

“Preciso é de Amor”

Um estudo qualitativo sobre o impacto das interações sociais na recuperação de uma dependência de substâncias

Filipa Oliveira Gonçalves

M

2019





“PRECISO É DE AMOR.”
UM ESTUDO QUALITATIVO SOBRE O IMPACTO DAS
INTERAÇÕES SOCIAIS NA RECUPERAÇÃO DE UMA
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS

Filipa Oliveira Gonçalves

Outubro 2019

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia, área de Psicologia do Comportamento Desviante e da Justiça, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pelo Professor Doutor *José Luís Lopes Fernandes* (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

Antes de mais, não posso deixar de reconhecer o devido mérito a todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho e me apoiaram durante a sua escrita.

Gostaria de agradecer, em primeiro lugar, a toda a equipa do DURESS. À Ângela, Joana, Carolina, Leonor e Alexandra, pelas fantásticas colegas de trabalho e amigas incríveis que se tornaram. Um agradecimento especial à professora Marta Pinto, que sempre se mostrou disponível e fez sempre os possíveis e impossíveis para nos ajudar. A professora é o meu maior exemplo e modelo a seguir, como profissional e como ser humano. Obrigada por tudo.

Gostaria de agradecer também ao professor Luís Fernandes, por sempre se mostrar disponível, por tudo o que me tem vindo a ensinar ao longo destes anos e pela forma peculiar com que o faz. De facto, nem todos os professores conseguem despertar o nosso espírito crítico de tal forma que passamos a ler coisas num outro paradigma. Sei que a minha leitura dos fenómenos sociais se deve muito à sua influência e um obrigada sincero por não desistir de nos abrir a mente.

Não posso deixar de agradecer a todos os meus amigos e amigas e, em especial, ao André, pelo suporte que me têm dado e, essencialmente, por acreditarem no meu valor.

Um agradecimento especial aos meus pais, pela força e paciência que têm comigo, e pelo esforço que sempre fizeram para que pudesse estar neste curso. Sem eles, este trabalho não seria possível.

Gostaria de agradecer aos técnicos das instituições que colaboraram neste projeto, nomeadamente, Centro de Respostas Integradas (CRI) Porto Oriental, Casa da Vila Nova da Norte Vida (Associação para a Promoção da Saúde) e Projeto Incluir (Asas de Ramalde). Muito obrigada por toda a vossa dedicação.

E agora, com um friozinho na barriga, por medo de não conseguir colocar em palavras a gratidão imensa que sinto, resta-me agradecer às pessoas que tiveram o maior contributo neste estudo, os participantes do DURESS, por permanecerem tantos meses a trabalhar connosco, sem receberem absolutamente nada em troca, além da oportunidade de serem ouvidos. Movidos pela vontade de ajudar os outros e pelo desejo de contribuir para que as coisas mudassem para melhor, eles são os protagonistas deste trabalho e quem merece o maior mérito. Todas as linhas que a seguir se seguem são para vocês e por vocês. Prometo

fazer o que estiver ao meu alcance para que as vossas vozes sejam ouvidas. Um obrigada enorme.

RESUMO

Embora os tratamentos das dependências de substâncias, em Portugal, tenham vindo a incluir fatores contextuais nas suas intervenções, ainda existem grandes lacunas na literatura a serem abordadas, especialmente no que diz respeito às necessidades de suporte social dos intervenientes. Este estudo faz parte do projeto DURESS, um estudo internacional realizado em Itália, França e Portugal, financiado pelo SICAD, no âmbito do projeto europeu ERANID. O DURESS tem como objetivo explorar os fatores do contexto que têm impacto na recuperação das dependências de substâncias ilícitas, usando fontes originais e inexploradas, com base nas experiências e opiniões das pessoas que usam drogas.

O suporte social emergiu como um dos principais temas deste projeto de pesquisa. Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo explorar as perceções destes sujeitos sobre as suas interações sociais, assim como o seu impacto na recuperação. Foram acompanhadas 22 pessoas em processo de recuperação durante 6 meses. O método utilizado foi “Redação de Diários”, no qual os participantes escreveram, com a ajuda das investigadoras, sobre as suas experiências quotidianas e refletiram sobre a relação entre estes eventos e a sua recuperação. Os participantes foram recrutados de equipas de tratamento em programas de substituição opiácea.

