

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA DO COMPORTAMENTO DESVIANTE E DA JUSTIÇA

“É um rótulo que fica para a vida toda”: o papel do estigma na recuperação da dependência de substâncias psicoativas ilícitas

Joana Cristina da Costa Fonseca

M

2019



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**“É UM RÓTULO QUE FICA PARA A VIDA TODA”: O PAPEL DO ESTIGMA
NA RECUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS
ILÍCITAS**

Joana Cristina da Costa Fonseca

Outubro 2019

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade
do Porto, orientada pela Professora Doutora *Marta Sofia de Sousa
Pinto* (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

-

Agradecimentos

À Professora Doutora Marta Pinto, agradeço-lhe por todas as oportunidades de crescimento pessoal e profissional que me proporcionou. A sua integridade, dedicação, empatia e humildade são verdadeiramente inspiradoras. Obrigada por transmitir sempre de forma tão destemida e honesta uma visão crítica dos fenómenos e de se preocupar avassaladoramente com o bem-estar dos outros. Foi uma honra tê-la como orientadora.

À Ângela, Carolina, Filipa e Leonor, obrigada por terem sido uma equipa incrível. Sinto-me uma sortuda por ter partilhado esta fase convosco, por termos vivido o entusiasmo e as ansiedades deste processo juntas, e, principalmente, por cada uma de vocês ter tido um contributo tão bonito e especial para as reflexões e descobertas que o DURESS nos trouxe.

Agradeço a todas as pessoas que participaram neste estudo, principalmente aos participantes que acompanhei. Obrigada por terem confiado em mim e partilhado comigo as vossas lutas e histórias de vida. Aprendi muito convosco. Este trabalho não existia sem vocês, conhecer-vos foi uma experiência enriquecedora que recordarei sempre com muita estima.

Obrigada a todos os profissionais que contribuíram para que este estudo fosse possível, assim como às instituições Centro de Respostas Integradas – da zona oriental do Porto (CRI-Porto Oriental), Casa da Vila Nova da Norte Vida (Associação para a Promoção da Saúde) e o Projeto Incluir (Asas de Ramalde). Não revelamos os nomes das pessoas diretamente envolvidas de forma a preservar o anonimato, no entanto, ressalvamos que este estudo não teria sido possível sem a disponibilidade destas entidades e dos profissionais nelas inseridos que generosamente auxiliaram no recrutamento dos participantes.

Aos meus pais, agradeço por me terem apoiado durante estes 5 anos, permitindo-me seguir o sonho de me tornar psicóloga.

Aos amigos que a faculdade me trouxe, em particular:

À Telma, companheira de aventuras, obrigada pela amizade, e pela forma bonita como vês o mundo. Trazes brilho à minha vida!

À Francisca, agradeço por meia década depois, começares finalmente a autointitular-te de pintainho. Apesar de sermos tão diferentes, encontramos forma de nos compreendermos uma à outra, que continuemos sempre a fortalecer a nossa amizade.

À Elisa, pelo companheirismo e por partilhar comigo uma afinidade por gatos (e é só!). À Adriana, que brinda quem a rodeia com tranquilidade e uma profundidade especiais. À Mariana, que apesar do mau feitio, tem um grande coração e partilhamos uma grande camaradagem. À Ana Catarina, a amiga que, às vezes, me presenteia com as suas iguarias culinárias. À Lisa, que tem das melhores/piores saídas que eu já vi, e uma simplicidade e ingenuidade encantadoras. Obrigada por colorirem os meus dias com as vossas particularidades hilariantes.

A estes e aos restantes marmanjos que encheram a biblioteca nesta fase caótica do nosso percurso académico, foi bom ter-vos por perto. É surreal perceber que estes 5 anos passaram a voar. Vou ter saudades dos nossos almoços, das partidas de matrecos e de todas as peripécias que vivemos nesta segunda casa e fora dela. Levo comigo as memórias que construímos juntos

Por fim, agradeço à Alexandra Elbakyan, cujo trabalho constitui um grande passo para que o conhecimento científico seja acessível a todos que tenham vontade de aprender, e não só a estratos específicos da população.

Resumo

Esta investigação encontra-se inserida no projeto europeu *Drug Use Recovery, Environment and Social Subjectivity* (DURESS), financiado pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), que tem como objetivo compreender a influência dos fatores contextuais na recuperação do uso de substâncias ilícitas, recorrendo à metodologia qualitativa e valorizando as perspetivas das pessoas que vivem o fenómeno.

O presente estudo foca-se apenas num fator contextual, o estigma, e tem como principal objetivo compreender a sua influência na recuperação. Para isto, ouvimos as opiniões, perspetivas e experiências de 18 pessoas residentes no distrito do Porto e inseridos num programa de substituição opiácea acerca dos seus percursos de recuperação e da influência do estigma nos mesmos, em que contextos é que emerge e quais as potenciais soluções para lidar com este fenómeno. A estratégia metodológica utilizada foram os diários de saúde, que foram escritos, em média, durante 7 meses.

Os dados foram analisados através de uma análise de conteúdo categorial temática. Os resultados demonstram que existem vários motivos para o estigma, sendo o uso de substâncias ilícitas o mais mencionado, e que o estigma está presente em diversos contextos de vida, sendo estes: sociedade; autoridades; cuidados de saúde; técnicos; família; relações proximais; trabalho; mercado da droga; e zona residencial. Ademais, o estigma internalizado é mencionado por um grande número de sujeitos. Os resultados sugerem, também, que o estigma tem um impacto negativo na recuperação, evidenciando-se a sua relação com a permanência no tratamento, com a vontade e a frequência dos consumos, o impacto emocional negativo, o isolamento, a reintegração, e o bem-estar geral. São, ainda, reportados resultados relativos à manipulação da identidade, e referentes a potenciais soluções para diminuir o estigma.

Em suma, sugere-se que estigma é um fator contextual com influência na vida e no percurso de recuperação, devendo, por isso, ser tido em conta no desenho das intervenções e das políticas de drogas

Palavras-chave: estigma; recuperação; dependência de substâncias; substâncias psicoativas; tratamento.

Abstract

This research is inserted in a larger European project, Drug Use Recovery, Environment and Social Subjectivity (DURESS), funded by General Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). The project's aim is to understand the influence of contextual factors in recovery of illicit drug misuse, doing so through qualitative methodology and by valuing the social actor's perspectives on the phenomena.

The present study focuses on only one contextual factor, stigma, and the main aim is to understand its influence in recovery. Therefore, we listened to the experiences, opinions and perspectives of 18 people from Oporto district who are enrolled in an opioid treatment program to understand how this stigma affects their treatment, in what contexts do they feel it more present and what could be done to address this issue. Health diaries were the methodological strategies used and each participant was involved for a period of around 7 months.

Data were analyzed through content analysis. The results show that there are many motives for stigma, illicit drug use being the most mentioned, and that stigma is present in varied life context, such as: society; authorities; healthcare; technicians; family; close relationships; workplace; drug market; and residential area. Also, internalized stigma is mentioned by most of the participants. The results also suggest that stigma has a negative impact on recovery, bringing clarity to its relationship with engaging in treatment, urge and frequency of substance use, negative emotional impact, isolation, reintegration, and general well-being. Results concerning identity management are reported, as well as potential solutions to decrease stigma.

In conclusion, it is suggested that stigma is a contextual factor that influences people's lives and recovery processes, which makes it an important factor to consider while planning interventions and drug politics.

Keywords: stigma; recovery; psychoactive substances; drug addiction; treatment.

Resumé

Cette recherche est insérée dans un projet européen plus vaste, *Drug Use Recovery, Environment and Social Subjectivity* (DURESS), financé par la Direction générale des interventions en matière de comportements de dépendance et de dépendances (SICAD). L'objectif du projet est de comprendre l'influence des facteurs contextuels sur la récupération de la consommation de drogues illicites, en recourant à une méthodologie qualitative et en valorisant le point de vue des personnes qui vivent ces phénomènes.

La présente étude se concentre sur un seul facteur contextuel, la stigmatisation, et l'objectif principal est de comprendre son influence sur la récupération. Nous avons donc écouté les expériences, les opinions et les perspectives de 18 habitants du district de Porto inscrits à un programme de remplacement de opioïdes pour comprendre en quoi cette stigmatisation affecte leur traitement, dans quels contextes il apparaît et quelles sont les solutions potentielles pour faire face à ce phénomène. La stratégie méthodologique utilisée consistait en des journaux de santé, rédigés, en moyenne, pendant 7 mois.

Les données ont été analysées à travers une analyse de contenu. Les résultats montrent que les motifs de stigmatisation sont multiples, l'usage de drogues illicites étant le plus mentionné et que la stigmatisation est présente dans des contextes de vie variés, tels que: la société; les autorités; soins de santé; des techniciens; famille; relations étroites; lieu de travail; marché de la drogue; et zone résidentielle. De plus, la stigmatisation intériorisée est mentionnée par la plupart des participants. Les résultats suggèrent également que la stigmatisation a un impact négatif sur la récupération, clarifiant sa relation avec la participation au traitement, la volonté et la fréquence de consommation de substances psychoactives, l'impact émotionnel négatif, l'isolement, la réintégration et le bien-être général. Les résultats concernant la gestion de l'identité sont rapportés, ainsi que les solutions potentielles pour réduire la stigmatisation.

En bref, il est suggéré que la stigmatisation est un facteur contextuel qui influence la vie et le chemin de la récupération et doit donc être prise en compte dans la conception des interventions et des politiques en matière de drogue.

Mots-clés: stigmaté; récupération; dépendance; substances psychoactives; traitement.

Índice

Introdução	1
1. Enquadramento Teórico	2
1.1. Estigma	2
1.2. Estigma e o Uso de Substâncias	6
1.3 O Conceito de Recuperação relativamente à Dependência de Substâncias Psicotrópicas Ilícitas	11
1.4. Contextualização das Necessidades de Pesquisa na Área da Recuperação da Dependência das Substâncias Ilícitas	12
1.5. Objetivos	13
1.6. Questões de Investigação	14
2. Método	15
3. Resultados	18
3.1. Questão de investigação I	18
3.1.1. Motivo do estigma	18
3.1.2. Contextos de estigma	19
3.1.2.1. Família	19
3.1.2.2. Sociedade	19
3.1.2.3. Zona residencial	20
3.1.2.4. Autoridades	20
3.1.2.5. Relações proximais	21
3.1.2.6. Mercado da droga	22
3.1.2.7. Mundo laboral	22
3.1.2.8. Cuidados de saúde	22
3.1.2.9. Técnicos	23
3.1.3. Estigma internalizado	24
3.1.3.1. Estratégias de diferenciação	25
3.2. Questão de investigação II	25
3.2.1. Símbolos do estigma	25
3.2.1.1. Efeitos associados à posse dos símbolos	28
3.2.2. Dimensão atitudinal	28
3.2.2.1. Encobrimento	28

3.2.2.2. Revelação	28
3.3. Questão de Investigação III	29
3.3.1. Impacto do estigma na recuperação	29
3.3.1.1. Relação com os consumos	29
3.3.1.2. Permanência no tratamento	31
3.3.1.3. Bem-estar	31
3.3.1.4. Reinserção	31
3.3.1.5. Isolamento	31
3.3.1.6. Impacto emocional negativo	31
3.3.2. Reversão do estigma	32
3.4. Questão de Investigação IV	32
3.4.1. Soluções	32
4. Discussão	35
4.1. Conceptualização da Recuperação como um Conceito Abrangente	35
4.2. O Impacto Processual do Estigma	35
4.3. O Potencial Papel das Políticas de Drogas	38
4.4. Sugestões para o Aprimoramento das Intervenções	40
5. Conclusões	43
5.1. Limitações e Potencialidades	43
Referências Bibliográficas	45
Anexos	50

Introdução

“É o rótulo, se foste drogada, és drogada toda a vida, mesmo que não consumas continuas a ser drogada. A sociedade está muito atrasada nesse aspeto, continuam a ver as pessoas que consumiam com outros olhos, como drogados. É humilhante porque eu sei que me curei (...).” (TQ30, participante deste estudo).

A escolha de iniciar o presente trabalho com a citação de uma participante deve-se, não à pretensão de a analisar neste preciso momento, dado que o mesmo seria precipitado, mas por se considerar que contém elementos e significados pertinentes à compreensão do propósito desta investigação. Esta escolha deve-se, também, em parte, à necessidade de reconhecer que este estudo não existiria sem as vivências, experiências e opiniões dos sujeitos que, destemidamente, se disponibilizaram a serem vulneráveis e a partilharem partes do seu mundo e das suas histórias de vida. Considera-se, então, que esta frase engloba a interação dos fenómenos encapsulados nesta investigação: o estigma relativo ao uso ou dependência de substâncias psicoativas ilícitas e a recuperação subsequente a esta dependência.

A presente investigação tem, portanto, como finalidade estudar o estigma e a sua influência na recuperação da dependência de substâncias psicoativas ilícitas e encontra-se inserida no projeto *Drug Use Recovery, Environment and Social Subjectivity* (DURESS). O DURESS é um projeto europeu que visa responder às questões levantadas pela *Strategic Research Agenda* (SRA), que serão mencionadas posteriormente, na secção do enquadramento teórico. É, portanto, uma investigação que atenta aos fatores contextuais que exercem influência no processo de recuperação da dependência de substâncias ilícitas. Ramos e colaboradores (2018) realizaram uma *scoping review*, no âmbito do projeto DURESS, acerca dos fatores contextuais que têm influência na recuperação, e referem que o estigma é um dos mais frequentemente discutidos na literatura com influência na recuperação e reintegração da pessoa que utiliza drogas.

Concluindo, a existência deste estudo deve-se à necessidade de compreender a influência do estigma na vida e na recuperação das pessoas dependentes das substâncias ilícitas, dado que uma maior compreensão do fenómeno levará ao aprimoramento das intervenções e das políticas de drogas.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Estigma

Goffman (2008) explica que a origem da palavra estigma provém do grego, referindo-se a sinais corporais que representavam algo negativo ou diferente relativamente ao *status* moral de quem os possuía. O termo estigma partiu desta conceção literal, passando a ser aplicado de uma forma mais abstrata, ou seja, o estigma refere-se à própria “desgraça” mais do que à sua evidência corporal (Goffman, 2008). O autor refere que quando encontramos, num estranho, uma característica indesejável que o coloca numa categoria distinta e defrauda as expectativas normativas que tínhamos para a categoria em que pensávamos que a pessoa se devia inserir, deixamos de a ver como um ser humano normal e completo, desumanizando-a, reduzindo-a a uma pessoa “estragada e diminuída” (Goffman, 2008, p.12).

O estigma é aplicado de forma a referenciar um atributo depreciativo, “mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos (Goffman, 2008, p.13). Goffman (2008) explica, ainda, que se o estigma for conhecido a pessoa é desacreditada e, caso não seja conhecido, a pessoa que possui o estigma é desacreditável. Esta diferenciação remete para a conotação negativa associada ao estigma e à sua influência nas interações da pessoa estigmatizada com os outros.

Não obstante, Scambler (1998) acrescenta a esta teoria que existem dois tipos de estigma, o realizado (*enacted*) e o sentido, sendo o primeiro relativo à discriminação e não aceitação, e o segundo referente ao medo sentido da possibilidade de tal discriminação ocorrer.

Tendo em conta a premissa que o estigma influencia as interações sociais, Goffman (2008) explica as diferentes formas como a pessoa estigmatizada reage e responde ao mesmo. Importa, por isso, referenciar a manipulação da identidade. A manipulação da identidade refere-se à gestão da informação acerca do “defeito” em questão feita pela pessoa detentora do estigma, “exibi-lo ou ocultá-lo; contá-lo ou não contá-lo; revelá-lo ou escondê-lo; mentir ou não mentir; e, em cada caso, para quem, como quando e onde.”(Goffman, 2008, p.51), estas são as decisões que o indivíduo tem de fazer para navegar no mundo social.

O estudo realizado por Paugam (2003) onde explora as estratégias de distinção social que observou no bairro de *Point-du-Jour*, é um excelente exemplo da premissa explorada por Goffman (2008), de que o estigma só existe na relação com o outro. Paugam (2003) explica que quando alguém possui um estatuto social desvalorizado, sente a necessidade de fazer sobressair os seus valores morais ou méritos pessoais para compensar ou negociar o descrédito de que é alvo. Revela-se uma necessidade de demonstrar que os outros projetam sobre ele uma imagem negativa, e de aplicar estratégias de distinção social com o propósito de se diferenciar do grupo desacreditado. No seu estudo com famílias de baixo estatuto económico, isto é demonstrado, por exemplo, com o discurso relativo aos falsos pobres e aos verdadeiros pobres.

