentes e amigos
António	Internamento da companheira por parto	Tarefas domésticas	Sogra
Alma, Beto, Carlos, António, Filomena	Morte de familiares -mãe -pai -irmão -mãe -avó	Apoio moral, afectivo, presença	Companheiro Companheira Ex-residentes Ex-residentes Companheiro
Bernardo	Doença companheira	Apoio moral, acompanhamento contínuo	Ex-residentes, pais e sogros
Bernardo	Doença filha	Apoio moral, acompanhamento contínuo	Ex-residentes, pais e sogros, colegas de trabalho
Gonçalo Josefa Cristino	Recaídas -Companheiro de casa -próprio -próprio	Apoio psicológico e moral Apoio psicológico e de cuidados de saúde de enfermagem Apoio psicológico e moral Local para fazer a desintoxicação	Ex-residentes Irmã Casal amigo e mãe

Anexo nº 20 - Percepção das tensões na rede

Pessoa	Nº entrevistados	Motivos
Cunhado	6	-não tratarem bem a irmã -acharem-se superiores -serem acomodados e viverem às custas da irmã -traírem a irmã -simplesmente não se darem -problemas psicológicos (paranóia)
Sogra	3	-intromissão na vida familiar
Colegas de trabalho	2	-inoperância, injustiça, ausência de consequências para a sua passividade
Nora/mãe	1	-problemas na relação
Amigos da companheira	1	-com quem tem de estar não se identificando com eles
Ex-residentes	2	-desconfiança da sua abstinência; -choque de feitios
Casal amigo	1	-incompatibilidade entre as mulheres, choques de feitio e expectativas, desejos, gostos.
Amigos que consomem	2	-companheiras desses amigos verem-nos como elementos de protecção, sendo contudo para o casal situação difícil de digerir pelo dilema inerente à excelente relação com as companheiras e filhos dos amigos consumidores
Chefe	1	Problemas inerentes à hierarquia e postura pessoal no trabalho
Professora teatro	1	Exigência

Anexo nº 21 - Maior núcleo de sentido familiar

Entrevistado	Relações mais centrais dentro da família (por prioridade)	Áreas de focalização forte
António	Filhos - mulher	Trabalho, futebol, lazer
Alberto	Ele próprio – mãe - Filha	Futebol, saúde, trabalho
Bernardo	Filha – mulher	Saúde (doença específica), surf
Teresa	Filho - pais e marido	Política, trabalho, lazer (praia)
Tobias	Ele próprio – mulher - filho	Trabalho
Carla	Ela própria - pais	Trabalho, artes várias, informática (internet)
Filomena	Ela própria – companheiro - pais	Trabalho, formação de adultos, investimento imobiliário
Roberto	Ele próprio – pais - mulher	Trabalho, pombos, futebol
Nuno	Mulher - filho	Bricolage, lazer
Alexandre	Mulher	Escola, trabalho
Carlos	Ele próprio - pais	Trabalho, futebol, lazer, informática
Helder	Filhos - mulher	Trabalho, património, terapia
Armando	Família toda	Trabalho e lazer
Josefa	Filhos - companheiro	Trabalho
Cristino	Mãe – mulher - filhos	Trabalho (desemprego), falta de recursos monetários
Alma	Família	Vida social
Beto	Filha – mulher – mãe – irmã	Trabalho
Patrício	Mulher – filho – avó	Caça
Gonçalo	Mulher – filho	Futebol, trabalho
Caetano	Filha – mulher	Trabalho, pombos
Alfonso	Ele próprio – filho – mulher -pais	Trabalho, motociclismo, viagens
Lena	Filho – companheiro - pais	Leitura, vida social