Os resultados mostram a importância de construir redes sociais sólidas entre estes utilizadores de drogas e fazer intervenções com as suas famílias, assim como a importância de ter ajuda psicológica e bons relacionamentos com os técnicos de saúde e sociais. Este estudo reforça também a necessidade de se projetar políticas e tratamentos mais inclusivos e menos repressivos, baseados na aceitação incondicional e na integração do utilizador de drogas no seu ambiente e na sociedade.

Palavras-chave: Substâncias psicoativas, Dependências de substâncias, Recuperação, Pessoas que usam drogas, Suporte Social

ABSTRACT

Although substance abuse treatments in Portugal have been including contextual factors in its interventions, there are nonetheless significant gaps to be considered in the literature, mainly regarding social support needs. The present work is included in DURESS project, an international study conducted in Italy, France and Portugal, which is sponsored by SICAD, in scope with the European project ERANID. DURESS intends to explore contextual factors capable of impacting recovery progress of substance dependence, using original and ground-breaking sources, such as focusing in experiences and opinions of drug users.

Social support emerged as one of the main themes in this research project. In this sense, the objective of the present study is to explore subjects' perceptions on their personal relationships and their impact. For 6 months we followed 22 people who were actively in the recovery process. As for the method, participants were encouraged to write diaries, with the help of the research whenever needed, about their day-to-day experiences and the way those might relate to their recovery path. Participants were recruited from treatment teams in opioids substitution programs.

The results show the importance of building solid social networks between drug users as well as the importance of intervene close to their families. Psychological aid and good relationship with health and social technicians are another crucial factor for the recovery process. Instead of repressive approaches, this study reinforces the urge for more inclusive treatments and policies, based on unconditional acceptance, support and integration of drug users in their environment and society in general.

Key-words: Psychoactive Substances, Recovery, Drug Addiction, Social Network, Drug Users

RÉSUMÉ

Bien que les traitements de dépendance des substances au Portugal aient inclus des facteurs contextuels dans leurs interventions, il existe encore de grandes lacunes dans la littérature scientifique à traiter, en particulier en ce qui concerne les besoins de support sociale. Cette étude fait partie du projet DURESS, une étude internationale menée en Italie, en France et au Portugal, financée par SICAD, dans le cadre du projet européen ERANID. DURESS vise à explorer les facteurs de contexte qui ont une incidence sur le rétablissement de la dépendance à une substance, en utilisant des sources originales et inexplorées, en fonction des expériences et des opinions des consommateurs de drogues.

Le soutien social est devenu l'un des thèmes principaux de ce projet de recherche. En ce sens, la présente étude vise à explorer les perceptions de ces sujets sur leurs relations sociales, ainsi que leur impact. Vingt-deux utilisateurs de substances psychoactives en cours de récupération ont été suivis pendant six mois. La méthode utilisée était la "rédaction de journaux", dans laquelle les participants écrivaient, avec l'aide du chercheur, leurs expériences quotidiennes, leurs sentiments, leurs besoins, leurs réflexions et leur réflexion sur le lien entre ces événements et leur rétablissement. Les participants des équipes de traitement ont été recrutés dans des programmes de remplacement des opiacés.

Les résultats montrent qu'il est important de créer des réseaux sociaux solides entre ces consommateurs de drogues et faire des interventions avec leurs familles, ainsi que de bénéficier d'une aide psychologique et de bonnes relations avec les travailleurs sociaux et de la santé. Cette étude ne fait que renforcer la nécessité d'élaborer des politiques et des traitements plus inclusifs et moins répressifs, fondés sur l'acceptation, le soutien et l'intégration inconditionnels des consommateurs de drogues dans leur environnement et leur société.