O autor refere que existem três tipos de estratégias de distinção social: o evitamento, a reconstituição das diferenças e a derivação do descrédito (Paugam, 2003). Concisamente, o evitamento é aplicado quando um indivíduo com um estatuto de descrédito evita sujeitos com estatutos ainda mais desacreditados que o seu, de forma a não o piorar (Paugam, 2003). A reconstituição das diferenças refere-se à necessidade de criar diferenças ou inventar novos critérios de comparação de forma ao sujeito se afirmar como diferente comparativamente a alguém considerado inferior, por mais pequena que seja a disparidade em questão. Esta necessidade de diferenciação é um mecanismo de afastamento daqueles que têm uma má reputação (Paugam, 2003). Por fim, a derivação do descrédito define-se pela categorização de outros como indesejáveis, para que, quem faz essa categorização, tenha uma imagem mais favorável de si. Então, como o próprio nome desta estratégia indica, em certos grupos desacreditados, alguns elementos do agregado tentarão desacreditar uma parte das pessoas a ele pertencentes, de forma a sentirem que se inserem numa comunidade respeitável, como se fizessem parte de um grupo distinto das pessoas que escolhem desacreditar (Paugam, 2003). A ordem hierárquica do grupo repousa, portanto, numa base instável, bastante intrincada e de árdua análise, dado que os elementos que são alvo deste descrédito podem também encontrar mecanismos compensatórios, não tendo, por isso, este sentimento de pertença a uma comunidade respeitável uma existência objetiva (Paugam, 2003).

Fraser e colaboradores (2017) valorizam a perspetiva de Goffman (2008), sendo que o mesmo, ao conceptualizar o estigma como um processo social baseado nas relações sociais, enfatiza os indivíduos que são afetados, a forma como são afetados pelo fenómeno, e como lidam com o estigma e interagem com os outros. No entanto, consideram que Goffman não questiona o porquê de certos atributos serem estigmatizados e qual o

propósito político do estigma. Outra das críticas tecidas pelos autores, é a de que a falta de análise a este nível, leva a que Goffman exponha o estigma como algo inevitável, e uma parte natural de uma sociedade que requer a formação de normas identitárias. Os autores referem que esta naturalização do estigma não é uma resposta eticamente correta, face à severidade e às consequências que o mesmo pode ter em determinados indivíduos e populações.

Esta visão naturalizante do estigma pode também ser vista noutros trabalhos, como é exemplo a do autor Girard (1982), citado em Paugam (2003):

O caráter insuportável do estigma é tal que é preciso deslocá-lo e lançá-lo sem cessar, sobre o outro: permanência do tema da podridão e da merda, que não é, no fundo, mais do que a aplicação a si mesmo do juízo dos outros e a tentativa generalizada para afastar, ainda que por um instante, a etiqueta difamatória colando-a nos outros. Cada um colabora na estigmatização do outro e no seu fechamento numa definição aviltante (...). (p.162).

Assim, Fraser e colaboradores (2017) enfatizam uma visão centrada na coprodução do poder e da subjetividade, colocando o estigma numa perspetiva ontológica performativa, prestando mais atenção à construção social do fenómeno, e enquadrando o estigma como uma tecnologia biopolítica performativa do poder, de onde surgem as condições para a emergência dos sujeitos legítimos, ou seja, esta perspetiva realça o processo performativo que opera ao serviço das relações sociais normativas. Parker e Aggleton (2003), analisam o estigma à luz de uma perspetiva Foucaultiana, afirmando que o “estigma é central para o estabelecimento e manutenção da ordem social” (p.17), e que “o estigma é utilizado por atores sociais concretos e identificáveis que procuram legitimar o seu estatuto dominante nas estruturas de desigualdade social existentes” (p.18). A visão de Fraser e colaboradores (2017), segundo os mesmos, diferencia-se da de Parker e Aggleton (2003), no sentido em que os primeiros veem o poder como sendo co-construído, pelo que tem uma perspetiva menos focada numa agência soberana da criação do poder.

Robert Erza Park (1950), citado em Goffman (1990), refere que não é um mero acaso que a palavra *pessoa* tenha, como seu primeiro significado, a palavra máscara. Este autor sugere que isto é um reconhecimento de como estamos, todos/as e em todos os lugares, a desempenhar um papel. Esta máscara, representa, segundo o autor, a conceção que formamos de nós próprios. A máscara, a conceção do nosso papel, torna-se instintiva,

como uma segunda natureza, e uma parte integral da personalidade. Assim, vimos ao mundo como indivíduos, ganhamos carácter, e tornamo-nos pessoas.

Segundo a *labeling theory*, rotular alguém como desviante tem um efeito no comportamento do sujeito, e o efeito estigmatizante do rótulo leva à realização de mais atos desviantes, pelo que etiquetar alguém como desviante pode resultar numa *profecia auto-realizável*¹. Assim, pressupõe-se que o estigma é um rótulo negativo que tem o potencial de transformar o autoconceito e a identidade social da pessoa estigmatizada (Clinard, & Meier, 2008), ou seja, o rótulo transverte-se em máscara. O indivíduo que é estigmatizado tende a possuir as mesmas crenças que a sociedade, pelo que é possível que acredite que, de facto, está aquém daquilo que deveria ser, e o sentimento de vergonha torna-se uma verdadeira possibilidade para o sujeito quando este encara o atributo ou atributos que possui como algo que o desacredita e que não deveria possuir (Goffman, 2008).

É, ainda, importante salientar que, tal como explicam Jones e colaboradores (1984), citado em Lloyd (2013), apesar de o estigma ser um processo universal nas sociedades humanas, o alvo do estigma muda consoante a cultura, sendo por isso variável em diferentes lugares, sociedades e em tempos diferentes. Estes autores ressaltam que um dos fatores chave que explica esta variação é a culpa percebida, ou seja, se o motivo do estigma for percebido como sendo da responsabilidade do estigmatizado, a estigmatização será mais acentuada. Outro dos fatores é a percepção de perigosidade, ou seja, quanto mais perigoso o detentor do estigma parecer, mais estigmatizado será.

Relativamente às potenciais consequências do estigma, tem sido demonstrado que este fenómeno é uma das maiores barreiras à procura do tratamento no campo da saúde mental (Corrigan, 2004; Leaf, Bruce, Tichler, & Holzer, 1987; Meltzer et al., 2003; U.S. Department of Health and Human Services, 1999). Associado à saúde mental, tem, ainda, revelado estar relacionado com a descontinuação do tratamento (Sirey et al., 2001), diminuição da autoestima (Link, 1987; Wright, Gronfein, & Owens, 2000) e aumento do isolamento social (Perlick, Rosenheck, & Clarkin, 2001; Wright, Gronfein, & Owens, 2000). Link e Phelan (2006) afirmam que o estigma é considerado um grande problema de saúde pública, e contribui para piorar a condição de saúde através do stress associado e do medo de ser estigmatizado, o que pode potenciar problemas de saúde.

¹ *Profecia auto-realizável* é um termo que foi cunhado por Merton (1968) no livro de sua autoria *Social Theory and Social Structure*.

1.2. Estigma e o Uso de Substâncias

Tendo sido feita uma descrição do fenómeno estigma e das suas diferentes dimensões, importa, agora, compreender o que tem sido encontrado relativamente ao mesmo e os seus efeitos, especificamente em relação às pessoas que usam, usaram ou estão dependentes de drogas.

No que concerne aos símbolos do estigma, conceito explorado por Goffman (2008), importa ilustrar brevemente alguns dos atributos que construíram as imagens promulgadas para caracterizar as pessoas que usam drogas. Fernandes (2011) refere que a partir dos anos 80 do século XX, em Portugal, se começou a prestar atenção à figura do toxicodependente e que os *media* foram responsáveis por propagar a imagem estereotipada do “mercado da droga” e dos seus atores, sendo, então, a imagem pintada na tela mediática a seguinte:

(...) num cenário de zona urbana e/ou periurbana degradada, um indivíduo ou um pequeno grupo, quase sempre do sexo masculino, nem sempre já muito jovens, sentados algures no Casal Ventoso com o garrote no braço e a seringa pronta para o “chuto”, falando para a reportagem com uma voz arrastada sobre o “inferno” que era aquela vida. (p.21).

Jorge Quintas (1997) descreve que a figura do “drogado” e a sua representação social se restringem a alguém que “precisa de ajuda”, “tem problemas”, é “viciado”, e é “ladrão”, existindo portanto uma certa ambivalência e contrariedade na sua descrição, onde parece exercer simultaneamente o papel de vítima e de criminoso, e possuindo uma conduta que incita um julgamento moral depreciativo. Assim, compreende-se que certos comportamentos e características foram associados a uma identidade considerada denegrida.

Relativamente à ligação entre o estigma e o tratamento, Semple, Grant e Patterson (2005), num estudo realizado com consumidores de metanfetaminas, referem que os participantes com mais experiências de rejeição, tinham uma maior probabilidade de estar em tratamento, enquanto que os participantes com maiores expectativas de rejeição tinham menos probabilidade de estar, e quanto mais estratégias para lidar com o estigma os participantes evidenciavam, menos probabilidade existia de estarem inseridos um programa. Os autores sugerem que a rotulação negativa pode ser o processo social a partir do qual a participação no tratamento leva a experiências de rejeição. Assim, ao entrar no

tratamento existe um rótulo que é atribuído à pessoa e, possuindo esse rótulo, as experiências de rejeição são mais prováveis de ocorrer, enquanto que os participantes que não estão vinculados a nenhum programa conseguem aplicar mais estratégias para lidar com o estigma, como, por exemplo, o encobrimento e a revelação seletiva,² acabando por esconder mais eficazmente a sua pertença ao grupo rotulado negativamente (Semple, Grant, & Patterson, 2005). Concluindo, Semple e colaboradores (2005) sugerem que a participação no tratamento pode levar a que mais pessoas saibam do uso de substâncias dos sujeitos, o que pode potencializar as experiências de estigmatização e rejeição, pelo que, não participar no tratamento, pode constituir uma forma de evitar eficazmente a ameaça deste fenómeno. Este estudo sugere, então, que o estigma está associado à participação em programas de tratamento, visto poder ser uma barreira à procura e desempenhar um papel na desistência do mesmo.

A literatura corrobora a ideia de que o medo de ser estigmatizado faz com que os utilizadores de drogas lícitas e ilícitas não procurem tratamento (Cunningham et al., 1993; Klingemann, 1991; Tuchfeld, 1981; Tucker, Vuchinich, & Gladsjo, 1994), Vogel e colaboradores (2016), assim como Pinto e colaboradores (2019), referem que, nos meios rurais, o anonimato é inferior, o que pode levar a um maior medo da estigmatização e consequentemente impedir a continuação ou iniciação do tratamento.

Os resultados de uma revisão sistemática da literatura de Schomerus e colaboradores (2010) revelam que as pessoas que sofrem de dependência de álcool e outras adições são severamente estigmatizadas (sendo muito mais frequentemente responsabilizadas pela sua condição), são sujeitas a mais rejeição social e emoções negativas e têm um risco acrescido de serem discriminadas estruturalmente.

A evidência científica tem também demonstrado que os profissionais de saúde geralmente têm menor consideração, menos motivação, e sentimentos de insatisfação quando trabalham com pacientes diagnosticados com uma perturbação de uso de substâncias, segundo a revisão sistemática de van Boekel, Brouwers, van Weeghel, e Garretsen (2013). Outros investigadores indicam que as pessoas que usam drogas sentem que os profissionais de saúde os tratam de maneira diferente dos restantes pacientes (Neale et al., 2007). Lloyd (2013), numa revisão narrativa da literatura, onde constam 185 artigos, conclui que existe uma visão altamente estigmatizante das pessoas que usam drogas no

² Estratégias para lidar com o estigma referentes à manipulação da identidade, conceito mencionado na secção anterior. O encobrimento refere-se à ocultação do estatuto estigmatizado e/ou os respetivos símbolos, e a revelação seletiva refere-se à escolha cuidada relativamente a quem, quando e como revelar o estatuto estigmatizado (Semple, Grant, & Patterson, 2005).

público em geral, incluindo empregadores, profissionais de saúde, *staff* farmacêutico, polícia e até nas próprias pessoas que usam drogas. Ainda que esta visão não seja universal em nenhum dos grupos enumerados, quando a estigmatização ocorre, o nível é extremo (Lloyd, 2013). Conner e Rosen (2008) referem que o estigma é, também, empregue pelos profissionais nos centros de reabilitação de drogas.

A revisão da literatura suprarreferida acrescenta que ser uma pessoa que usa drogas é ter um *status* que afeta grandiosamente as suas interações com os outros. É um *status* que frequentemente incita nojo, raiva, julgamento e censura nos outros, não sendo surpreendente, por isso mesmo, que a estigmatização produza um grande efeito nas pessoas que as usam, nomeadamente no seu sentido de valor pessoal e na sua capacidade de escapar à adicção (Lloyd, 2013). Ahern, Stuber, e Galea (2007) concluíram que os utilizadores de drogas experienciavam níveis elevados de estigmatização e discriminação e que essas experiências multifacetadas estão associadas com uma pior saúde mental e física. A estigmatização e a discriminação são ferramentas aplicadas pela sociedade de forma a impedir comportamentos indesejados como o uso de drogas ilícitas. A associação entre o estigma e um estado frágil de saúde em pessoas que usam drogas é algo a ter em consideração, tendo também em conta o acesso limitado aos cuidados de saúde e os diversos problemas de saúde que afetam esta população (Ahern, Stuber, & Galea, 2007).

Rotular as pessoas como viciados em drogas pode originar expectativas e experiências de rejeição (Link, Struening, Rahav, Phelan, & Nuttbrock, 1997). Os autores encontraram, também, uma associação relativamente forte entre o estigma e sintomas depressivos um ano após o início do tratamento, tanto da saúde mental como do abuso de substâncias, tendo, por isso, o estigma um efeito duradouro, mesmo depois de se verificarem melhorias aquando da participação no tratamento. É sugerido que os resultados encontrados acerca dos efeitos negativos duradouros do estigma vão contra outra corrente investigativa que dita que o estigma tem efeitos positivos para o tratamento (Link et al., 1997).

Estudos recentes debruçam-se sobre o conceito estigma internalizado. Crapanzano, Hammarlund, Ahmad, Hunsinger, e Kullar (2018) referem que os sujeitos com perturbações do uso de substâncias são estigmatizados por diversas fontes, incluindo por si próprios, e numa revisão integrativa da literatura, Fernandes e Ventura (2018) referem que o auto-estigma em pessoas que utilizam álcool e substâncias ilícitas é influenciado pelo estigma público que é disseminado, principalmente pelas autoridades e os profissionais de saúde. Ainda, Cama, Brener, Wilson e von Hippel (2016) alertam para algumas das

possíveis consequências do estigma internalizado, afirmando que o mesmo, num estudo com pessoas que injetam drogas, está associado com estar deprimido no último mês, com uma autoestima baixa e com uma maior severidade da dependência da substância. Por fim, da Silveira e colaboradores (2016) afirmam que o estigma pode ser uma barreira ao acesso dos cuidados de saúde, tratamento, inclusão social e oportunidades de recuperação, acrescentando que intervenções e tratamentos que são capazes de reduzir o estigma internalizado têm o potencial de contribuir para uma redução dos impactos negativos associados com a perturbação do uso de substâncias.

Joseph, Stancliff e Langrod (2000), numa revisão dos problemas históricos e clínicos associados aos programas de metadona em Nova Iorque, afirmam que estes são extremamente estigmatizados, apesar de, segundo os autores, ser uma intervenção bastante estudada. Conner e Rosen (2008) no seu estudo com uma amostra de 24 pessoas inseridas num programa de metadona nos Estados Unidos, referem que o estigma associado a este tipo de tratamento emergiu como uma barreira significativa ao tratamento da saúde física, visto que alguns sujeitos reportaram sentir medo de revelar aos profissionais de saúde que estavam inscritos num programa de metadona.

Jones e colaboradores (1984), citados em Ahern e colaboradores (2007), afirmam que as substâncias ilícitas não são estigmatizadas em igual medida, exemplificando que o uso de cocaína pelos ricos é frequentemente visto como um sinal de estatuto, enquanto que o uso de heroína ou crack, particularmente nas comunidades marginalizadas ou pobres, é mais estigmatizado. Crawford, Rudolph, Jones e Fuller (2012), num estudo com utilizadores de drogas ilícitas nova-iorquinos, corroboram a premissa anteriormente apresentada, sugerindo que os utilizadores de heroína são significativamente mais discriminados que os utilizadores de cocaína. Williams e Parker (2011) num estudo onde descrevem o uso de drogas longitudinal de jovens adultos ingleses, referem que quase toda a sua amostra, quer as pessoas que usam como as que não usam drogas, rejeitam a heroína e o crack como substâncias aceitáveis devido ao seu potencial adictivo e do potencial de levar a estilos de vida não-convencionais.