Anexo nº 22 A e B - Valores familiares

Nome	Valores	Valor	Frequência
António	Respeito, amizade	Respeito	10
Alberto	Saúde, respeito	Respeito	7
Bernardo	Paciência, respeito pela diferença, verdade, honestidade	Respeito mútuo	1
Teresa	Bom carácter, trabalho, honestidade, partilha, respeito pela diferença, igualdade social, retribuição geracional, compreensão	Respeito pela diferença	1
Tobias	Respeito por si e pelos outros	Respeito pelo ambiente	1
Carla	Estabilidade, família, respeito	Família	6
Filomena	Autonomia, privacidade, independência, interajuda, confiança, sinceridade, empatia	Amizade	4
Roberto	Qualidade de vida	Amor	4
Nuno	Organização, família	Confiança	4
Alexandre	Sinceridade, frontalidade, solidariedade conjugal	Privacidade	3
Carlos	Amor, afecto, privacidade	Sinceridade	3
Helder	Responsabilidade, afecto, segurança, felicidade, família, respeito pelo ambiente	Trabalho	3
Armando	Humildade, seriedade, sucesso, trabalho,	Verdade	2
Josefa	Família, respeito, confiança	Segurança	2
Cristino	Amizade, amor	Responsabilidade	2
Alma	Família, união, confiança, segurança, bem-estar para todos	Afecto	2
Beto	Trabalho, amizade, amor	Felicidade	2
Patrício	Ascensão social, responsabilidade, respeito mútuo	Liberdade	2
Gonçalo	Diálogo, sinceridade, respeito	União	2
Caetano	Solidariedade, família, privacidade, união, liberdade de escolha, felicidade, amor	Ascensão social	1
Alfonso	Respeito, regras, ordem, tolerância, amizade, conquista, investimento pessoal	Autonomia	1
Lena	Bem-estar, realização pessoal, individualidade, partilha conjugal, liberdade (contraposição dependência droga), confiança, respeito, verdade	Bem-estar	1
		Bem-estar para todos	1
		Bom carácter	1
		Compreensão	1
		Conquista	1
		Diálogo	1
		Empatia	1
		Estabilidade	1
		Felicidade	1
		Frontalidade	1
		Honestidade	1
		Humildade	1
		Igualdade social	1
		Independência	1
		Individualidade	1
		Inter ajuda	1
		Investimento pessoal	1
		Organização	1
		Paciência	1
		Partilha conjugal	1
		Partilha	1
		Qualidade de vida	1
		Realização pessoal	1
		Regras	1
		Retribuição geracional	1
		Saúde	1
		Seriedade	1
		Solidariedade	1
		Solidariedade conjugal	1
		Sucesso	1
		Tolerância	1

Anexo nº 23 - Distribuição dos papéis familiares

Nome	Distribuição dos papéis familiares
António	Ambos papel instrumental e expressivo
Alberto	Ele papel instrumental, mãe com papel expressivo
Bernardo	Ele papel instrumental e expressivo nas áreas de saúde e lazer da criança , ela papel expressivo (cuidado casa e criança)
Teresa	Ambos papel instrumental, ela com acréscimo papel expressivo com filho
Tobias	Ambos papel instrumental, ela com acréscimo cuidado da casa, ele papel expressivo com filho dele de 15 em 15 dias
Carla	Ela papel instrumental, pais papel expressivo
Filomena	Ambos papel instrumental, ambos papel expressivo filhos dele nos fins-de-semana
Roberto	Ambos papel instrumental, ela com acréscimo do cuidado da casa
Nuno	Ambos papel instrumental e expressivo
Alexandre	Ambos papel instrumental ela com acréscimo da casa
Carlos	Ele papel instrumental, pais papel expressivo
Helder	Ambos papel instrumental e papel expressivo
Armando	Ele papel instrumental, ela papel expressivo
Josefa	Ambos papel instrumental, ela acresce papel expressivo
Cristino	Ela papel instrumental, ele medianamente expressivo
Alma	Ambos papel instrumental e expressivo, ela papel expressivo mais evidente
Beto	Ele papel instrumental e expressivo nas áreas lazer da criança, ela papel instrumental e expressivo (cuidado casa e criança)
Patrício	Ambos papel instrumental e expressivo, ela papel expressivo mais evidente
Gonçalo	Ambos papel instrumental e papel expressivo
Caetano	Ele papel instrumental e expressivo nas áreas lazer da criança, ela papel instrumental e expressivo (cuidado casa e criança)
Alfonso	Ele papel instrumental e expressivo nas áreas lazer da criança, ela papel instrumental e expressivo (cuidado casa e criança)
Lena	Ambos papel instrumental e expressivo