Mots-clés: Substances Psychoactives, Récupération, Dépendance, Réseaux Sociaux, Consommateurs de drogue

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. DIMENSÃO SOCIAL DO FENÓMENO “DROGA”	1
1.2. SUPORTE SOCIAL.....	5
1.3. SUPORTE SOCIAL E RECUPERAÇÃO	7
1.4. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ERANID E DURESS	10
2. METODOLOGIA	12
2.1. MÉTODO DURESS	12
2.2. PARTICIPANTES- DIÁRIOS DE SAÚDE.....	13
2.3. DESCRIÇÃO DO MÉTODO- DIÁRIOS DE SAÚDE	13
2.4. ANÁLISE DOS DADOS - DIÁRIOS DE SAÚDE.....	15
2.5. OBJETIVOS EMERGENTES	16
3. RESULTADOS	17
3.1. TIPOS DE SUPORTE SOCIAL.....	17
3.2. FONTES DE SUPORTE.....	19
3.2.1. Família	19
3.2.2. Parceiro	21
3.2.4. Amigos	23
3.2.5. Profissionais de Saúde.....	24
3.2.6. Outras fontes de suporte	25
3.3. ISOLAMENTO.....	26
4. DISCUSSÃO	31
4.1. IMPACTO DAS INTERAÇÕES SOCIAIS	31
4.2. TIPOS DE SUPORTE	31
4.3. FONTES DE SUPORTE.....	34
4.4. O DESEJO DE CRIAR NOVOS LAÇOS	36
4.5. AUTOAFASTAMENTO DAS REDES DE SUPORTE.....	37
4.6. ISOLAMENTO E SOLIDÃO	37
4.7. SUGESTÕES PARA INTERVENÇÕES FUTURAS.....	39
5. POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	42
6. CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS.....	51

1. Introdução

1.1. Dimensão Social do Fenómeno “Droga”

Desde os anos 90 que a investigação na área das drogas ilícitas tem sido uma tendência emergente nos vários países da Europa (Milhet, Diaz-Gomez, & Mutatayi, n.d). No entanto, esta incide sobretudo nos determinantes do uso de drogas, essencialmente nos fatores de risco individuais e orgânicos, deixando em falta estudos sobre fatores sociais ou contextuais. As abordagens epidemiológicas e neurocientíficas prevalecem sobre as das ciências sociais, o que torna difícil realizar avaliações adequadas das políticas, medidas ou intervenções na área das drogas (Milhet et al., n.d).

Apesar da investigação incidir sobretudo nas consequências negativas dos consumos, nem todo o uso de drogas é problemático e este também surge como satisfazendo funções positivas (Escotado, 1999; Romani, 1999; Spooner & Hetherington, 2004; Reinerman, 2005; Fernandes, 2009; Cruz, Machado & Fernandes, 2012). Na verdade, o conceito de dependência como uma doença pode ser mesmo questionável (Reinerman, 2005; Fernandes, 2009).

Foi um longo processo aquele pelo qual o consumo de substâncias psicoativas como um modo de vida se transformou numa doença crónica (Escotado, 1999; Romani, 2003; Fernandes, 2009; Reinerman, 2005; Cruz, Machado & Fernandes, 2012). Esta transição permitiu que, os consumos regulares de substâncias e as suas consequências negativas passassem a ser incluídos nos manuais de psiquiatria sendo, por isso, passíveis de intervenção. Atualmente, o DSM V (American Psychiatric Association, 2014) define “Perturbação do Uso de substâncias” como um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam que o indivíduo continua a usar a substância apesar da existência de problemas significativos relacionados com o seu uso. Estes sintomas refletem-se em alterações nos circuitos cerebrais que podem persistir para além da desintoxicação da substância e em efeitos comportamentais derivados destas alterações, que constituem recaídas repetidas e *craving* para o uso da substância. Outra definição descreve o consumo problemático como um uso com consequências negativas para o utilizador ou para as pessoas à sua volta, que podem ocorrer a nível psicológico, físico, social, financeiro ou legal (Advisory Council on the Misuse of Drugs, 2003).

O problema destas e outras definições é o facto de excluírem o papel que o contexto exerce na evolução dos consumos e nos seus danos (Reinarman, 2005), pois fazem transparecer a ideia de que as consequências negativas, tanto físicas como sociais, são relacionadas unicamente com o uso regular da substância e as respetivas propriedades farmacológicas, ignorando o contexto em que este ocorre. Assim, estes problemas são normalmente percecionados como uma consequência direta do consumo continuado (Fernandes, 2009; Cruz, Machado & Fernandes, 2012).