É ainda extremamente relevante referir que um indivíduo pode estar, e frequentemente está, sujeito a mais que um estigma, isto é, pode possuir mais que uma característica que é estigmatizada pela sociedade. A teoria da interseccionalidade, frequentemente aplicada aos estudos de género, propõe-se a compreender as relações entre as categorias e identidades socioculturais, isto é, foca-se no estudo da diversidade e das posições marginalizadas, prestando atenção à interação de categorias como, por exemplo, o

género, etnia, deficiência, sexualidade, estrato económico ou classe, ou a nacionalidade (Knudsen, 2006). Ao conceptualizar o ser humano como passível de ser simultaneamente integrado em diversas categorias, depreende-se que as pessoas que usam drogas não constituem uma categoria homogénea. Assim, uma pessoa que está inserida na categoria do uso de drogas pode possuir outros rótulos, díspares de outro membro do mesmo grupo. Diferentes pessoas inserem-se, portanto, em categorias distintas, e os seus estigmas interagem entre si. As experiências de estigma divergem consoante os rótulos associados a cada pessoa e, por esse motivo, duas pessoas com o rótulo de utilizadores de drogas podem ter experiências de estigmatização idiossincráticas.

A literatura tem dado algum enfoque a esta ideia de múltiplos estigmas sendo o VIH um dos que aparece associado ao uso de drogas, e sendo o mais estudado, ainda assim, a maior parte dos estudos focam-se num só estigma (Conner & Rosen, 2008). Mosack, Abbott, Singer, Weeks e Rohena (2005) indicam que os utilizadores de droga que possuem VIH são estigmatizados por diversos motivos: viverem com uma doença que é potencialmente letal; participarem em comportamentos que são condenados; terem estilos de vida considerados denegridos; e serem membros de grupos minoritários e socialmente desvalorizados.

Conner e Rosen (2008), num estudo qualitativo com 24 pessoas inscritas num programa de substituição opiácea (metadona), relatam que 23 participantes referiram serem estigmatizados e que surgiram 8 categorias de estigma nas entrevistas: adicção às drogas; envelhecimento; toma de medicação psicotrópica; depressão; integração num programa de metadona; pobreza; raça e VIH. O estigma associado à dependência das drogas foi considerado o basilar por ser o que estava presente num maior número de sujeitos, sendo também o mais persistente e pervasivo (Conner & Rosen, 2008). Os autores afirmam que apesar de todos os estigmas serem significativos, o que é relativo à adicção às drogas, ao envelhecimento, ao uso de medicação psicotrópica, e depressão são os que aparentam ser mais nefastos à população que estudaram (Conner & Rosen, 2008).

1.3. O Conceito de Recuperação relativamente à Dependência de Substâncias Psicotrópicas Ilícitas

Importa, ainda, explorar o conceito de recuperação. Há diferentes conceções, tanto no mundo académico como no cenário interventivo do que constitui um processo de recuperação e do que define o sucesso do mesmo.

Laudet (2007) afirma que não existe uma definição concreta de recuperação, sendo que os autores parecem usar este termo atribuindo-lhe significados diferentes, uns apoiando-se nos critérios para a perturbação de uso de substâncias presentes no DSM, outros aludindo ao controlo do uso das substâncias, e a grande parte dos autores usa este conceito como sinónimo de abstinência. De forma a tentar colmatar as falhas na operacionalização deste conceito, Laudet (2007) realizou um estudo misto em que questionou as pessoas que consideravam estar em recuperação o que é que isso significava, obtendo resultados que sugerem que a abstinência é necessária para a recuperação, quase como um pré-requisito ou requerimento, mas que este é um processo de melhoramento pessoal e de construção de uma vida melhor que vai para além do uso de substâncias.

Uusitalo e Broer (2016) referem que é necessária uma visão mais alargada e despida de preconceito no que toca à investigação científica acerca da adicção de substâncias, acrescentando que a maior parte da investigação neste campo parece desconhecer a diferença entre uso “pesado” e dependência e que reconhecer esta distinção deveria permitir compreender que o uso “pesado” controlado de substâncias é possível e que a abstinência não é o único caminho para superar a dependência. As autoras exemplificam que o tratamento assistido de heroína é uma forma de uso controlado e que os seus resultados empíricos demonstram que a abstinência não é a única solução. Alguns destes resultados, expostos num relatório de 2012 da *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA), englobam o facto de a retenção no tratamento ser igual ou superior no tratamento de substituição de heroína comparativamente ao tratamento de substituição oral por metadona. No que concerne à redução do uso de heroína de rua, os dois tipos de tratamento alcançam uma grande diminuição, ainda que o tratamento assistido da heroína apresente uma redução superior (EMCDDA, 2012).

Aceder e aderir ao tratamento assume-se como um passo significativo para a recuperação da dependência de substâncias psicotrópicas. Ainda assim, visto que há múltiplas facetas da vida que podem ser afetadas pela dependência, incluindo os relacionamentos familiares e pessoais, o emprego, a habitação, e a associação da dependência com exclusão económica e social, é frequentemente necessário apoio adicional. Tem sido, por este motivo, reconhecido que para melhorar os resultados do tratamento, prevenir recaídas e garantir a integração na sociedade, é necessária uma intervenção nos diversos contextos de vida do sujeito, e não apenas nos consumos (UNODC, 2008). A reintegração social é tipicamente considerada uma fase que ocorre

após o tratamento. No entanto, recentemente tem sido proposto que o tratamento e a reintegração social devem ocorrer simultaneamente (UNODC, 2008).

Nuno Félix da Costa, médico psiquiatra, exemplifica como a sua conceção do conceito de recuperação se foi mutando ao longo da sua prática clínica:

Foi no decorrer dessa experiência que a minha orientação, inicialmente vocacionada para o objetivo clínico da abstinência, foi sendo confrontada com populações de utilizadores de drogas, designadamente no trabalho com os doentes com SIDA ou com hepatites, que não aderiam a programas terapêuticos sem drogas. Percebi a necessidade de criar alternativas, como programas de substituição de metadona, que permitissem mantê-los dentro do sistema de saúde, i. e., que o objetivo terapêutico podia não ser largar as drogas, mas sim reduzir a nocividade associada ao seu consumo, designadamente no caso dos doentes com SIDA, por abandonarem a terapêutica para a imunodeficiência (Costa, 1997, p.19).

Em suma, verificam-se que as conceções e definições de recuperação são plurais e, por vezes, divergentes. O presente estudo adota uma conceção de recuperação que será posteriormente explicitada.

1.4. Contextualização das Necessidades de Pesquisa na área da Recuperação da Dependência de Substâncias Ilícitas

A evidência científica em torno dos fatores que influenciam a recuperação da dependência de substâncias psicoativas é maioritariamente dirigida para os fatores individuais, negligenciando-se o estudo da influência dos fatores contextuais no percurso da recuperação (ERANID, s.d.).

A *European Research Area Network on Illicit Drugs* (ERANID) desenvolveu a *Strategic Research Agenda* (SRA), representando esta o exercício mais compreensivo realizado para identificar as prioridades e as falhas a colmatar no que toca à pesquisa no campo das substâncias ilícitas (ERANID, s.d.). Na SRA recomenda-se, então, que exista um maior foco em compreender os fatores que influenciam a recuperação a um nível societal, contextual e cultural, opondo-se ao foco exclusivo nos fatores individuais (ERANID, s.d.). Num ambiente em constante mudança, torna-se relevante compreender de que forma é que os mecanismos subjacentes ao uso de substâncias interagem com os fatores contextuais (ERANID, s.d.). A SRA adota uma visão estratégica das necessidades

de pesquisa, defendendo que este foco contextual permitirá a produção de conhecimento valioso, o que possibilitará compreender o que produz resultados eficazes nas respostas interventivas, não só relativamente aos desafios no presente, mas também aos possíveis problemas do futuro (ERANID, s.d.).

A ERANID critica ainda o facto de que, muitas vezes, a perspetiva do indivíduo é ocultada, não existindo uma verdadeira preocupação em compreendê-la (ERANID, s.d). Ramos e colaboradores (2018)³ realizaram uma *scoping review* acerca dos fatores contextuais que têm influência na recuperação, e referem que o estigma é um dos mais frequentemente discutidos na literatura com influência na recuperação e reintegração da pessoa que utiliza drogas.

1.5. Objetivos

O presente estudo tem como objetivo estudar o estigma e compreender a sua influência no processo de recuperação da dependência de substâncias psicoativas ilícitas, sendo que se insere num projeto internacional, o *Drug Use Recovery, Environment and Social Subjectivity* (DURESS). O DURESS surge de forma a responder às necessidades apontadas pelo ERANID previamente mencionadas. Este projeto pretende, através do foco no discurso dos atores sociais que protagonizam o fenómeno, contribuir de forma extensiva e compreensiva para o aprimoramento das políticas e intervenções na área da dependência de drogas. Tem como principal objetivo investigar os determinantes socioambientais dos processos de recuperação e reintegração socioeconómica das pessoas que desenvolveram relações disfuncionais com o uso de substâncias.

1.6. Questões de Investigação

Como referi anteriormente, a presente investigação insere-se no projeto DURESS, e focar-se-á especificamente num dos fatores estudados, o estigma. As questões de investigação deste estudo surgem do acrónimo PCC (População, Conceito e Contexto) aplicado às metodologias qualitativas. Assim sendo, procura-se responder às seguintes questões de investigação: no ponto de vista das pessoas inseridas num programa de substituição opiácea do distrito do Porto, (1) o estigma está presente nas suas trajetórias de

³ A *scoping review* de Ramos e colaboradores (2018) está inserida no projeto DURESS, assim como a presente investigação.

vida?; caso o estigma esteja presente (1.1) quais os motivos para o mesmo?, e (1.2) em que contextos e de que forma é que se revela?; (2) que símbolos estão associados ao estigma?, (2.1) que consequências existem para quem possui os símbolos do estigma? (2.2) de que forma é que o estigma molda as interações do estigmatizado com o outro considerado normativo, e com o mundo?; (3) o estigma tem influência na recuperação?, (3.1) se sim, que tipo de influência exerce?.; caso o estigma tenha uma influência negativa na recuperação (4) quais seriam as potenciais soluções para quebrar o estigma?

Ressalvo que todas as questões de investigação apresentadas serão respondidas de acordo com o discurso e as perspectivas dos participantes, o que vai de encontro à perspectiva de investigação *emic* (Kottak, 2009). É ainda relevante salientar que o presente estudo não adota uma conceção específica de recuperação, assumindo que o percurso da recuperação, objetivos, significados, e finalidade pode ser distinto para cada participante. Assim, os critérios do que é a recuperação não são empregues homogeneamente aos participantes, para uns a recuperação pode significar a abstinência, para outros o consumo controlado, e para outros a reintegração pode ser o foco.

2. Método

O DURESS tem uma natureza exploratória, tendo sido um dos projetos eleitos pela ERANID para dar resposta às lacunas sentidas na comunidade científica relativas à importância dos fatores contextuais no processo de recuperação da dependência opiácea. Para isso divide-se, no que toca à sua metodologia, em duas componentes: primeiro, procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura científica referente ao fenómeno a estudar; em segundo lugar, realizou-se uma investigação qualitativa, recorrendo-se a diários de saúde individuais preenchidos pelas pessoas em recuperação de dependência opiácea, grupos focais (sendo um com pessoas em recuperação e outro com ademais atores sociais relevantes para a compreensão do fenómeno), e entrevistas com atores sociais (e.g. profissionais e familiares) que desempenham um papel no fenómeno em estudo. O DURESS é um projeto internacional, estando a ocorrer simultaneamente em Portugal, Itália e França, o que irá permitir uma análise dos resultados mais rica e comparativa entre os três países. Este é um projeto com uma metodologia qualitativa, que se foca nos processos e na interação de fatores, indo para lá da mera observação e descrição dos fatores associados. Estas são características metodológicas que vão de encontro às recomendações da SRA, um documento extensivo e rigoroso que encapsula, não só as necessidades de pesquisa no campo das substâncias ilícitas, bem como as metodologias recomendadas para responder a essas mesmas necessidades (ERANID, s.d.), sendo que, como já referi, o DURESS foi um dos projetos eleitos para colmatar estas lacunas na investigação, considerando-se, então, que corresponde a estes exigentes requisitos metodológicos.

É ainda relevante referir que o DURESS mereceu o Parecer Favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSNorte, da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto e da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Este projeto é financiado pelo Estado Português através do Serviço de Intervenção em Comportamentos Adictivos e Dependências (SICAD).

A presente investigação, cujo foco é o estigma, insere-se no projeto DURESS, tendo por base o seu processo metodológico. No que concerne a este estudo, os dados analisados serão os referentes aos diários de saúde individuais. Foram recrutados um total de 25 participantes para escrever os diários de saúde, tendo 22 participado na escrita dos

diários. Dos 22 diários recolhidos, 18 mencionavam o estigma, sendo, portanto, estes os participantes contabilizados nesta investigação.

Relativamente ao recrutamento dos participantes, trabalhou-se em estreita parceria com os centros locais de atendimento aos comportamentos adictivos pertencentes ao Centro de Respostas Integradas – da zona oriental do Porto (CRI-Porto Oriental), com a Casa da Vila Nova da Norte Vida (Associação para a Promoção da Saúde) e com o Projeto Incluir (Asas de Ramalde). Os profissionais destas instituições respeitaram os critérios de inclusão, sendo estes: os participantes serem adultos, sofrerem de um transtorno de uso de opiáceos e estarem integrados num programa de substituição opiácea (metadona ou buprenorfina), serem fluentes em português, e terem capacidade para assinar um consentimento informado para participação no estudo. Procuraram, também, seleccionar pessoas com disponibilidade para participar no estudo e com alguma capacidade reflexiva e discursiva. Priorizou-se, portanto, a recolha de dados ricos e com profundidade, ao invés da representatividade dos participantes.

Os participantes têm idades compreendidas entre 28 e 65 anos, 5 são do sexo feminino e 13 do sexo masculino (ver Anexo A). Todos residem no distrito do Porto e estão integrados num programa de substituição opiácea. Esta escolha está ancorada no facto de a heroína continuar a ser a droga principal mencionada pelos utentes nas estruturas de tratamento (SICAD, 2018), e no facto de esse tipo de tratamento garantir maior adesão e vínculo com o projeto.

Os diários de saúde permitem recolher informação ao longo do tempo tendo, por isso, potencial para atingir uma profundidade superior às entrevistas. É um método que atenta às transformações e aos processos, tornando-as passíveis de serem capturadas e posteriormente analisadas. Permite a descrição das rotinas, opiniões, vivências e experiências dos participantes ao longo do tempo, criando uma narrativa mais fidedigna do fenómeno, no que diz respeito ao ponto de vista de quem o experiencia. Além disso, possibilita recolher, em tempo real, a perspetiva das pessoas acerca da influência dos fatores em análise, ou seja, no preciso momento em que eles têm lugar (Bytheway, 2012).

Propôs-se aos participantes que escrevessem semanalmente, de duas em duas semanas, ou com uma periodicidade que achassem ajustada às suas rotinas, um diário de saúde ao longo de cerca de 6 meses. A maior parte destes demonstrava vontade em participar no estudo, mas não em escrever o diário, pelo que na grande parte dos casos, o diário era escrito em conjunto. A investigadora e o participante dialogavam acerca do processo de recuperação e este ditava o que deveria ser escrito. As investigadoras

escreveram estas informações em discurso direto, nunca se alterando a linguagem do participante. As investigadoras que recolheram os dados foram instruídas de forma a respeitarem as premissas anteriormente referenciadas, ou seja, a não induzirem as respostas e a escreverem o diário usando a linguagem do participante, não manipulando o conteúdo. Foram realizadas reuniões de equipa regularmente de forma a assegurar a reflexão e a autocrítica de todos os membros relativamente ao processo da recolha de dados, assim como garantir a diminuição do papel do investigador no mesmo.

Os 18 diários foram preenchidos, em média, durante 7 meses. Quatro participantes apenas preencheram o correspondente a 1 entrada, sendo, em contrapartida, o máximo de tempo de preenchimento 11 meses. Sendo este um projeto que procurou sempre respeitar o ritmo e as necessidades dos seus participantes, prolongamos a recolha nos casos em que os dados ainda não estavam saturados e em que os participantes diziam ter ainda algo de valor a contribuir, sendo que outros participantes acabaram por desistir por diversos motivos, tendo sido o tempo de recolha inferior.

O diário continha uma lista de tópicos que podiam guiar as respostas (ver Anexo B). Ao longo da recolha de dados, as investigadoras tiveram o cuidado de ir aperfeiçoando a forma de abordar e questionar as diversas temáticas, e compreendendo que conteúdos e que tópicos precisavam de maior exploração. Tendo em conta que a forma de recolher dados foi sendo refinada, com os participantes que desistiram acabou por não se conseguir explorar alguns tópicos com a mesma profundidade.

Garantir o anonimato dos participantes foi sempre uma preocupação primordial do projeto, pelo que a cada diário estava associado um código aleatório conhecido apenas pelas investigadoras. No diário, tanto na versão em papel como a transcrita, teve-se sempre o cuidado de não introduzir dados que pudessem vincular a pessoa ao mesmo. A ficha preenchida dos dados sociodemográficos era armazenada num local diferente do diário, tendo apenas o código em comum.