Anexo nº 24 - Distribuição do poder na família

Nome	Distribuição do poder
António	Ele aparentemente maior poder, ela poder silencioso
Alberto	Ele tem poder sobre si e sobre a sua vida
Bernardo	Democracia (discussão, negociação, decisão conjunta), ela maior poder sobre a casa
Teresa	Ela maior poder sobre relação com filho e com a casa, ele maior poder no trabalho
Tobias	Ela maior poder pela propriedade do espaço casa, ele poder em relação ao filho (em relação ao resto da família do mesmo)
Carla	Mãe tem o maior poder na família, ela tem o poder sobre a sua vida
Filomena	Ele maior poder (dono da casa), ela poder sobre si própria
Roberto	Ela maior poder sobre a casa, conflito quanto ao poder
Nuno	Equilíbrio de poder (democrático)
Alexandre	Equilíbrio de poder (democrático)
Carlos	Pai tem o maior poder na família, ele tem poder sobre a sua própria vida
Helder	Equilíbrio de poder (democrático) mas com poderes divididos
Armando	Equilíbrio de poder (democrático), com tendência para maior poder dele na realidade já que tem o poder económico)
Josefa	Ela mais poder, mais velha, mais experiente
Cristino	Ela mais poder, ele não trabalha
Alma	Equilíbrio de poder (democrático). Ela mais poder em relação filho mais velho
Beto	Democracia (discussão, negociação, decisão conjunta), ela maior poder sobre a casa
Patrício	Equilíbrio de poder (democrático)
Gonçalo	Equilíbrio de poder (democrático)
Caetano	Democracia (discussão, negociação, decisão conjunta), ele maior poder generalizado, ela maior poder sobre a casa, filha com grande poder
Alfonso	Ele mais poder - cabeça de casal - ela iniciativas próprias pontuais
Lena	Hoje: Equilíbrio de poder (democrático), no passado outras distribuições

Anexo nº 25 A – Áreas de influência da CT

Na relação actual consigo próprio				
Conhecimento e aceitação de si	Espaço próprio	Comportamental	Gestão e expressão emocional	Relacionais
<ul style="list-style-type: none"> -Auto-estima -Auto-conceito mais realista -Consistência identitária - Existência Social - Auto-confiança, segurança e acreditar em si - Auto-aceitação 	<ul style="list-style-type: none"> -Definição do seu espaço -Organização do espaço -Legitimação da necessidade do espaço da individualidade 	<ul style="list-style-type: none"> -Pontualidade -Calma -Auto-controlo da agressividade e impulsividade - Planeamento -Tolerância -Elaboração do pensamento antes da acção - Diminuição da arrogância 	<ul style="list-style-type: none"> -Crescimento pessoal -Amadurecimento emocional -Gestão dos medos -Identificação dos sentimentos e sua aceitação - Expressão da dor 	<ul style="list-style-type: none"> -Relacionamento com os outros -Abertura -Auto-protecção -Reconhecimento dos perigos -Confiança

Anexo nº 25 B – Áreas de influência da CT

Na relação conjugal		
Melhoria da Relação	Visão diferente do cônjuge	Postura individual na relação
<ul style="list-style-type: none"> -Reconstrução de uma relação degradada; -Importância da comunicação na resolução dos problemas -Reconhecimento do conflito como parte da dinâmica de uma relação -Aceitação da existência de regras que subjazem à relação -Pontualidade na resolução dos problemas -Discernimento da eficácia das estratégias na resolução de problemas - Necessidade de atentar aos pormenores - Percepção do orgulho como um entrave - Importância da escuta activa - Importância do tempo e actividades em casal - Importância da partilha das experiências diárias -Legitimação da necessidade dos espaços individuais de cada um no casal - Valorizar a partilha das decisões; - Reconhecimento da existência de várias etapas nas relações - Reconhecimento do erro perante o outro 	<ul style="list-style-type: none"> -Sensibilidade ao outro: suas necessidades, interesses, vontades -Companheiro com passado semelhante como potencial risco -Visão da mulher como pessoa e não com objecto -Outro como parte do casal - Alguém a quem se pode pedir ajuda - Alguém a quem se pode mostrar os sentimentos - Alguém que se pode ajudar com o que se aprendeu na ct 	<ul style="list-style-type: none"> -Importância do auto-conhecimento e auto-estima individuais na relação a dois -Capacidade para um maior envolvimento e proximidade; -Desenvolvimento de uma postura de maior abertura ao outro, aferindo pensamentos, sentimentos - Desenvolver uma atitude de observação do outro, descentrando-se de si; - Compreensão das implicações de viver com alguém - Desenvolvimento da capacidade de expressão dos seus sentimentos na relação com o outro; - Reconhecer os comportamentos de manipulação, evitando-os