Na verdade, como explica Reinarman (2005), não é a dependência fisiológica a responsável pelas consequências que afetam a vida de um consumidor e o transformam num “*junkie*” perante a sociedade. Os comportamentos abusivos de substâncias resultam de interações complexas entre fatores intrapessoais e interpessoais (Battjes, 1984; Romani 1999; Reinarman, 2005). Os trabalhos que se preocuparam em estudar o fenómeno junto dos seus atores sociais tendem a mostrar que os problemas relacionados com as drogas são em grande parte decorrentes das condições de vida dos intervenientes, das condições de consumo e da reação social estigmatizante de que são alvo (Fernandes, 1998; Fernandes, 2009).

Hammersley (2017) diz-nos que o “fenómeno droga” nos mantém afastados, assim, dos verdadeiros problemas sociais e económicos por detrás das dependências. Consequências como problemas de saúde, pobreza e criminalidade são atribuídas a um químico, químico este ingerido por uma pessoa considerada como tendo um défice de controlo sobre o seu comportamento e, portanto, portador de uma doença crónica. No entanto, e porque vivemos numa sociedade regida por valores individualistas, este défice de regulação de determinados indivíduos não só não os desresponsabiliza pelo seu consumo (apesar da “doença” que possuem), como estes ainda são responsabilizados por todas as consequências desastrosas que atingem as suas vidas (Spooner & Hetherington, 2004). O ênfase dado ao individualismo nas sociedades ocidentais resulta na constante culpabilização dos indivíduos pelas situações desfavoráveis em que se encontram, por exemplo, desemprego, situação de sem-abrigo, dificuldades económicas, isolamento e, neste caso, pela perturbação de uso de substâncias que desenvolvem, vista como resultante de meras escolhas pessoais. Desta forma, a sociedade desresponsabiliza-se de problemas sociais e de dar o suporte necessário, deixando de sentir compaixão pelos indivíduos que estão em situações desfavoráveis, ao mesmo tempo que os culpabiliza pelos seus comportamentos (Spooner & Hetherington, 2004).

Contudo, os consumos de substâncias não acontecem num vácuo, mas sim num determinado contexto social, cultural e económico, que por sua vez influencia a experiência do consumo, o seu significado, assim como, as suas consequências (Becker, 1953; Zinberg, 1983; Fernandes, 2009; Spooner & Hetherington, 2004; Reinerman, 2005; Hammersley, 2017). Esta subjetividade experiencial é abordada na investigação desde há muito tempo. Becker (1953) procurou estudar o processo pelo qual um indivíduo “se torna” um consumidor de canábis, sendo um dos pioneiros a mostrar que os significados dos consumos se constroem ativamente em interação com os outros e com as normas culturais e que, por sua vez, estes significados influenciam a experiência do consumidor e as suas consequências. Zinberg (1983) também explora o consumo de drogas como resultante da interação entre o sujeito e o contexto em que este ocorre, definindo o conceito de “*set*” e “*setting*”, referindo-se à personalidade do sujeito e ao contexto, respetivamente.

Spooner e Hetherington (2004) na sua análise sobre a influência dos fatores socioeconómicos nas trajetórias de consumos problemáticos, reforçam a ideia de que os “toxicodependentes” estão presos num ciclo de desvantagens sociais. Se por um lado, a marginalização, exclusão social, pobreza e desemprego contribuem para desenvolver problemas relacionados com o uso de drogas, estes fatores também agravam as consequências dos consumos uma vez que estes estejam estabelecidos. Reforçam também o papel de outros fatores que influenciam o risco individual, como a educação e qualidade das redes de suporte.