Os dados foram analisados através de uma análise de conteúdo categorial temática (Bardin, 2011) de forma indutiva, usando o software NVIVO 12. Os dados foram analisados por 4 investigadoras em simultâneo, e realizaram-se reuniões de equipa regulares de forma a minimizar os erros de codificação e discutir o material mais ambíguo.

Na secção dos anexos encontram-se a tabela das categorias (Anexo C) e os indicadores (Anexo D) resultantes da análise de dados suprarreferida.

3. Resultados

Na presente secção serão discutidos os resultados provenientes da análise de conteúdo categorial temática. Primeiramente, reportar-se-ão os dados referentes à 1ª questão de investigação, englobando estes o motivo para o estigma, os diferentes contextos onde o mesmo se revela, e o estigma internalizado. Avançaremos posteriormente para a 2ª questão de investigação, reportando-se os resultados referentes à manipulação da identidade, abrangendo esta os símbolos do estigma, e a vertente atitudinal, onde estão inseridos o encobrimento e revelação.

De seguida, serão expostos os resultados referentes ao impacto do estigma na recuperação e à reversão do estigma, de forma a responder à 3ª questão de investigação. Por fim, responder-se-á à 4ª questão de investigação, descrevendo-se as soluções apresentadas pelos participantes que visam a erradicação do estigma.

3.1. Questão de Investigação I

Torna-se imperativo iniciar a análise dos resultados por referir que 18 dos 22 participantes mencionam o estigma, pelo que o mesmo aparenta ser um fenómeno presente nas suas trajetórias de vida.

3.1.1. Motivo do estigma

No que concerne ao motivo do estigma, 15 participantes relatam que este se deve aos consumos de substâncias ilícitas, 2 referem o consumo de álcool, 4 o VIH, sendo que 2 desses 4 mencionam também doenças no geral, 4 a pobreza, 3 o desemprego, 3 a prostituição, 2 a zona habitacional, e 1 o facto de ter cometido crimes no passado. Importa, ainda, referir que alguns participantes reportam serem alvo de mais do que um estigma simultaneamente e, por vezes, tecem comentários relativos à interação dos mesmos (*“Principalmente o toxicodependente que contrai VIH é discriminado, é muito mais discriminado.”*, JD52).

O estigma que é mais reportado, como foi explicitado anteriormente, é o associado ao consumo de substâncias ilícitas. Importa, ainda assim, ter em conta que os participantes

são alvo de mais do que um estigma, o que não deve ser descurado ao longo da leitura dos restantes resultados.

3.1.2. Contextos de estigma

Em relação aos contextos onde o estigma ocorre, os mesmos englobam: a família, a sociedade, a zona residencial, as autoridades, as relações proximais, o contexto laboral, o mercado da droga, os cuidados de saúde, e os técnicos.

3.1.2.1. Família

Cinco participantes revelam sentirem-se ou terem-se sentido estigmatizados por membros da família (*“Sinto-me discriminado várias vezes, chegaram a dizer que não devia comer à mesa por ser seropositivo. O meu irmão é racista e homofóbico e não entende a minha situação, não me respeita, discrimina-me. Ele [meu irmão] já me disse que me dá porrada para eu parar de consumir. Ele já fez isso, mas não resulta.”*, JD35; *“Quería estar com a minha filha, mas a minha irmã não me deixava. Por causa das doenças e tudo, tinha medo que eu a infetasse com qualquer coisa. Acha-se sempre que as pessoas que andam a consumir têm doenças, e elas tinham medo. Eu não tinha, mas a minha irmã não percebia isso.”*, DT96), e 1 afirma não sentir que é tratado de forma diferente.

3.1.2.2. Sociedade

Onze participantes consideram que a sociedade os estigmatiza (*“O meu único problema é a sociedade achar que é um problema - a sociedade achar que é um problema falar, ser quem eu sou ou fui.”*, BD75; *“Os toxicodependentes eram vistos como a escumalha da sociedade e eram muito marginalizados e desprezados e sofri muito preconceito.”*, *“As pessoas por norma quando têm o rótulo de toxicodependente sentem mais dificuldade em se integrarem na sociedade, até porque a sociedade deixa de acreditar em nós.”*, JD52; *“A sociedade está muito atrasada nesse aspeto, continuam a ver as pessoas que consumiam com outros olhos, como drogados. É humilhante porque eu sei que me curei, mas as pessoas me continuam a ver como eu era, é triste, é humilhante, as pessoas não se informam.”*, TQ30), e 1 afirma que depende das pessoas. Quatro, dos 12 totais, consideram que comparativamente ao passado, o estigma é menor (*“Acho que a opinião dos outros sobre isso [os consumidores] já foi pior. Há uns anos atrás não havia apoios. Agora há muitos apoios e vê-se menos pessoas por aí, não se identificam tanto.”*, IO99; *“Mesmo nos cafés dantes, aqueles à volta do CAT, as pessoas atendiam ou tratavam*

de forma diferente aqueles que viam a sair do CAT. Mas eu acho que a sociedade agora está muito mais aberta para o problema. Ainda existe estigma e desconfiança, mas não tem nada a ver como antes. Porque há uma compreensão muito maior do fenómeno. Só que a verdade é que nós andamos a carregar com os preconceitos a vida toda. Mas ainda há muita discriminação.”, BD75), enquanto que 1 considera que continua igual.

3.1.2.3. Zona residencial

Sete participantes sentem-se estigmatizados no seu meio residencial (*“Tenho uma vizinha minha que de vez em quando fala e manda umas bocas e diz «coitado, ficou assim». Uma vez ela ia carregada com compras e eu ofereci ajuda e ela não quis, mas eu ajudei na mesma a levar os sacos. Quando chegamos a casa, perguntei se queria que deixasse os sacos lá dentro e ela disse por tudo que não. Depois mais tarde é que percebi que ela estava com medo que eu a assaltasse ou violasse ou assim.”, JD35; “Discriminação sinto muito no meio onde vivo. Os outros vêem-me como desempregada e diminuída.”, BD04; “Tinha vizinhos que quando andava na droga não falavam para mim e agora já falam. Porque antes tinham medo que os roubasse, sei lá, que lhes assaltasse o carro.”, BO11), e 1 relata não sentir estigma.*

3.1.2.4. Autoridades

No que toca ao estigma por parte das autoridades (i.e., polícias, seguranças e juízes), 6 participantes relatam sentir ou já ter sentido estigma neste contexto. Quatro verbalizam situações que ocorreram no passado (*“Uma vez tinha 17 anos e fui buscar droga com o meu marido e apareceu a GNR. Um ficou com o meu marido e outro foi-me violar, eles combinaram, e depois voltou-me a levar para a beira dele. Só porque pensaram que eu era toxicodependente, e não era verdade. Por acharem que eu era toxicodependente achavam que me podiam tratar assim. Ainda agora isto acontece.”, TQ30; “Na altura a polícia enfiava gramas de haxixe no pessoal quando não tinham provas e não gostavam de nós só para irmos dentro. O juiz dizia mesmo, «Acha que vou acreditar em si ou num agente da polícia? Você é um toxicodependente de merda.» E aí foi a primeira vez que fui preso. De tantas vezes que nós éramos presos e nem tínhamos direitos.«A bala mais bem gasta era dar um tiro num drogado.» era o que eles diziam. Eu na prisão tinha ressacas horríveis e por as ter ainda levava porrada da polícia. Eu chorava às vezes, aí não chorava.”, BD75), e 5 no presente (*“A polícia agora tira impressões digitais e fotografias quando nos levam para a esquadra por estarmos lá no**

bairro a consumir. Há quem diga que isso é ilegal, mas não sei. Assim assaltos e isso já têm logo as nossas informações todas.”, JD35; *“O simples motivo de entrar no Pingo Doce mostra logo. Vem logo o segurança atrás de mim, nos supermercados e tudo.*”, LT52; *“Já com as autoridades reparo que olham para um toxicodependente com superioridade e até com um certo gozo como se o mal do outro fosse o bem deles.*”, UN01). Ademais, 1 relata não sentir estigma por parte das autoridades, mas de seguida refere um acontecimento ambíguo (*“Os polícias sempre me trataram bem, e eu também falava bem com eles e eles viam logo que eu não era nenhum banana. Eu fumo droga, mas também sei os meus direitos, que eu tenho um primo que é advogado. Numa altura eles apanharam-me a fumar droga dentro do carro e eu tive que pagar já não sei quanto e eles não me podiam multar, que o meu primo disse que eles não podiam fazer nada, só tirar-me a droga e assim. E eles pediram logo o colete e isso tudo só para me multar, mas eles não podiam, porque eu estava parado. Mas pronto, deixei andar, paguei logo no ato e nem liguei mais a isso. Os polícias novitos têm a mania que são finos, os mais antigos eram melhores que estes.*”, KT65).

3.1.2.5. Relações proximais

Três participantes indicam que vivenciam estigma nas relações proximais, isto é, nas amizades e relações amorosas (*“Dou-me bem com todos [amigos], com todos os que não me viram a cara... Alguns já me cumprimentam, mas não é a mesma coisa. Viravam-me a cara porque andava na droga, e se andava na droga já era gatuno, andava a roubar para sustentar o vício, essas coisas. É o que as pessoas pensam.*”, BO11; *“(...) porque sinto que estão sempre a fazer comparações com o meu antes e o depois, sempre a lembrar-me do passado. Há tantas coisas que podíamos falar, tantas histórias do passado, mas eles [amigos antigos sem consumos] têm sempre aquilo na cabeça e estão sempre a lembrar-me. Incomoda-me.*”, BD75; *“Estes problemas de saúde [toxicodependência e VIH] tornam difícil arranjar uma companheira. Por isso as companheiras que tenho tido são todas do meu mundo e quando tive outras que não fossem do meu mundo eram difíceis de lidar. Quando, nas relações, chega àquela parte de assumir a relação a 100% a maioria das mulheres não aceita. O problema de saúde que eu tenho tá sempre associado à toxicodependência e por isso optei por estar sozinho.*”, *“Eu saí daquele grupo online porque me senti discriminado. Aos poucos eles começaram a dizer coisas como «Mas isto é do VIH, tu meteste-te nas drogas porque quiseste» quando eu sentia necessidade de*

pedir ajuda e falar. Senti-me mesmo discriminado. As pessoas discriminam muito a toxicod dependência.”, JD52)

3.1.2.6. Mercado da droga

Três participantes afirmam que o estigma está presente na interação com os *dealers*/traficantes (*“Que os traficantes agora batem nas pessoas, se o dinheiro não for certo, ou se faltarem 5 ou 10 cêntimos.”*, MT11).

3.1.2.7. Mundo laboral

Oito participantes consideram que são estigmatizados no contexto laboral (*“Lembro-me de outra situação noutra emprego. Na altura havia uns programas que davam determinadas regalias às empresas se empregassem toxicod dependentes ou ex-toxicod dependentes. Eu estive nesse trabalho uns tempos à experiência e só era benéfico para a empresa se eu ficasse lá. Na altura de assinar o contrato eu contei que era ex-toxicod dependente para lhes mostrar que eles até podiam beneficiar com isso. Não devia ter dito nada. Por saberem disso, disseram que ficava sem efeito e não me deixaram assinar.”*, KN56; *“Eu estava a trabalhar numa empresa de plásticos e derivados. Era um bom trabalhador, tudo corria pelo melhor e nessa altura nem estava a consumir. Entretanto, entrou para lá um conhecido meu do mundo das drogas, que após umas semanas de trabalho começou a dar bronca (a faltar ao trabalho, chegar tarde, dar desculpas esfarrapadas, etc). Pouco tempo depois, os responsáveis descobriram que ele consumia e despediram-no. Ao ser confrontado, ele decidiu informar que existia outra pessoa que consumia lá dentro e disse o meu nome. Então, os chefes vieram falar comigo e mandaram-me fazer análises. Eu revelei que já tinha sido consumidor, e mesmo eu dizendo que já tinha deixado de consumir, eles não quiseram saber nem arriscar uma possível recaída da minha parte e mandaram-me embora, mesmo sendo eu um bom funcionário, que nunca tinha tido nenhuma falha.”*, BD75)

3.1.2.8. Cuidados de saúde

Seis participantes mencionam sentirem-se estigmatizados nos cuidados de saúde (*“(…) Mas os médicos mais antigos não compreendem, uma pessoa que tenha andado na droga para eles é como se continuássemos a andar e tratam-nos mal. Quando me entupiu uma veia, um médico tratou-me abaixo de cão e disse-me «Veio aqui pedir ajuda? Agora foda-se, aguenta-se» e cortaram-me a sangue frio, nem pontos me deram, por isso é que*

cicatrizou, e sentia a dor e claro que fugia com a mão e ele disse para eu aguentar. Esta situação foi em 2009, o médico lá tinha 69 anos.”, “Uma vez na ambulância, há 15 dias, um enfermeiro só por estar aqui no centro de acolhimento disse «Esta já deve estar toda podre» e isso doeu-me, que tivesse falado assim e quando disse que tenho VIH, ele disse «pois, já sabia!». E isso cai mal a uma pessoa porque uma pessoa merece o respeito. Custou-me tanto, tanto ir com esse enfermeiro depois do que ele disse, porque se não estivesse tão doente tinha saído da ambulância e mandado dar uma volta.”, “No hospital, quando vou ao hospital, só porque tomo metadona já me tratam mal ou quando não encontram veias os enfermeiros são muito estúpidos logo. Então uma vez eu tive de estar com um cateter uma semana e depois fui ao hospital fazer análises e uma enfermeira tratou-me mal e disse que a marca do cateter era de me picar e eu já não consumia, ameacei fazer queixa dela e disse que fazia emites de fosse preciso e ela acalmou. Às vezes é necessário fazer isto, ameaçar com emites, porque tratam mal as pessoas, ao não encontrarem veias já são diferentes.”, TQ30; “(...)porque os médicos quando a gente diz que é toxicodependente eles na ideia deles todos os problemas de saúde que nós temos vem do consumo de drogas e nós sabemos que há pessoas normais que não bebem, não bebem, não se drogam e também sofrem de problemas de saúde. É lógico que a droga traz consequências para a saúde, mas os médicos nos haviam de ver como utentes normais e não como toxicodependentes, ou seja, vem-nos um pouco como escumalha, e ainda hoje em dia eu sofro esse preconceito e ainda há cerca de 2 meses o sofri.”, JD52), e 1 declara não ter vivenciado estigma. Dos 6 participantes que expuseram a existência do estigma, 3 ressaltam que existem profissionais de saúde que não estigmatizam.

3.1.2.9. Técnicos

Seis participantes indicam experienciar estigma por parte dos técnicos (“*Mas mesmo nos CATs, principalmente os psiquiatras, têm sempre a tendência de nos culpar quando tamos com outro problema de saúde por causa dos nossos consumos de drogas, por isso eu digo que isso é um rótulo que fica para a vida toda.*”, JD52; “[*relativamente às/aos assistentes sociais*] Não acreditam que uma pessoa quer evoluir. Estão sempre a julgar.”, “*Era o pensamento «Estás rejeitado pela sociedade, estamos-te a fazer um favor, por isso, comes e calas, tens é de agradecer.».* Depois na consulta tive a sensação de que estava a ser julgado por essa psicóloga.”, “*Nos próprios tratamentos há discriminação!! Porque eles acham que nós não sabemos nada por ser toxicodependentes, mas nós sabemos o que é melhor para nós. Eu acho que isto é um tipo de discriminação, o*

profissional impor-nos a sua decisão, o seu tratamento. Um disse-me de caras que se eu não queria tomar Antaxon então que ia para uma quinta.”, BD75; *“Há cafés que têm copos para consumidores e para não consumidores, porque não estão informados sobre as doenças que se pegam e as que não se pegam. São burros. E já vi pessoas do CAT a dizerem que sim a isso.*”, JD35.), sendo que apenas 1 considera não existir estigmatização.

Das 6 pessoas que se sentem estigmatizadas por parte dos técnicos, 2 mencionam o estigma de uma forma geral, 1 indica o/a psicólogo/a, 3 as/os assistentes sociais e 2 a segurança social, 1 os/as médicos/as, 1 o/a psiquiatra, e 1 os/as enfermeiros/as. Ainda relativamente a estes 6 sujeitos, 1 acrescenta que não sente por parte do/a psicólogo/a e por parte das/os assistentes sociais. Por fim, há ainda 1 participante que refere que não considera que os técnicos estigmatizem, apresentando, de seguida, uma perspetiva ambígua (*“Nunca assisti a nenhum ato de discriminação. O maior problema no CAT, quando há discriminação, é com as assistentes do serviço social, não é com os enfermeiros nem com os psicólogos. Porque eles prometem tudo, tudo, e depois não cumprem nada.*”, MT11).