Anexo nº 25 C – Áreas de influência da CT

Na relação parental	
Aprendizagem na relação parental	Mudança desejada na relação parental por referência à relação com os seus pais
<ul style="list-style-type: none"> -Referência da relação padrinho – afilhado no tratamento -Importância da comunicação e aprendizagem de formas eficazes -Relativização dos problemas pela discussão dos mesmos -Através da compreensão da sua própria infância e repercussões na compreensão do seu filho -Aprendizagem, durante o internamento, com as experiências dos que eram pais -Atenção aos sinais do filho, do seu estar, do seu sentir, das suas necessidades, dos perigos, dos sinais -Auto-conhecimento e identificação de semelhanças com o filho -Aprendizagem na experiência do primeiro para o segundo filho -Assumpção progressiva da maternidade/paternidade -Não reechar e enfrentar os problemas; -Reconhecer a importância de ajuda técnica especializada em determinados momentos da vida parental -Descoberta do prazer de desfrutar uma relação tão especial -Aceitação dos diversos tempos individuais na relação parental -Aquisição de uma maior tranquilidade -Maior discernimento entre o bom e o mau; -Importância de uma atitude de abertura e disponibilidade 	<ul style="list-style-type: none"> -Estar presente atento e próximo; -Ser afectivo (carinho, colo, abraço.); -Não reproduzir modelos de super protecção sobretudo materna -Evitar o facilitismo -Pôr limites -Não descurar os momentos lúdicos -Importância de uma comunicação sem tabus -Não gritar -Estar disponível para fazer actividades e passar tempo com os filhos -Ter uma relação aberta baseada na confiança -Estimular o respeito sem ter medo -Considerar as propostas feitas pelos filhos não impondo todos os caminhos de acção -Valorizar positivamente as acções dos filhos -Procurar conhecer as redes sociais dos filhos -Fornecer teorias explicativas de compreensão do mundo aos filhos -Respeitar os segredos, privacidade e intimidade; -Trocar experiências com outros casais sobre a educação dos filhos -Não sujeitar os seus filhos a violência, tanto directa como a outros próximos (mãe) -Afastar modelos de alcoolismo -Ser mãe amiga e não apenas amiga; -Fomentar a autonomia; -Criar relações baseadas no afecto e não no material -Actuar como casal na tomada de decisões em relação aos filhos; -Preparar-se para os novos tempos dos filhos; -Permitir a liberdade de errar como forma de aprendizagem suportada

Anexo nº 25 D – Áreas de influência da CT

Na relação com família de orientação	Na relação com a rede
<ul style="list-style-type: none"> -A autonomizar-se -Ser mais tolerante com os pais, adequando as expectativas -Ser menos dependente da opinião dos pais -Manter rituais saudáveis de convivência acordados na CT -Limitar a invasão de privacidade sobretudo por parte das mães -A dar um novo sentido às atitudes tomadas pelos pais no passado -Melhorar a comunicação -Ter uma relação adulta -Conquistar a liberdade de escolha dos caminhos a seguir -Ter uma imagem mais realista e menos idealizada dos pais -Encontrar formas de relação com convivência sem perda de autonomia -Elaborar a própria história pessoal e familiar; -Através da melhoria da relação com os seus pais melhorarem a sua relação parental -Desbloquear sentimentos e manifestações de afecto. 	<ul style="list-style-type: none"> -Aceitar as separações sem estas serem transformadas em abandono ou término da relação -Valorizar as relações e as pessoas, recuperando as relações saudáveis -Expor-se a níveis consideráveis mas adequados -Ser honesto -Amadurecer, estando de uma forma mais adulta e responsável na relação com os outros -Ser empático -Ter relações livres dos consumos e estilo de vida inerente ao passado -Ser mais afirmativo, impondo limites na relação com a rede -Partilhar os seus problemas, as suas necessidades, desejos, medos -Respeitar o ser humano em geral e ser mais tolerante -Compreender os outros e a sua diferença -Compreender a necessidade da diversidade das relações e sua importância na a satisfação das necessidades pessoais e familiares -Ser capaz de pedir ajuda para a resolução dos problemas