Recentemente, Ramos e colaboradores (2018) concretizam uma revisão da literatura no sentido de perceber o que tem sido estudado relativamente ao papel de fatores contextuais na recuperação das dependências de substâncias ilícitas. Os fatores mais mencionados são o suporte social (providenciado por família ou amigos), condições económicas, emprego, estigma, afiliação a grupos de manutenção de abstinência, como os programas de 12 passos e, ainda, a espiritualidade. Os autores reforçam também a necessidade de criar ambientes que facilitem a abstinência e a reintegração, durante o tratamento, mas, também, no pós-tratamento. Só transformando os contextos, seja pela melhoria das redes de suporte ou providenciando oportunidades de emprego, por exemplo, é possível manter os resultados pretendidos e providenciar uma reinserção completa do indivíduo, protegendo-o de eventuais recaídas (Ramos et al., 2018).

No mesmo sentido, num estudo realizado com consumidores de opiáceos em recuperação, procedeu-se a um *follow-up* após 5 anos para perceber quais os fatores que consideravam ser responsáveis pela sua manutenção no tratamento. Para além da motivação interna e das experiências providenciadas pelo processo terapêutico, mencionaram também a família e o trabalho como essenciais (Flynn, Joe, Broome, Simpson & Brown; 2003a).

Apesar da investigação ter vindo a mostrar o impacto positivo de fatores socioambientais na recuperação, continuam a existir muitos programas de intervenção que são essencialmente farmacológicos, tratando-se de uma das principais falhas dos tratamentos na área das drogas ilícitas (Ramos et al., 2018). Contudo, este não é um problema unicamente relativo às dependências. Na verdade, o modelo biomédico tem vindo a predominar nas explicações e intervenções de todas as temáticas da área da saúde, funcionando, segundo alguns autores, com soluções rápidas numa lógica de remedeio, deixando de lado o escrutínio dos problemas individuais e contextuais subjacentes (Barros, 2002; Olney, 2015). Isto remete-nos para as ideias de Foucault (1999) relativas à biomedicina como instrumento de controlo sobre os indivíduos, através do qual se repõe a norma de conduta, eventualmente perdida.

A verdade é que as questões relacionadas com consumos problemáticos de drogas não podem ser respondidas apenas por uma disciplina (Pope, Wallhagen & Davis, 2010). É necessária uma abordagem holística de tratamento para as pessoas afetadas pelas consequências dos consumos de substâncias, no sentido de incluir questões como a sua saúde, família, dificuldades económicas, assim como o estigma e marginalização de que são alvo (Spooner & Hetherington, 2004; EMCDDA, 2012). Tratar a dependência da substância por si só parece não ser suficiente. Sem se garantir a componente de reintegração social como um indicador de sucesso, correm-se sérios riscos de que os ganhos sejam perdidos (EMCDDA, 2012). Em geral, existe pouca evidência de intervenções na Europa que funcionem no sentido de reintegração social como meta, apesar de estar claro que os fatores do contexto são extremamente importantes para o sucesso do tratamento (EMCDDA, 2012).

Reintegração social pode ser definida como “*qualquer intervenção social com o objetivo de integrar o utilizador de drogas na sua comunidade*” (EMCDDA, 2012). Esta é normalmente analisada e concretizada à luz de três pilares principais- habitação, educação e emprego- sendo que o emprego e a capacidade de trabalho têm sido vistos como os principais indicadores de reinserção em indivíduos que estão em tratamento (EMCDDA, 2012).

No entanto, estes não devem ser o único foco das intervenções. Integração também significa sentir-se inserido no seu meio social, assim como, estar livre dos efeitos do estigma e discriminação (EMCDDA, 2012). Para isso, é preciso haver satisfação de determinadas necessidades básicas que são comuns a todos os seres humanos e que só se conseguem satisfazer na interação com os outros, tais como, sentimento de conexão, integração, pertença, segurança, sentimento de valor e orientação na vida (Weiss, 1973; citado por Sarason & Sarason, 1985).

Contudo, não parece haver dados de intervenções específicas nas redes de suporte dos indivíduos incluídas em planos nacionais ou mesmo medidas que permitam avaliar se as necessidades básicas de suporte destas populações estão a ser satisfeitas (EMCDDA, 2012). Garantir que os/as pessoas marginalizadas pelos consumos possuem, na linha final dos tratamentos, uma rede social que reforce a sua abstinência e lhes providencie o suporte necessário, não parece ser uma prioridade (EMCDDA, 2012).