3.1.3. Estigma internalizado

Sete sujeitos demonstram a existência de estigma internalizado, através de narrativas desacreditadas acerca de si próprios, e das emoções negativas associadas a si mesmos, advindas dos vários motivos de estigma (*“(…) Nós repugnamos-nos a nós próprios (…)*”, BD75; *“Na altura tinha vergonha de andar a consumir heroína e agora sinto o mesmo com o álcool.*”, *“Agora vejo-me muito mal! Pela minha relação com as drogas. Vejo-me muito mal mesmo. Sinto-me mal por não conseguir deixar. Agora é o álcool.*”, KN56; *“Nunca fui má pessoa, era só a cena de fumar droga, de resto...”*, KT65; *“(…) eu é que me sentia por vezes inferior aos outros por ser toxicodependente, sentia vergonha, (…)*”, UN01).

Quatro participantes mencionam a influência que o estigma internalizado tem nas relações que estabelecem com os outros e com diversos contextos: 1 menciona as relações românticas (*“Tive uma rapariga que me aceitava, mas a minha consciência pesava-me [sobre o VIH]. É difícil, tenho sempre medo de não ser aceite.*”, *“Essa mulher com quem fui tomar café nem sonha que eu fui toxicodependente e tenho VIH, ela vê-me como uma pessoa normal, para ela eu sou uma pessoa normal (...). [sobre ser normal] Porque ao ter este problema de saúde [VIH] isso me impede de fazer montes de coisas e como já referi uma dessas coisas é não me conseguir relacionar com outras pessoas por ter medo de ser rejeitado.*”, JD52); 1 o mundo laboral (*“Então, despedi-me! O meu patrão ficou muito*

triste na verdade e disse para eu pensar bem. Mas eu fui-me embora. Já não me sentia bem. Tinha vergonha de ser ex-toxicodependente. Não suportei a ideia de eles saberem. Não conseguia estar lá a trabalhar como se nada fosse...”, KN56); e 1 a interação familiar (“Eu é que me sentia mal por estar à beira deles [família] depois de consumir.”, “Eu até gostava de ir mas não vou, não me sinto bem. Acho que tenho vergonha por beber, então isolo-me.”, KN56).

Denota-se, no discurso de 2 sujeitos, a influência exercida pela visão estigmatizante da sociedade na conceção que têm acerca de si próprios (“*Depois, passado uns anos metido nos consumos começava-me a aperceber que a sociedade me via com outros olhos e eu acabei também por me ver com outros olhos,(...) Depois é que vem a parte mais difícil, que é quando uma pessoa se apercebe do seu descontrole, e se apercebe que não consegue ultrapassar a coisa e aí uma pessoa sente-se um inútil. Para além da sociedade marginalizar, o toxicodependente marginaliza-se a ele próprio.*”, BD75; “*Sentia uma rejeição gigante por parte da sociedade e inferiorizei-me a mim mesma por causa da minha imagem.*”, BD04).

3.1.3.1. Estratégias de diferenciação

Dentro da categoria do estigma internalizado, existe a subcategoria das estratégias de diferenciação, que consistem em estratégias aplicadas pela pessoa para se diferenciar dos outros membros do grupo a que pertence ou já pertenceu, utilizando um discurso estigmatizante em relação ao mesmo. Dez participantes demonstram usar estas estratégias (“*Nunca mais contactei com ninguém que usa essas porcarias, essas coisas malucas.*”, BD35; “*Acho que a segurança social devia olhar mais por nós, principalmente pessoas como eu que estão fora das drogas, não pessoas que depois se enterram quando não têm casa nem apoios.*”, FU62; “*E para o ano que vem eu tenho de mudar muita coisa, acerca das minhas atitudes e vícios, porque não quero ser um drogadito.*”, OQ53; “*Apesar de a droga ser uma doença, eles são doentes porque não querem deixar de consumir,(...)*”, TQ30).

3.2. Questão de Investigação II

No que concerne à manipulação da identidade, 15 participantes mencionam este tema, sendo que 11 referem os símbolos do estigma, e 10 a vertente atitudinal deste fenómeno.

3.2.1. Símbolos do estigma

Focando-nos numa primeira instância nos símbolos do estigma, os participantes ilustram quais os que estão associados ao rótulo de toxicodependente e exemplificam o efeito que possuir estes símbolos pode produzir. Onze sujeitos mencionam quais consideram estar ou não associados à imagem de um utilizador de drogas e explicitam como é que possuir esses atributos, ou não os possuir, influencia as suas interações.

Os participantes caracterizam as pessoas que utilizam drogas, quer mencionando ser essa a visão da sociedade ou a sua visão pessoal, como sendo sujos, com mau cheiro, com a barba por fazer, cabelo grande, muito magros, desleixados na roupa, com um mau aspeto dos dentes, falta de higiene, frequentarem bairros, arrumarem carros, mendigarem, injetarem-se, e frequentarem o CRI. Ter um emprego, não frequentar os locais de compra e de consumo, o ir para a rua sem ressacar, ser “jeitosa” (MT11), consumir sozinho, são características que alguns participantes apontam como não sendo atribuídas aos consumidores e que, por isso, auxiliam a não revelar o estatuto de utilizador de drogas, (*“Eu sempre fui uma pessoa que gostei muito de ter autoestima mas tive fases em que não tive. Tinha o cabelo grande, andava a mendigar e arrumar carros. Então as pessoas olhavam para mim e diziam «É um toxicodependente». Eu era um espelho. Quem olha para mim hoje não sonha o que eu passei. Estou gordinho, limpo, com uns ténis novos. As pessoas olham para mim e não veem o sofrimento.”*, JD52).

3.2.1.1. Efeitos associados à posse dos símbolos

Três participantes mencionam que parecer consumidor de drogas leva a ser-se estigmatizado (*“Uma vez eu ia no autocarro, vinha um bocado suja, uma senhora ia a sentar-se ao meu lado, mas olhou para mim e não se sentou. E eu ouvia-a a cochichar, a dizer «é drogada!?»». As pessoas até vinham de pé para não se sentarem à minha beira.”*, DT96; *“As pessoas que não conhecem, não me interessa. Mas esses julgam pelo aspeto, pelo tamanho da barba, pela roupa, pelo local. As pessoas se virem alguém no bairro A são logo consumidores. Então se for muitas vezes...”*, JD35).

Um participante afirma que por não parecer consumidor de drogas os outros consideram que este precisa de menos ajuda do que a que realmente necessita (*“Uma assistente social uma vez até me disse «você nem parece que precisa de ajuda, anda sempre limpinho, você não precisa.»*, IO99). Dois participantes referem que o não parecer um consumidor leva a uma assunção pelos outros de melhoria ou recuperação

(“Mesmo a minha assistente social diz que eu estou melhor e é só porque corto a barba e o cabelo. Fico é com melhor aspeto, é só isso.”, JD35).

Três indicam que não parecer consumidor faz com que não sejam estigmatizados (*“Agora não tenho essa discriminação porque as pessoas que me veem não veem que sou toxicodependente só de olhar para mim.”, BD75; “Eu nunca andei assim nessas vidas, nunca me trataram assim [maltratar/discriminar]. E o pessoal via-me a trabalhar, nunca imaginavam que eu consumia o que consumia, porque fazia a minha vida normal e tinha tudo, comida e dormida...”*, KT65; *“E eu não fiquei mas há muita gente que sabe... E se eu vou ao CAT, sabem que por alguma razão é... Mas nunca me senti tratada de forma diferente. Eu tive sempre uma maneira diferente de estar. Eu não me punha em grupos a fumar. Eu vinha sempre consumir sozinha, ou com o meu companheiro, em casa. Vinham sempre trazer-me perto da casa. Nunca fui daquelas pessoas que davam o corpo à morte como alguns dão. Algumas até pediam aos clientes para as levarem aos sítios da droga. E é lógico que depois disso traz marcas. Conheço muitos casos, que depois de estarem limpas, mesmo dizendo que não, se os virem próximos de algum sítio qualquer onde haja droga, dizem que já foram outra vez... Mas nem foram nada.”*, MT11). Quatro declaram que não parecer consumidor ajuda a passar despercebido (*“Porque quando a gente consome não tomamos conta de nós, às vezes andamos todos sujos, agora acho que ando limpo e que não trago toxicodependente na testa...”*, BO11; *“Se me virem num sítio normal sem ser de consumo, não me dizem nada que sou ou não consumidor.”*, JD35; *“Quando eu arrumava carros não queria saber da minha autoestima, ou seja, tinha a barba grande, o cabelo grande e quem olhava para mim via logo que eu era toxicodependente. Agora, se eu andasse bem vestido, de cabelo curtinho, passava despercebido na sociedade (...)”*, JD52).

Um sujeito refere que quando não parecem consumidores de droga têm mais margem de manobra para enganar (*“Só por ele andar com a barba feita, não quer dizer que seja melhor que os outros. Comigo têm que ter cuidado quando ando de barba cortada, que é quando ando a enganar, não é quando tenho a barba grande.”*, JD35) e outro refere o mesmo para cometer crimes (*“Era mais fácil de levar uma vida no crime se tivesse autoestima em cima, ou seja, andar bem vestido, de cabelo cortado, barba aparada porque assim não dávamos a entender que eramos toxicodependentes.”*, JD52).

Outro reporta que por não parecer consumidor era recebido com desconfiança no momento da compra da substância (*“Eu até nunca aparentei ser toxicodependente. Eu às vezes ia comprar o pacote e eles diziam que eu era polícia, «oh tu és mas é bófia...» e ficavam desconfiados.”*, BD75)

Ainda, LT52 descreve uma experiência contrária a algumas apresentadas anteriormente, afirmando que situações estigmatizantes lhe acontecem mais atualmente, que tem cuidado com a sua aparência, do que quando considerava que tinha aspecto de consumidor (*“É engraçado, porque quando eu andava mesmo na droga, com mau aspeto, ninguém me dizia nada, e aí é que eu roubava. Agora tento tomar conta de mim, o cabelo e tudo, e é isto. É engraçado, não percebo.”*, LT52). No entanto, refere precisar de alterar a sua aparência por considerar que é a mesma que o está a impedir de ser empregado (*“Preciso também de arranjar os dentes. Acho que é por isso que não me querem empregar, (...)”*, LT52).

3.2.2. Dimensão atitudinal

Sete participantes referem existir a necessidade de utilizar estratégias referentes à dimensão atitudinal da manipulação de identidade.

3.2.2.1. Encobrimento

Seis sujeitos referem que esconder que se é ou já se foi utilizador de drogas ajuda a evitar algumas consequências negativas de possuir esse estatuto (*“Eu inventei uma história de como tinha contraído o VIH, a história é verídica, só retirei a parte das drogas, não sei se foi com essa mulher que contraí VIH. Não sei até que ponto é que eles me vão aceitar. Não, eles aceitavam-me tal como eu aceitei eles serem homossexuais. Mas, vou ser sincero, eu quando entrei no grupo comecei a falar com uma rapariga em privado e fiquei interessado nela e foi isso que não me levou a falar das drogas, para ela não saber que eu tinha sido drogado. Pelo que eu me apercebi do grupo eu acho que ninguém teve problemas com as drogas e eu não quis ser rotulado como o drogado do grupo, (...)”*, JD52). Outro participante menciona a revolta que sente associada à necessidade de esconder o seu passado de consumos (*“A coisa que mais me revolta é ter de esconder. Não poder dizer quem sou, o que fui, não poder falar da minha história, do meu passado. Mas a verdade é que não posso (...)”*, BD75).

3.2.2.2 Revelação

Alguns sujeitos tecem, também, comentários relativamente à revelação do estatuto de consumidor ou ex-consumidor de drogas. Cinco referem que a revelação leva a uma maior estigmatização (*“(...) eu contei que era ex-toxicod dependente para lhes mostrar que*

eles [empregadores] até podiam beneficiar com isso. Não devia ter dito nada. Por saberem disso, disseram que ficava sem efeito e não me deixaram assinar.”, KN65).

Dois mencionam sentirem, por vezes, desejo de revelarem o seu estatuto (“(...) *espero ganhar coragem e contar ao grupo que também fui toxicodependente. Era importante para mim contar para jogar aberto, ali tentamos ser todos honestos, mas eu quis-me reservar um bocadinho e tou a ganhar coragem para contar essa parte.”, JD52),* e um desses dois participantes comenta a necessidade da revelação em algumas circunstâncias e do poder que a revelação pode ter (“*Ou seja, tudo isto que sugeri, não é nada, nem tem qualquer efeito, se a pessoa não se puder identificar perante a sociedade ou o grupo tal como é.”, BD75).*

Dois expõem situações em que a revelação teve consequências positivas (“*Contei às doutoras do projeto que tive uma recaída e tenho VIH e elas fizeram-me sentir compreendido e senti-me bem a contar, mais leve. A doutora deu-me a mão e no final um abraço e um beijinho e isso mostrou-me que elas não têm complexos e que não são ignorantes, que sabem que o VIH não se passa assim.”, JD52).*

Três reportam, ainda, terem sentimentos negativos, como a vergonha, após a revelação, que fez com que se afastassem de algumas pessoas e contextos (“*Então, antecipei-me e fui contar ao meu patrão. Achei melhor ser eu a dizer. O meu patrão até reagiu muito bem e disse que por ele estava tudo bem. E, pelos vistos, aqueles testes nem iam indicar nada disso. Mas a partir daí nunca mais consegui sentir-me bem lá, por saber que eles sabiam [e despediu-se].”, KN56)*

3.3. Questão de Investigação III

3.3.1. Impacto do estigma na recuperação

Sete participantes discursam acerca do impacto do estigma na recuperação. Salienta-se que apenas 1 participante considera que o impacto é positivo (“*Tem influência na recuperação. E eu própria discrimino-os. Eu acho que melhora, porque a faço passar vergonhas [à amiga].”, MT11).*

3.3.1.1. Relação com os consumos

Quatro relatam que ser estigmatizado tem influência na relação com os consumos, podendo aumentar a vontade ou a frequência dos mesmos (“*Uma das coisas que me levava*

a consumir era esse julgamento das pessoas. Uma pessoa está mal, droga-se e fica bem.”, “Tudo leva ao consumo! E a discriminação é um dos fatores. Sentes-te excluído, discriminado, e procuras quem? O teu grupo, o grupo dos consumos. E consumes para esquecer. É um ciclo interminável.”, BD75; “(...) Por vezes até tem influência [na relação com os consumos] porque nós por mais fortes que sejamos temos momentos de fraqueza e, às vezes, aproveitamos o pretexto, em situações dessas, «ah tou a ser tratado como um drogado e vou-me mesmo drogar» quase para se vingar da pessoa, mas a pessoa não vai ser vingada, eu é que me prejudico, à minha saúde, e vou consumir drogas desnecessariamente.”, JD52; “Não sei porque ela me disse isso a mim, não gostei. A verdade é que estas coisas ainda me dão mais vontade de beber. Eu saio de lá e penso «Já que tenho a fama, olha...».”, KN56; “A mim já não me afeta nada a recuperação porque já não me importa o que as pessoas pensam, mas no início afetava-me muito, aumentava a minha vontade de consumir, mas agora já não faço caso do que as pessoas dizem ou pensam, sei aquilo que sou, sei que as pessoas não vão mudar, por isso tinha que mudar. Influencia muito nas pessoas que querem deixar, muitas pensam «Estou a lutar para quê? Estou a tentar mudar e as pessoas continuam a ver-me da mesma maneira».”, TQ30).

Há ainda um 5º participante que menciona a influência do estigma na vontade e frequência dos consumos (“(...) e quando soube que as pessoas já sabiam todas e que andavam a falar de mim e isso, ainda me enterrava mais. Eu pensava «já toda a gente sabe que sou um drogado, por isso se sou drogado, vou ser um drogado». Já que pagava por ser drogado por um fumo ou dois, então eu revoltava-me mesmo e consumia mais.”, KT65), mas noutro momento refere não considerar que o estigma tem influência no tratamento (“Desde que comecei o tratamento, nunca tive problemas desses. Se acontecesse uma coisa dessas [situações de discriminação] acho que não ia afetar o tratamento, isso não tem nada a ver com o tratamento. Isso não me desanima. Isto vai da vontade de cada pessoa.”, KT65). Por fim, 1 não considera que o estigma tem influência nos consumos de substâncias.

3.3.1.2. Permanência no tratamento

Um dos sujeitos afirma que o estigma exerce influência na permanência no tratamento (“A partir daí, desisti do tratamento, nunca mais lá fui e andei uns anos valentes na droga depois disso. Fiquei com trauma dos psicólogos. Não queria falar com nenhum.”, “Eu no início não confiava nas pessoas, e se sentisse que um técnico não confiava em mim ou me julgava, eu desistia e vinha-me embora.”, BD75).

3.3.1.3. Bem-estar

Uma participante ilustra o impacto do estigma no seu bem-estar, interligando esse bem-estar com o tratamento (*“Afeta o meu tratamento em tudo, ando mais nervosa. Drogas não porque não penso nisso, mas o próprio sistema respiratório afeta-me muito. Afeta o meu bem-estar.”*, TQ30).

3.3.1.4. Reinserção

Dois expõem a dificuldade da reinserção devido ao estigma (*“Reinsere-se na sociedade é um bocado difícil porque leva-se sempre o rótulo.”*, TQ30; *“Mas a verdade é que isto só contribui para retirar a confiança duma pessoa nesta fase importante da sua vida, só acaba por lhe retirar a sua verdadeira capacidade de reinserção.”*, BD75)

3.3.1.5. Isolamento

Dois referem-se ao isolamento como sendo derivado do estigma (*“[fala do estigma internalizado que sente], então isolo-me.”*, KN56), sendo que um deles faz uma ligação direta entre o isolamento, a rejeição por parte da sociedade, e o consumo de substâncias (*“Um indivíduo quando se depara isolado, procura aquilo que já conhece [outros toxicod dependentes/mundo das drogas]. Se um indivíduo tenta interagir ou entrar na sociedade e é discriminado ou rejeitado, vai voltar rapidamente para junto daquilo que ele já conhece e lhe é familiar, que são os outros toxicod dependentes. Esses [grupo das drogas] vão recebê-lo e é o caminho para a recaída.”*, BD75).

3.3.1.6. Impacto emocional negativo

Por fim, 5 mencionam o impacto emocional negativo (*“Deixa-me em baixo, deprimida, sem vontade de nada.”*, *“Faz-me sentir muito mal porque uma pessoa luta e depois vem estas coisas e uma pessoa pensa «para quê tanta luta diária?»”*, TQ30; *“[como reage à situação de estigma na farmácia] Ignoro. Porque às vezes apetece-me partir para a agressão. Fico revoltado. Depois saio e começo a remoer por dentro e a insultar a pessoa para mim próprio.”*, *“Muitas vezes a revolta de os médicos me tratarem mal era eu me refugiar nas drogas, sabendo eu que só me estava a prejudicar a mim mesmo, mas a vontade de não estar presente neste mundo (só desaparecia) era só quando estava sob o efeito de drogas, sentia-me um super-herói, que nada me atingia”*, JD52; *“Neste momento não ligo ao que os outros acham, já estou habituado, mas no início*

magoava, principalmente a família. Quem me conhece, sabe quem eu sou, o resto não conhece, os de fora do consumo não me conhecem.”, JD35).

3.3.2. Reversão do estigma

Oito referenciam a reversão do estigma. Seis reportam que, durante a recuperação, o estigma foi revertido nos outros, ou seja, na forma como estes interagem com os participantes (*“Os meus irmãos no início do tratamento já começavam a falar comigo. Quando viram que eu andava direito, falávamos, saíamos.”*, BO11; *“Depois quando parei de consumir já sentia a diferença, agora ninguém se afasta, posso sentar-me à vontade, as pessoas já nem olham para o meu aspeto.”*, DT96). Cinco reportam a reversão do estigma internalizado durante a recuperação, ou seja, as mudanças que ocorreram na perceção que tinham de si mesmos ou do grupo a que pertencem ou pertenceram (*“Vejo uma pessoa mais segura, confiante para um futuro sem drogas, vejo-me como uma pessoa normal, e se é que isso existe. Também me vejo mais alegre, divertido, carinhoso e com gosto pela vida. Não me vejo como um toxicod dependente atualmente, mas sim como uma pessoa que abusou da sorte da vida e do tempo, mas que agora se sente agradecido por estar ciente do que estava a perder de ganhar.”*, UN01).

Ademais, TQ30 faz uma ligação direta entre o ter passado a sentir-se como uma pessoa normal, com a capacidade para deixar de consumir drogas (*“O que me ajudou a deixar as drogas foi sentir-me bem, realizada, uma dita pessoa normal.”*, TQ30).

Ressalvo que esta reversão pode não ser permanente. De facto, alguns participantes, principalmente no que concerne à reversão interna, relatam-na em alguns momentos, denotando-se, noutras instâncias, um discurso marcado pelo estigma.

3.4. Questão de Investigação IV

3.4.1 Soluções

Seis consideram importante erradicar o estigma e sugerem potenciais soluções para diminuí-lo. Apenas 1 considera que não haja muito a fazer.

Os participantes referem ser importante transformar a visão que a sociedade têm das pessoas que utilizaram drogas e foram ou são dependentes de substâncias, referindo que isto pode ser feito *“através dos meios de comunicação”*(BD75), através de informar as pessoas (*“(…)na sociedade as pessoas deviam estar mais informadas, porque isto é muito complicado(…)”*, KT65), de dar formação a profissionais que estigmatizam esta população,

sendo o exemplo dado o da polícia (“(...)mas o governo é que devia fazer, devia fazer formações periódicas aos polícias para eles pensarem de maneira diferente e perceberem que um toxicodependente em tratamento também tem direitos e já não é a mesma pessoa que era, as pessoas pobres também têm direitos, não é só os ricos.”, TQ30), e UN01 refere ainda a investigação científica no tema como uma potencial solução (“Por outro lado, acho importante para a sociedade este estudo, se realmente se conseguir compreender quais as formas, fórmulas não mágicas mas sim bem estudadas, para se conseguir ajudar as pessoas mais marginalizadas e assim podermos melhorar a nossa sociedade nesse aspeto”, UN01). É mencionada, por JD52, a necessidade de se encontrarem empregos adaptados à condição da pessoa para desconstruir a imagem de inutilidade associada à dependência de drogas (“(...)mas se houvesse uma coordenação entre os CATS, a segurança social, empresários e o governo, poderiam ver que nós, toxicodependentes em recuperação, ainda podemos ser muito úteis à sociedade era só o facto de encontrar empregos compatíveis com a nossa força física e psicológica.”, JD52).

É também sugerido, por JD52, que nas farmácias não devia vir explicito que a receita provém de um centro de tratamento, de forma a evitar o estigma neste contexto (“As receitas deviam ser todas passadas e não devia de haver 1 rótulo, vir só o nome do médico ou ministério da saúde.”, JD52).

É, ademais, referida por BD75 a relevância de promover a interação dos utilizadores ou ex-utilizadores de drogas com outros estratos da população de forma a quebrar estereótipos, e que deveriam existir programas próprios para isto (“Mais importante ainda é arranjar oportunidades de interação e convívio entre os toxicodependentes (que estão nesta fase avançada do tratamento) e as pessoas de fora do mundo das drogas. Por exemplo, seria interessante fazer visitas de estudo a vários lugares. Mas mesmo visitas às próprias autoridades, para quebrar hipotéticas situações de discriminação. Porque quando as pessoas interagem cara a cara, e se conhecem realmente, os estereótipos rompem-se, porque se passa a conhecer a pessoa pela sua essência, como um ser humano, e não pela sua capa. É preciso começar a ver as pessoas pelos nomes, pela sua história, pelos seus sucessos. Porque um toxicodependente, independentemente do que faça, é visto como «o drogado», e não como o «o Quim» ou «o Manel».” (BD75), o participante sugere ainda que uma forma de criar esta interação seriam grupos de voluntariado dos quais fariam parte as pessoas em recuperação que assim desejassem e pessoas que não são nem foram utilizadoras de drogas “Uma coisa que também podia ser interessante era motivar as pessoas para o voluntariado. Acima de tudo

é preciso meter estas pessoas interessadas nas coisas, mostrar-lhes coisas pelas quais se podem interessar, falta motivá-las para a vida. Seria interessante proporcionar oportunidades de voluntariado de acordo com os interesses de cada um e apenas se a pessoa estiver virada para aí. Por exemplo: 1-Uma equipa de recolha de alimentos constituída por toxicodependentes e escuteiros ou pessoas comuns; 2-Convívios (divertidos) entre toxicodependentes e pessoas de 3^a idade, crianças, etc. (De acordo com os interesses de cada pessoa);3-Experimentar trabalhar junto de entidades como bombeiros, polícias, médicos, faculdades, alunos, professores.” (BD75).

É referida a necessidade de as instituições que lidam com estas populações auxiliarem com os casos de estigma (“(...) e ajudar nos casos de discriminação dos médicos, enfermeiros, funcionários da receção. Também o mesmo com a população policial, guardas prisionais, etc. com a sociedade.”, JD35) e de existirem advogados nas esquadras que protejam os grupos discriminados (“Devia haver advogados próprios para proteger estes grupos discriminados em plantão em cada esquadra.”, BD75).

Por fim, BD75 salienta que “(...)é importante fazerem ver aos toxicodependentes que o problema não é seu, tem de perceber que a sociedade em que vive é que é hipócrita, mas o problema não é seu” (BD75), ou seja, denota-se também a necessidade de se intervir no estigma internalizado.

4. Discussão

O presente estudo sugere que o estigma é um fator contextual presente na vida dos sujeitos em recuperação da dependência de substâncias psicotrópicas, e que tem impacto nesse mesmo processo de recuperação.

4.1. Conceptualização da Recuperação como um Conceito Abrangente

Tal como é demonstrado pelas soluções apresentadas pelos participantes, que serão discutidas posteriormente, a recuperação aparenta ser muito mais do que a abstinência ou o controlo do consumo da substância. O foco na reintegração, e o papel que os significados que o próprio e os que o rodeiam atribuem ao estatuto da pessoa que utiliza, utilizou ou esteve dependente das substâncias, parecem ser dimensões indispensáveis a considerar no processo de recuperação. Torna-se claro, tendo em conta os dados analisados, que o impacto do estigma vai muito mais além da influência na frequência e vontade de consumir, sendo que ao falarem deste tópico os participantes mencionaram, por exemplo, o impacto emocional, assim como o impacto no bem-estar geral, não se restringido, portanto, ao controlo do uso de substâncias.

Vários participantes, ao falarem de recuperação, falam de reintegração, mesmo aqueles que mencionam que a abstinência é o objetivo do tratamento. Por exemplo, TQ30, que afirma estar abstinente de qualquer substância ilícita há 11 anos, menciona o sofrimento associado à falta de integração que experiencia, e explicita que esta falta de reintegração se deve ao rótulo de “drogada” que a persegue, pelo que a permanência do rótulo parece ter efeitos nefastos no percurso destas pessoas. É, então, necessário considerar a recuperação como um processo holístico e equacionar o estigma como um fator que pode ter uma grande influência no mesmo.

4.2. O Impacto Processual do Estigma

Este estudo desvenda os processos pelos quais este fenómeno influencia a recuperação destas pessoas. Compreendemos, não só que o estigma tem um impacto negativo, mas também de que forma é que esse mesmo impacto é exercido.

Assim, a maior parte dos participantes referem que este fenómeno tem um impacto negativo nos seus trajetos de recuperação, ilustrando a forma como o mesmo atua. BD75 refere que sentir-se estigmatizado fez com que desistisse do tratamento e que consequentemente adquiriu uma resistência e desconfiança face ao mesmo. A literatura corrobora a influência do estigma na participação no tratamento, tanto na procura como na desistência do mesmo (e.g. Cunningham et al., 1993; Klingemann, 1991; Semple et al., 2005; Tuchfeld, 1981; Tucker, Vuchinich, & Gladsjo, 1994). Outros sujeitos referem o impacto emocional negativo do estigma, que é em parte também explorado na literatura. Por exemplo, Link, Struening, Rahav, Phelan, & Nuttbrock (1997) encontraram uma associação entre o estigma e sintomas depressivos, e Leghari, Bano, Ahmad e Akram (2018) referem que o estigma aumenta emoções negativas nas pessoas com perturbação do uso de substâncias, e que a perceção que os outros os culpam pela dependência leva à depressão. JD52 exemplifica, ainda, que o impacto emocional negativo do estigma, “a revolta” que sente, o leva a ter vontade de consumir.

A participante TQ30 refere os efeitos negativos que sente no seu bem-estar, nomeadamente na saúde, o que vai de encontro à evidencia científica (Link & Phelan, 2006; Ahern et al., 2007), e que isso influencia a recuperação. Alguns referem que dificulta a sua reinserção, o que também se tem verificado na literatura (Lloyd, 2013), dizendo que esta adversidade advém de sentirem que “*contribui para retirar a confiança duma pessoa (...) o que só acaba por lhe retirar a sua verdadeira capacidade de reinserção*” (BD75) e que o rótulo parece ser permanente (“*Reinserir-se na sociedade é um bocado difícil porque leva-se sempre o rótulo*”, TQ30).

É ainda referida a influência do estigma na vontade e frequência dos consumos. Destaca-se o mal-estar que leva à procura da substância (“*Uma pessoa está mal, droga-se e fica bem.*”, BD75), a rejeição por parte da sociedade que confina a pessoa ao “grupo dos consumos” (BD75), aparentes sentimentos de impotência (“*Estou a lutar para quê?*”, TQ30), e expressões como “*«Já que tenho a fama, olha...»*” (KN56) e “*«ah tou a ser tratado como um drogado e vou-me mesmo drogar»*” (JD52) que sugerem que a perceção de se ser estigmatizado pode conduzir a uma espécie de profecia auto-realizável. Relativamente a esta relação com os consumos, é de salientar que existem investigadores que correlacionam o estigma internalizado com a severidade da dependência (e.g. Cama, Brener, Wilson e von Hippel, 2016), não tendo sido encontrada mais literatura que faça uma ligação clara entre o estigma e a frequência dos consumos, pelo que seria um tema interessante para investigações futuras.

Esta constatação dos potenciais efeitos nefastos do estigma no processo de recuperação, contrariam, tal como Link, Struening, Rahav, Phelan e Nuttbrock (1997), a corrente investigativa que defende que o estigma tem efeitos positivos para o tratamento.

É importante referir que a reversão do estigma foi agrupada com o impacto na recuperação, de forma a responder à 3ª questão de investigação. Esta decisão deveu-se ao facto de que, apesar de a reversão de um efeito não ser o mesmo que a sua ausência ou inexistência, a verdade é que a reversão do estigma, tanto externa como interna, foi relatada como algo positivo, em oposição aos relatos de estigmatização. Ademais, uma participante fez uma ligação direta entre o começar a ver-se como uma pessoa dita “normal”, ou seja, parece ter ocorrido a reversão da internalização do estigma que afetava a conceção que tinha de si mesma, com o abandono do consumo de substâncias e, consequentemente, uma melhoria na sua recuperação.

Os dados sugerem, também, que o estigma pode ter alguma ligação com o isolamento, visto que muitos participantes mencionam afastarem-se de algumas pessoas e/ou não procuram novas relações devido ao estigma e ao medo da rejeição que o mesmo provoca, assim como também vemos reportados relatos de que algumas pessoas e contextos os excluía. A literatura corrobora a ligação com o isolamento (Perlick, Rosenheck, & Clarkin, 2001; Wright, Gronfein, & Owens, 2000). Parece, então, que em parte o isolamento se deve ao estigma, e que, portanto, seria importante que a intervenção tivesse em conta estes dois aspetos.

Relativamente aos contextos onde o estigma tem lugar, o único que não foi encontrado, até à data, mencionado na literatura foi o do “mercado da droga”, ou seja, o estigma por parte dos *dealers*.

Curiosamente, o estigma internalizado foi o contexto de estigma mencionado por mais participantes. Este dado pode dever-se ao facto de o estigma internalizado ser, muitas vezes, percebido através do discurso do participante, não sendo necessário que o mesmo explicita que o experiencia, enquanto que nos outros contextos explorados, apesar de isto também poder ocorrer, parece ser necessária uma maior consciência do estigma. De facto, aconteceu que alguns participantes referiam não sentir estigma, denotando-se, posteriormente, no seu discurso algum estigma internalizado, quer relativamente a si mesmo ou ao grupo a que pertence ou já pertenceu, o das pessoas que consomem drogas. Ocorria, também, como é visível na secção dos resultados, alguns participantes partilharem ideias contraditórias, afirmando, por vezes, não vivenciarem estigma em determinado contexto, mas relatando de seguida algum evento que ilustrava o oposto.

De facto, devido aos dados terem sido recolhidos ao longo de meses, permitiu que encontrássemos incongruências no discurso dos participantes, que, caso só estivéssemos com eles num momento de entrevista, poderiam não ser detetadas. Incongruências essas que se revelam muito interessantes. Por exemplo, há participantes que, nuns momentos, referem que a única coisa que importa para deixar de consumir drogas é a vontade intrínseca, mas, os mesmos sujeitos, noutras momentos, acabam por partilhar que outros fatores contextuais têm influência nos consumos e na recuperação, sendo o estigma um deles. Seria interessante compreender a que se deve esta desconexão discursiva, sendo que uma possível hipótese é que o peso atribuído à vontade intrínseca no domínio da recuperação seja uma ideia transmitida pela sociedade em geral ou até, quem sabe, nos programas de tratamento.

4.3. O Potencial Papel das Políticas de Drogas

Apesar de em Portugal o consumo de substâncias estar descriminalizado, contrariamente a muitas partes do globo em que a criminalização é o modelo vigente, o estigma continua presente. Alguns participantes relatam diferenças em alguns contextos, referindo que no passado a visão da sociedade acerca das pessoas que usam drogas era pior, existindo até algumas referências aos anos 90. São necessários mais estudos que se foquem nesta temática, de forma a compreender se esta evolução tem alguma relação com a descriminalização. Se assim for, é possível colocar a hipótese que modelos de políticas de drogas mais compreensivos, como a regulação responsável do seu uso possam estar ligados à diminuição do estigma associado a esse comportamento, tendo em conta que se encontra, atualmente, num terreno ambíguo e pantanoso, entre a legalidade e a ilegalidade.