Tendo em conta o conhecido efeito protetor do suporte social nos consumos problemáticos de drogas (World Health Organization, 2004), o presente estudo irá ter como foco o impacto do mesmo na recuperação.

1.2. Suporte Social

Cohen, Underwood and Gottlieb (2000) definem suporte social como qualquer processo pelo qual as relações sociais providenciam saúde e bem-estar aos indivíduos. Thoits (1982), citado em Vaux (1988), define suporte social em função do grau de satisfação das necessidades sociais básicas de um indivíduo obtido através da interação com os outros. Contudo, na perspetiva de Vaux (1988) trata-se de um meta-construto, que engloba muitos outros e, por isso, não existe uma definição consensual.

Vaux (1988) distingue três construtos principais englobados no conceito de suporte social, que constituem diferentes perspetivas de análise que devem ser tidas em conta ao estudar-se este tema. Os três construtos são- “redes sociais de suporte”, “comportamentos específicos de suporte” e a “avaliação subjetiva de suporte”. O primeiro conceito refere-se à rede a que um indivíduo recorre no seu dia-a-dia de forma a receber assistência para lidar com algum problema ou atingir determinado objetivo. Por comportamentos de suporte, o

autor refere-se a atos específicos e reconhecidos pela maior parte dos membros de uma cultura como sendo esforços no sentido de ajudar outra pessoa, a seu pedido ou de forma espontânea. Avaliações de suporte são apreciações subjetivas realizadas pelos indivíduos no que diz respeito às suas relações sociais e sobre o modo como as suas necessidades estão a ser satisfeitas, podendo ser respetivas à sua rede em geral, a fontes específicas ou a tipos de suporte específicos.

As redes sociais dos indivíduos possuem várias funções. Para além de providenciarem suporte em situações de stress, são responsáveis por regular comportamentos e oferecer oportunidades de interação e integração (Cohen, Underwood & Gottlieb, 2000; Cohen, 2004). Podem ainda, atuar através de interações negativas, também estas tendo impacto na saúde física e psicológica dos indivíduos (Cohen, 2004).

Numa revisão da literatura, Cohen & Wills (1985) abordam dois modelos explicativos distintos relativos ao processo pelo qual as relações sociais atuam na saúde e bem-estar. O primeiro modelo defende que o suporte social atua providenciando ajuda psicológica para lidar com situações de stress, diminuindo, assim os seus efeitos, funcionando como um “amortecedor”, processo ao qual se denomina de “*Stress-Buffering*”, enquanto que o segundo defende um impacto direto do suporte social no bem-estar, ao qual se chama de “*Main Effect*”. Os autores concluem que existe evidência suficiente para comprovar os dois modelos explicativos, ou seja, que os dois seriam válidos. No entanto, segundo Cohen (2004), tratam-se de dois processos distintos pelos quais as interações sociais atuam- distinguindo-os em Suporte Social e Integração social, respetivamente.

O modelo denominado de “*Stress-Buffering*” tem aplicabilidade quando ocorre um evento stressante na vida de um indivíduo e este percebe um elevado nível de suporte/assistência disponível no momento para lidar com a situação-problema. Esta percepção de ajuda disponível reduz os efeitos potencialmente negativos do problema, como se a assistência das redes proximais aqui funcionasse através de um efeito “amortecedor” das consequências ou sentimentos negativos e ajudasse a lidar com as dificuldades emergentes (Cohen & Wills, 1985; Cohen, 2004).

O modelo do “*Main Effect*” é válido quando o suporte é medido através do grau de integração de uma pessoa num determinado grupo ou rede social. Indivíduos com reduzidas redes de suporte, poucos laços significativos ou desintegrados da sua comunidade, têm uma maior dificuldade em satisfazer necessidades básicas, tais como sentimento de pertença,

identidade, segurança, intimidade, que por sua vez estão ligados a mais eventos stressantes e baixos níveis de saúde física e mental. Adicionalmente, a pertença a uma rede social funciona como motivação para os indivíduos cuidarem de si próprios e providencia, ainda, informação e pressão para o fazerem da melhor maneira (Cohen & Wills, 1985; Cohen, 2004). No mesmo sentido, baseado nas ideias do interacionismo simbólico, Thoits (1983) explica que um indivíduo desenvolve várias identidades sociais através do contacto com os outros, sendo que estas seriam responsáveis por atribuir significados e guiar comportamentos. As pessoas “mais integradas socialmente” seriam aquelas que teriam “mais identidades” e, portanto, as mais capazes de se protegerem de perturbações psicológicas, como ansiedade e depressão (Thoits, 1983).