Atualmente, Portugal conceptualiza e intervém no consumo de substâncias através de um modelo centrado na saúde. Este modelo é, sem sombra dúvida, um notável progresso comparativamente ao anterior modelo vigente, o da criminalização. Ainda assim, os dados sugerem que perdura uma postura de condescendência perante os utilizadores de drogas, aparentando existir uma falta de consideração pelas necessidades expressas no contexto de tratamento e pelo seu direito à liberdade pessoal e direito à autodeterminação. Um participante ilustra esta visão condescendente e a falta de consideração pela perspetiva do utente e autonomia no seu processo de recuperação (*“Nos próprios tratamentos há discriminação!! Porque eles acham que nós não sabemos nada por ser toxicodependentes, mas nós sabemos o que é melhor para nós. Eu acho que isto é um tipo de discriminação, o*

profissional impor-nos a sua decisão, o seu tratamento. Um disse-me de caras que se eu não queria tomar antaxone então que ia para uma quinta.”, BD75).

Ao conceptualizarmos o fenómeno droga através da lente da doença, e sendo essa a única lente aplicada, corremos o risco de perder uma parte fulcral que é necessária para conceptualizar, não só a realidade experienciada pelas pessoas que vivenciam o fenómeno, como as exigências e necessidades associadas a essa realidade. O foco na cura, se for rígido e não permitir diferentes operacionalizações deste conceito, pode corromper alguns processos necessários para a promoção do bem-estar. Afinal, como é que se reinsere, reintegra e se aceita alguém que não está “tratado”? Até que ponto é que o estatuto de doente não se torna num estatuto de desviante?

Laudet (2007) afirma que ao conceptualizar a adicção através da lente da doença existe o perigo que se associar a cronicidade da mesma ao sujeito e, dessa forma, marcar o individuo com um rótulo permanente. Fraser e colaboradores (2017) tecem um comentário semelhante, de que a doença é frequentemente estigmatizada e que a ideia de que rotular algo como uma doença alivia o estigma é, portanto, surpreendente, e que a substituição de um estigma mais severo, o da criminalização, por um menos duro, o da patologização, é uma estratégia eticamente questionável. Ainda, estes autores afirmam que, ao contrário do que era esperado por muitos, a perspetiva neurocientífica da doença não tem fomentado a desestigmatização do uso de substâncias, nem questionado as políticas de drogas proibicionistas (Fraser et al., 2017).

O estigma aparenta ser um fenómeno ubíquo, entranhando-se pelas fissuras das diversas facetas da vida de grande parte dos participantes. Esta permeabilidade do estigma denota-se pelo facto de o mesmo estar presente nos diversos contextos enumerados pelos participantes. É ainda relevante acrescentar que um participante, JD35, critica a lei relativa às quantidades admitidas para consumo próprio, censurando que quantidades de crack e de cocaína sejam diferentes. O sujeito considera a lei discriminatória, acreditando que a mesma se baseia na distinção de quem usa a substância, sendo a cocaína a droga dos “ricos” e o crack a dos “da rua”.

Torna-se fulcral considerar o estigma como um fenómeno a abordar, e compreender que o mesmo se estende para lá do pessoal, transpondo as dimensões mais relacionais, e englobando dimensões mais estruturais, como o olhar severo da sociedade e os diversos contextos tipicamente considerados necessários para uma vida inserida na mesma – a ligação com a autoridade, os cuidados de saúde, a prestação de serviços por técnicos, e o trabalho.

Fraser e colaboradores (2017) criticam o foco nas soluções para o estigma focadas na educação e na interação das pessoas que utilizam drogas com a população considerada normativa, dado acreditarem que são insuficientes. Os autores afirmam que se temos como objetivo erradicar o estigma, o foco deve ser reescrever os termos e conceitos que servem e potenciam a “legitimação simbólica e a inteligibilidade da adicção” (Fraser et al., 2017, p.8). Esta ideia parece congruente com o que defendemos previamente: que a mudança do paradigma da criminalização para um paradigma mais centrado na saúde pode ter auxiliado à diminuição do estigma, tendo em conta que parece ter ocorrido uma suavização do mesmo comparativamente há uns anos atrás. Ainda assim, denota-se uma permanência e ubiquidade do estigma, o que pode também demonstrar a necessidade de uma reformulação ainda maior do paradigma, passando, por um lado, da descriminalização do uso de substâncias psicoativas para a legalização e regulação do uso das mesmas, o que auxiliaria na dissuasão do rótulo de desviante no que consta à vertente criminal, e de um modelo centrado na saúde, para um modelo mais centrado nos direitos humanos e, portanto, no direito à autonomia e liberdade pessoal.

4.4. Sugestões para o Aprimoramento das Intervenções

Seria ingénuo pensar em soluções para a erradicação do estigma e não lançar um olhar atento ao sistema que o sustenta, e como Fraser e colaboradores (2017) mencionam, não questionar que propósito serve o estigma. Ainda assim, não nos parece que a vertente educacional, e a procura de uma maior humanização e desconstrução de estereótipos através da interação entre as pessoas estigmatizadas e as pessoas consideradas normativas deva ser totalmente posta de lado. Alguns sujeitos (n=2), ao falarem do contexto dos cuidados de saúde, onde foi relatada a existência de estigma, mencionam que os médicos mais novos parecem estigmatizar menos que os mais velhos. Seria interessante, em investigações futuras, compreender se existem efetivamente diferenças entre os médicos mais velhos e os mais novos no que toca ao estigma, e se sim, o quê que leva a estas diferenças, visto que pode ser uma pista para compreender o que ajuda a diminuir o estigma.

A sugestão do participante BD75 é particularmente interessante, visto que apesar de ter sido dada como uma forma de quebrar o estigma, acaba por também se dirigir ao problema do isolamento, que foi referenciado previamente. Este participante sugeriu que se criassem programas de voluntariado que permitissem a interação entre pessoas em

recuperação relativamente ao uso de substâncias e outros estratos da população, tendo sido dado o exemplo de idosos, escuteiros e crianças. Além da interação entre as pessoas em recuperação e pessoas não vinculadas ao mundo das drogas, que foi sugerido por BD75 e explorado acima, a formação, educação e sensibilização são temas comuns nas soluções dos participantes. Apesar de esta solução ter sido apresentada também para a sociedade em geral, denotou-se uma maior urgência, expressa pelos participantes, na formação aos profissionais dos cuidados de saúde e às autoridades.

Tal como se constatou na investigação de Conner e Rosen (2008), o presente estudo verificou, igualmente, que os participantes estavam sujeitos a vários tipos de estigma, sendo também o mais preponderante o associado ao consumo de substâncias. Ainda assim, é relevante afirmar que estando esta investigação inserida num projeto que pretendia recolher as opiniões e vivências dos sujeitos acerca da recuperação da dependência de substâncias psicotrópicas, é natural que o estigma relacionado com o consumo de drogas ilícitas seja o mais mencionado. A existência de vários motivos para o estigma parece evidenciar a complexidade deste fenómeno e necessidade de ter essa mesma complexidade em conta no desenho das intervenções com esta população.

No geral, é expressa pelos participantes a necessidade de intervir no estigma em várias frentes, e transformar as conceções que a sociedade tem dos indivíduos que consomem drogas, trabalhando-se também com públicos mais específicos, como as autoridades e os profissionais de saúde, e mesmo com as pessoas estigmatizadas, de forma a combater os efeitos nefastos que o estigma pode ter na construção da imagem de si. Penso que seria útil aplicar as sugestões apresentadas neste estudo de forma a aprimorar os percursos de recuperação das pessoas em tratamento. É, no entanto, imperativo ouvir o *feedback* das pessoas acerca das estratégias que são aplicadas no tratamento, e estudarem-se os efeitos destas potenciais estratégias, de forma a aperfeiçoá-las continuamente.

Por fim, resta apenas salvaguardar que este estudo não é representativo da totalidade da população que está num programa de substituição opiácea, é apenas um vislumbre das vozes de algumas pessoas que estão inseridas neste tipo de tratamento. Apesar de se encontrarem vários pontos em comum, é inegável a existência de uma idiosincrasia nas perspetivas dos participantes. É, por isso, imperativo ouvir as opiniões, reflexões e necessidades de cada sujeito acerca da recuperação, sendo que cada pessoa trará uma perspetiva ligeira ou abruptamente diferente das restantes. É necessário dedicar uma porção do tratamento a esta escuta, tornando o papel dos sujeitos mais ativo no seu percurso de recuperação.

5. Conclusões

O presente estudo realça os processos pelos quais o estigma se manifesta na vida de algumas pessoas inscritas num programa de substituição opiácea. Desenha-se, então, um retrato do estigma vivido pelos participantes, onde se incluem os contextos em que se sentem estigmatizados, a internalização do estigma que influencia a visão de si, os diferentes motivos para a estigmatização, a manipulação da identidade face o estigma e o receio do mesmo, assim como o impacto que este fenómeno tem nos seus percursos individuais de recuperação, não descurando as experiências de reversão do estigma, tanto internas como externas e seus efeitos, e, por fim, as soluções que consideram pertinentes para travar este flagelo.

As diversas camadas deste retrato permitem construir uma imagem do fenómeno mais completa, enaltecendo a necessidade de um olhar cuidado ao intervir com as pessoas e populações que são estigmatizadas.

5.1. Limitações e Potencialidades

Devido a alguns participantes desistirem do estudo, não houve a possibilidade de aprofundar certos aspetos do tema de igual forma com todos os sujeitos, como seria desejado. O facto de termos priorizado a criação de uma relação de confiança, fez com que deixássemos o preenchimento das fichas de dados sociodemográficos para o final da recolha, o que, infelizmente, nos fez perder alguns dados importantes dos participantes que só tiveram uma entrada e dos que, apesar de terem participado durante alguns meses, desistiram ou deixaram de estar contactáveis. Considero que, neste estudo em particular, similarmente ao que ocorre noutros estudos com metodologias qualitativas, o terreno conduz a investigação e o contexto em questão não era particularmente controlável.

Alguns participantes referenciam o estigma sem se aperceberem que o estão a fazer sendo, no entanto, evidente na análise do seu discurso. A meu ver, este fenómeno fez com que em alguns participantes se tornasse complicado aprofundar o tema, não tendo sido possível recolher dados com a mesma riqueza e profundidade em algumas categorias, como as soluções e o impacto na recuperação, por parte de todos os participantes. Ainda assim, os sujeitos que tinham uma maior consciência acerca do estigma que

experienciavam, ilustraram as suas vivências e o impacto das mesmas de forma extremamente rica, o que produziu dados úteis e valiosos para aprimorar as intervenções atuais.

Apesar de os diários de saúde terem sido, na maioria dos participantes, preenchidos em conjunto com as investigadoras, e esta decisão parecer indicar um método pouco ortodoxo, esta escolha metodológica permitiu estabelecer relações de confiança com os participantes e, dessa forma, aceder a relatos aparentemente mais honestos, destemidos, e com uma riqueza e profundidade palpáveis. O acompanhamento feito pelas investigadoras permitiu-nos, também, adicionar questões complementares de forma a clarificar opiniões e experiências que, ao serem escritas sem acompanhamento, possivelmente não possuiriam os níveis de clareza e profundidade desejados. Assim, ainda que o risco da interferência do investigador nos dados tenha sido superior com esta escolha metodológica, a mesma permitiu também ilustrar de forma mais real o universo das pessoas que concordaram participar no estudo.

Este acompanhamento, que permitiu o estabelecimento de relações de confiança e a obtenção de dados extremamente úteis, levanta também a possibilidade de as investigadoras terem tido algum tipo de influência na recuperação dos participantes. De forma a contornar e compreender esta suposição, adicionou-se uma questão de forma a averiguar se os mesmos consideravam que o projeto teve alguma influência na sua recuperação. Os sete sujeitos que responderam, percecionam o estudo como tendo tido uma influência positiva. Explicam terem-se sentido úteis, ter sido importante conversarem sobre os seus percursos e que consideravam importante terem o tempo mais ocupado. Apesar de o facto da recolha de dados ter tido influência no processo em estudo ser algo indesejável, parece-nos ser também revelador de algumas potenciais necessidades da população estudada. Estas necessidades, por nós percecionadas, passam pela falta de mais interações sociais que considerem ser de qualidade, de ocuparem o seu tempo, e de se sentirem úteis.

É imperativo referir que, tendo em mente a possível interferência que as investigadoras poderiam ter nos dados, e a complexidade associada a este papel, foram realizadas reuniões de equipa recorrentes, que permitiram discutir a forma adequada de controlarmos a nossa influência, reduzindo-a ao mínimo. Este trabalho em equipa foi particularmente útil na análise dos dados, dado que o material foi cotado e analisado por quatro investigadoras, garantido uma maior fidelidade dos mesmos.

Este estudo assume-se como uma contribuição, ainda que imperfeita, valiosa, devido a produzir um retrato completo do estigma e do seu impacto nas vivências e no percurso de recuperação destes sujeitos. A maior parte das dimensões estudadas e analisadas, foram já referidas noutros trabalhos investigativos, ainda assim, são raros os trabalhos que encapsulam não só tantas dimensões do estigma, como as interações dessas mesmas dimensões.

Referências bibliográficas

- Ahern, J., Stuber, J., & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(2-3), 188–196. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.10.014
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (4ª edição). Lisboa: Edições 70.
- Bytheway, B. (2012). *The use of diaries in qualitative longitudinal research*. Timescapes Methods Guides Series no. 7. ISSN: 2049-9248 (online). Disponível em: <http://www.timescapes.leeds.ac.uk/resources-for-qlresearch/publications.php>
- Cama, E., Brener, L., Wilson, H., & von Hippel, C. (2016). Internalized stigma among people who inject drugs. *Substance Use & Misuse*, 51(12), 1664–1668. doi:10.1080/10826084.2016.1188951
- Clinard, M. B., & Meier, R. F. (2008). *Sociology of Deviant Behavior* (13thed). United States of America: Thomson Wadsworth.
- Conner, K. O., & Rosen, D. (2008). “You're Nothing But a Junkie”: Multiple Experiences of Stigma in an Aging Methadone Maintenance Population. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8 (2), 244-264. doi:10.1080/15332560802157065
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. doi: 10.1037/0003-066X.59.7.614
- Costa, N. F. (1997). Proibir ou legalizar: Como reduzir a nocividade do uso de drogas. In Presidência da República. *Droga: Situação e novas estratégias*. (pp. 19-25). Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda.
- Crapanzano, K., Hammarlund, R., Ahmad, B., Hunsinger, N., & Kullar, R. (2018). The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 10, 1–12. doi:10.2147/sar.s183252
- Crawford, N. D., Rudolph, A. E., Jones, K., & Fuller, C. (2012). Differences in self-reported discrimination by primary type of drug used among new york city drug users. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(6), 588–592. doi:10.3109/00952990.2012.673664
- Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Agrawal, S., & Toneatto, T. (1993). Barriers to treatment: Why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behaviors*, 18, 347–353. doi:10.1016/0306-4603(93)90036-9

- da Silveira, P. S., Casela, A. L. M., Monteiro, É. P., Ferreira, G. C. L., de Freitas, J. V. T., Machado, N. M., Noto, A. R., & Ronzani, T. M. (2018). Psychosocial understanding of self-stigma among people who seek treatment for drug addiction. *Stigma and Health*, 3(1), 42–52. doi:10.1037/sah0000069
- EMCDDA. (2012). *New heroin-assisted treatment: Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond*. Disponível em: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/690/Heroin_Insight_335259.pdf
- ERANID. (s.d.). *A Strategic research agenda for europe in the field of illicit drugs: Priorities for socio-economic and humanities research*. Disponível via European Research Area Network on Illicit Drugs em: <https://www.eranid.eu/publications/strategic-research-agenda/>
- Fernandes, L. (2011). Do estereótipo à visão fenomenológica: Análises sobre o “agarrado”. *Toxicodependências*, 17(1), 17-31.
- Fernandes, R., & Ventura, C. (2018). O auto-estigma dos usuários de álcool e drogas ilícitas e os serviços de saúde: Uma revisão integrativa da literatura. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 14(3), 177-184. doi:10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000367
- Fomiatti, R., Moore, D., & Fraser, S. (2017). Interpellating recovery: The politics of ‘identity’ in recovery-focused treatment. *International Journal of Drug Policy*, 44, 174-182. doi:10.1016/j.drugpo.2017.04.001
- Fortney, J., Mukherjee, S., Curran, G., Fortney, S., Han, X., & Booth, B. M. (2004). Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31, 418 – 429. doi:10.1007/BF02287693
- Fraser, S., Pienaar, K., Dilkes-Frayne, E., Moore, D., Kokanovic, R., Treloar, C., & Dunlop, A. (2017). Addiction stigma and the biopolitics of liberal modernity: A qualitative analysis. *International Journal of Drug Policy*, 44, 192-201. doi:10.1016/j.drugpo.2017.02.005
- Goffman, E. (1990). *The presentation of self in everyday life*. London: Penguin Books.
- Goffman, E. (2008). *Estigma: Notas sobre a identidade deteriorada* (4ªed). Rio de Janeiro: LTC.

- Joseph, H., Stancliff, S., & Langrod, J. (2000). Methadone maintenance treatment: A review of historical and clinical issues. *Mount Sinai Journal of Medicine*, *67*, 347–364.
- Klingemann, H. K. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *British Journal of Addiction*, *86*, 727–744. doi:10.1111/j.1360-0443.1991.tb03099.x
- Knudsen, S.V. (2006). Intersectionality: A theoretical inspiration in the analysis of minority cultures and identities in textbooks. In É. Bruillard, B. Aamotsbakken, S. V. Knudsen, & M. Horsley (Eds.), *Caught in the Web or Lost in the Textbook?* (pp. 61–76).
- Kottak, C. P. (2009). *Mirror for Humanity: A Concise Introduction to Cultural Anthropology*. (7thed). New York: McGraw-Hill.
- Laudet, A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *33*, 243-256. doi:10.1016/j.jsat.2007.04.014
- Leaf, P. J., Bruce, M. L., Tichler, G. L., & Holzer, C. E. (1987). The relationship between demographic factors and attitudes on the use of mental health services. *Social Psychiatry*, *21*, 187–192. doi:10.1002/15206629
- Leghari, N., Bano, Z., Ahmad, Z., & Akram, B. (2018). Substance use disorder; Stigma in people: role of perceived social support in depression. *Professional Medical Journal*, *25*(2), 325-331. doi:10.29309/TPMJ/18.4238
- Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, *52*, 96–112. doi:10.2307/2095395
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet*, *367*, 528 –529. doi:10.1016/S0140-6736(06)68184-1
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, *38*(2), 177-190.
- Lloyd, C. (2013). The stigmatization of problem drug users: A narrative literature review. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *20*(2), 85–95. doi:10.3109/09687637.2012.743506

- Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Jenkins, R., & Lewis, G. (2003). The reluctance to seek treatment for neurotic disorders. *International Review of Psychiatry*, *15*(1-2), 123–128. doi:10.1080/0954026021000046038
- Merton, R. K. (1968). *Social theory and social structure* (3rd Ed.). New York: Free Press
- Mosack, K. E., Abbott, M., Singer, M., Weeks, M. R., & Rohena, L. (2005). If I didn't have HIV, I'd be dead now: Illness narratives of drug users living with HIV/AIDS. *Qualitative Health Research*, *15*(5), 586–605. doi: 10.1177/1049732304271749
- Neale, J., Tompkins, C., & Sheard, L. (2007). Barriers to accessing generic health and social care services: A qualitative study of injecting drug users. *Health and Social Care in the Community*, *16*, 147–154. doi:10.1111/j.1365 2524.2007.00739.x
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). VIH and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, *57*(1), 13–24. doi:10.1016/s0277-9536(02)00304-0
- Paugam, S. (2003). *A desqualificação social: Ensaio sobre a nova pobreza*. Porto: Porto Editora.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., & Clarkin, J. F. (2001). Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*, *52*, 1627–1632.
- Pinto, M., Pires, C., Valente, H., Carvalho, H., Pereira, C., Silva, G., & Carapinha, L. (2019). *Drug use in rural and suburban environments: Challenges in a progressive drug policy setting*. Manuscript submitted for publication.
- Quintas, J. (1997). *Drogados e consumos de drogas: A análise das representações sociais*. (tese de mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Ramos, J., Vieira, M., Simon, A., Crocamo, C., Bartoli, F., Viganò, G., Carrá, G., Greacen, T., Pinto, M., & Barbosa, J. (2018). *The role of social environment in pathways to recovery: A scoping review* (master's thesis). School of Psychology and Science Education of Porto University, Porto.
- Reidpath, D. D., & Chan, K. Y. (2005). A method for the quantitative analysis of the layering of HIV-related stigma. *AIDS Care*, *17*(4), 425–432. doi:10.1080/09540120412331319769
- Scambler, G. (1998). Stigma and disease: Changing paradigms. *The Lancet*, *352*(9133), 1054–1055. doi:10.1016/s0140-6736(98)08068-4

- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2010). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. *Alcohol and Alcoholism*, *46*, 105–112. doi: 10.1093/alcalc/agq089
- Semple, S. J., Grant, I., & Patterson, T. L. (2005). Utilization of drug treatment programs by methamphetamine users: The role of social stigma. *American Journal on Addictions*, *14*(4), 367–380. doi:10.1080/10550490591006924
- SICAD (2018). *Relatório anual 2017: A situação do país em matéria de drogas e toxicod dependência*. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/145/Relat%C3%B3rioAnual%202017%20ASitua%C3%A7%C3%A3oDoPa%C3%ADsEmMat%C3%A9riaDeDrogasEToxicod%20depend%C3%Aancia.pdf
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., Friedman, S. J., et al. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 479–481.
- Tuchfeld, B. S. (1981). Spontaneous remission in alcoholics: Empirical observations and theoretical implications. *Journal of Studies on Alcohol*, *42*, 626–641. doi:10.15288/jsa.1981.42.626
- Tucker, J. A., Vuchinich, R. E., & Gladsjo, J. A. (1994). Environmental events surrounding natural recovery from alcohol-related problems. *Journal of Studies on Alcohol*, *55*, 401–411. doi:10.15288/jsa.1994.55.401
- U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Mental health: A report to the Surgeon General*. Rockville, MD: Author.
- UNODC. (2008). *Drug dependence treatment: Sustained recovery management*. United Nations, Vienna. Disponível em: http://www.unodc.org/docs/treatment/111SUSTAINED_RECOVERY_MANAGEMENT.pdf
- Uusitalo, S., & Broers, B. (2016). Addiction, heroin-assisted treatment and the idea of abstinence: A reply to Henden. *Bioethics*, *30*(9), 776–780. doi:10.1111/bioe.12276
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, *131*, 23–35. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018

- Vogel, M., Nordt, C., Dursteler, K. M., Lang, U. E., Seifritz, E., Krausz, M., & Herdener, M. (2016). Evaluation of medication-assisted treatment of opioid dependence: The physicians' perspective. *Drug and Alcohol Dependence, 164*, pp. 106-112. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.04.039
- Williams, L., & Parker, H. (2001). Alcohol, cannabis, ecstasy and cocaine: Drugs of reasoned choice amongst young adult recreational drug users in England. *The International Journal on Drug Policy, 12*, 397–413. doi:10.1016/S0955-3959(01)00104-9
- Wright, E. R., Gronfein, W. P., & Owens, T. J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behavior, 41*(1), 68–90. doi:10.2307/2676361

Anexos

Anexo A

Tabela A

Dados de caracterização dos participantes

Participante	Género	Idade	Tempo de permanência no estudo	Tempo em que está em programa de substituição
BD04	F	x	2 meses (escrita individual + presencial)	x
BD35	F	x	1 entrada	x
BD75	M	53	10 meses (presencial)	>20 anos
BO11	M	45	9 meses (presencial)	10 anos
DT96	F	43	7 meses (presencial)	2 anos
FU62	M	x	1 entrada	x
IO99	M	35	6 meses (presencial)	12 anos
JD35	M	47	10 meses (presencial)	17 anos (com recaídas)
JD52	M	44	8 meses (presencial)	9 meses (desde a última recaída)
KN56	M	53	11 meses (presencial)	17 anos
KT65	M	48	7 meses (presencial)	2 anos
LT52	M	31	3 semanas (presencial)	<1 ano
MT11	F	65	5 meses (presencial)	17 anos
OQ53	M	38	8 meses (individual+ presencial)	4 anos
QQ37	M	41	1 entrada	<1 ano
QT36	M	43	1 entrada	2 anos
TQ30	F	45	8 meses (presencial)	12 anos
UN01	M	28	9 meses (escrita individual)	5 meses; <1 ano
XH22	M	38	1 entrada	x

Anexo B – Excerto do diário de saúde

O objetivo do projeto é obter uma melhor compreensão da importância do contexto social na reabilitação e reintegração sócio-econômica de pessoas que usam drogas. A sua contribuição e experiência são, portanto, de grande importância para o projeto DURESS.

Tente pensar na semana passada e descreva os seus pensamentos e emoções com a ajuda das seguintes perguntas:

- *O que te ajudou esta semana?*
- *O que correu bem esta semana?*
- *O que foi mais difícil?*

Não precisa responder a todas essas perguntas. É importante que escrevamos o que foi relevante para si esta semana. Abaixo está uma lista de tópicos que podem ser relevantes como sugestão. Em qualquer caso, só pode incluir alguns ou adicionar outros.

Lista de verificação de coisas para pensar:

- Trabalho / Estudo
- Com quem mora? Onde dorme?
- Família
- Parceiro/a
- Amigos.
- Colegas de negócios ou estudo
- Humor
- Saúde física
- Tempo de lazer e desporto
- Hábitos alimentares
- Sono
- Uso do serviço de saúde
- Contato com médicos e paramédicos
- Uso de álcool e/ou substâncias
- Estigma/Discriminação/ Ser tratado de maneira diferente
- Outros

Conforme descrito acima, o projeto DURESS é sobre a compreensão do que pode afetar o processo de reabilitação das pessoas que usam drogas.

- Alguma nova ideia?
- Alguma sugestão para o Ministro da Saúde?
- Sugestões para um melhor funcionamento do sistema? Como pode ser feito mais eficientemente?
- Há algo que nos esquecemos?
- Como as pessoas marginalizadas para o uso de substâncias podem voltar a entrar na sociedade? Como podemos ajudar essas pessoas a sair do isolamento?

Anexo C

Tabela C
Categorias

Estigma	Contextos de Estigma	Sociedade	
		Cuidados de saúde	
		Técnicos	
		Autoridades	
		Trabalho	
		Família	
		Zona residencial	
	Estigma internalizado	Relações proximais	
		Mercado da droga	
	Motivo para o estigma	Estigma internalizado	
		Estratégias de diferenciação	
		Consumo de substâncias ilícitas	
		Consumo de álcool	
		Crime	
		Desemprego	
		VIH (e outras doenças)	
	Manipulação da Identidade	Pobreza	
		Prostituição	
	Impacto na Recuperação	Zona habitacional	
		Símbolos	
Reversão do Estigma	Atitudinal	Encobrimento	
		Revelação	
Soluções			
	Interno		
	Externo		
Desconstrução do Estigma			
Agentes do Estigma			

Nota: As categorias “Desconstrução do Estigma” e “Agentes do Estigma” não foram analisadas neste estudo, devido às restrições referentes ao número de páginas.

Anexo D – Indicadores das categorias

1. Estigma – O estigma corresponde à percepção de que o detentor de uma determinada característica é uma pessoa “estragada e diminuída” (Goffman, 2008, p.12). Esta desumanização do outro pode ocorrer de diversas formas: através de comportamentos, atitudes ou discursos estigmatizantes.

1.1. Contextos de Estigma – Contextos onde os participantes percebem e vivenciam serem alvos de estigma.

1.1.1. Sociedade – Referências ao estigma vivenciado, sentido e/ou percebido, perpetrado pela sociedade em geral, ou situações com pessoas que se enquadram como membros da sociedade e não são específicas o suficiente para constituírem outra categoria.

1.1.2. Cuidados de saúde – Referências ao estigma vivenciado, sentido e/ou percebido nos cuidados de saúde, ou seja, nas suas estruturas (e.g. hospitais) ou perpetrado pelos profissionais que as representam (e.g. médicos/as, enfermeiros/as).

1.1.3. Técnicos – Referências ao estigma vivenciado, sentido e/ou percebido empregue pelos técnicos. Nestes incluem-se: todos os profissionais que trabalham nos centros de resposta integrada ou outras instituições interligadas com o tratamento onde os participantes estejam inseridos, como psicólogos/as, psiquiatras, enfermeiros/as, e assistentes sociais, tendo sido também inseridas nesta categoria referências relativas aos técnicos da segurança social.

1.1.4. Autoridades – Referências ao estigma vivenciado, sentido e/ou percebido empregues pelas autoridades, sendo as mesmas a polícia, os juizes e seguranças de diversos estabelecimentos.

1.1.5. Trabalho – Referências ao estigma vivenciado, sentido e/ou percebido no contexto laboral, sendo empregue ou por colegas ou por patrões, assim como o estigma relativo ao acesso ao mundo laboral.

1.1.6. Família – Referências ao estigma vivenciado, sentido e/ou percebido empregue por familiares.

1.1.7. Zona residencial – Referências ao estigma vivenciado, sentido e/ou percebido na zona de residência (e.g. empregue por vizinhos).

1.1.8. Relações proximais – Referências ao estigma vivenciado, sentido e/ou percebido nas relações proximais (e.g. relações românticas ou de amizade) ou no acesso às mesmas.

1.1.9. Mercado da droga – Referências ao estigma vivenciado, sentido e/ou percebido perpetrado pelos *dealers*/traficantes.

1.2. Estigma internalizado – Relatos que reflitam uma visão “denegrada” de si mesmos.

1.2.1. Estratégias de diferenciação – Conceito baseado nas estratégias de distinção social de Paugam (2003). Relatos que reflitam uma visão estigmatizante do grupo a que pertencem ou já pertenceram, o grupo das pessoas que consomem, já consumiram, estão ou já estiveram dependentes de substâncias ilícitas, com o intuito de se distanciarem desse mesmo grupo e escaparem ao rótulo.

1.3. Motivo para o estigma – Referências relativas ao motivo pelo qual são estigmatizados.

1.3.1. Consumo de substâncias ilícitas – Referências relativas a serem estigmatizados por consumirem, terem consumido, estarem ou terem estado dependentes de substâncias ilícitas.

1.3.2. Consumo de álcool – Referências relativas a serem estigmatizados por consumirem, terem consumido, estarem ou terem estado dependentes do álcool.

1.3.3. Crime – Referências relativas a serem estigmatizados por possuírem uma trajetória criminal.

1.3.4. Desemprego – Referências relativas de serem estigmatizados por estarem desempregados.

1.3.5. VIH e outras doenças – Referências relativas a serem estigmatizados por possuírem HIV. Mencionam também a saúde debilitada ou a posse de outras doenças. Esta referência à doença, feita de forma geral, era várias vezes relatada em conjunto com o VIH. Considera-se que estes relatos não são independentes o suficiente do VIH, nem específicos, para constituírem uma categoria distinta.

1.3.6. Pobreza – Referências relativas a serem estigmatizados por possuírem poucas condições económicas.

1.3.7. Prostituição – Referências relativas a serem estigmatizados por se terem prostituído.

1.3.8. Zona habitacional – Relatos referentes a o estigma vivenciado, sentido e/ou percebido ser devido a à sua zona de residência (e.g. residirem num bairro).

1.4. Manipulação da Identidade – Relatos relativos à gestão da identidade deteriorada, um conceito baseado em Goffman (2008).

1.4.1. Símbolos do estigma – Relatos referentes aos símbolos que consideram retratar o estigma e à forma como possuí-los influencia as suas vivências.

1.4.2. Vertente atitudinal – Relatos referentes ao encobrimento e à revelação.

1.4.2.1. Encobrimento – Relatos referentes ao encobrimento, uma estratégia que visa ocultar o estatuto estigmatizado e/ou atributos, características e símbolos do estigma.

1.4.2.2. Revelação – Relatos referentes à revelação, uma estratégia referente ao assumir perante outro/outros, geralmente de forma seletiva, o estatuto estigmatizado e/ou atributos, características e símbolos do estigma.

1.5. Impacto na recuperação – Referências relativas à influência exercida pelo estigma no processo de recuperação do uso disfuncional de substâncias psicoativas ilícitas.

1.6. Reversão do estigma – Referências relativas à reversão do estigma, ou seja, discursos geralmente comparativos entre as atitudes dos outros (ou do próprio) na altura em que consumia ou estava dependente de substâncias e as atitudes após a iniciação do processo de recuperação, e/ou o abandono ou controlo dos consumos. Ressalva-se que a comparação é entre um passado em que o estigma estava presente, e uma fase posterior em que o estigma foi suavizado, ou até, aparentemente dissolvido.

1.6.1. Interno – Relatos quando a reversão do estigma se deu no próprio, ou seja, quando as conceções e perceções estigmatizantes de si próprio diminuem e/ou contrariam o estigma.

1.6.2. Externo – Relatos referentes à reversão do estigma nos outros, isto é, quando as suas perceções e atitudes deixam de ser ou se tornam menos estigmatizantes.

1.7. Soluções – Relatos referentes às potenciais soluções para diminuir e/ou erradicar o estigma.