Os tipos de suporte providenciados pelas redes sociais podem ser divididos de várias formas, variando de acordo com a visão de cada autor. Uma das abordagens mais utilizada é aquela que organiza o suporte social em instrumental, informacional e emocional. O suporte instrumental é aquele que envolve ajuda material, financeira ou partilha de tarefas. O suporte informacional inclui orientação e informações úteis para lidar com questões específicas. O suporte emocional envolve apoio, compreensão, valorização, cuidado, confiança e encorajamento, assim como oportunidade de expressão emocional por parte do interlocutor (House & Kahn, 1985; Cohen, 2004; Tracy, Munson, Peterson & Floersch, 2010).

É importante salientar que o suporte social não diz respeito a uma característica estática de uma pessoa ou ambiente, implica sim uma transação entre a pessoa e a sua rede, assim como um papel ativo do indivíduo (Heller, Swindle & Dusenbury, 1986; Vaux, 1988). Este tem um papel ativo ao desenvolver e procurar manter uma rede de relações que funcione como recurso, ao mobilizar esta rede no sentido de receber uma assistência eficaz e, ainda, na integração e avaliação que faz desta ajuda recebida. Este processo ocorre num contexto que é flutuante e influenciado por várias variáveis pessoais, contextuais e culturais (Vaux, 1988).

1.3. Suporte Social e Recuperação

Tendo em conta estas funções relativas às redes de suporte e pensando nos desafios da recuperação de uma dependência de substâncias, é fácil pensar na relação de ambos os

modelos explicativos mencionados (“*Main effect*” e “*Stress Buffering*”) com o fenômeno em estudo.

O impacto das interações sociais nos tratamentos de dependências tem vindo a ser estudado por vários autores e de diferentes maneiras (Schmitt, 2003; Tracy, Munson, Peterson & Floersch, 2010). Devido à variedade de definições que são usadas e às diferentes operacionalizações que são feitas do conceito de suporte social, é difícil expor conclusões sobre a relação entre o conceito e a recuperação de problemas relacionados com consumos de substâncias (Schmitt, 2003). No entanto, vários estudos mostram o impacto positivo que as redes de suporte podem ter na recuperação, sendo que este pode acontecer de várias formas.

A perceção de suporte social disponível aparece como motivação para entrada em tratamento (Miracle, 2014; Warren, Stein & Grella, 2007), como preditor da manutenção em tratamento (Zhou, Lic, Weic, Lia & Zhuangbsurge, 2017), relacionado com melhorias na autoestima e reduções nos níveis de depressão dos pacientes (Dodge & Potocky, 2000), ou seja, aparece relacionado com melhores níveis de saúde psicológica, mas, também com a saúde física (Lin, Wu & Detels, 2011), funcionando assim como um fator protetor contra possíveis recaídas (Dodge & Potocky, 2000; Lin, Wu & Detels, 2011).

Billings & Moos (1983) concluem que os indivíduos capazes de criar relações que dão suporte ao tratamento são mais capazes de lidar com os efeitos físicos e psicológicos negativos sentidos pelo abandono das drogas. Num estudo mais antigo, realizado por Vaillant (1966), o desenvolvimento de novas relações significativas aparece já como um dos fatores responsáveis pelo sucesso na recuperação de utilizadores de drogas, num *follow-up* com indivíduos em tratamento, realizado após 12 anos.

Alguns estudos analisam o papel específico de determinadas fontes de suporte. A influência positiva da família aparece várias vezes como um dos principais motivadores para a entrada no tratamento (Pope et al., 2010; Copello, Velleman & Templeton, 2005). Alguns estudos de *follow-up* com pacientes em tratamento de consumos problemáticos de substâncias mostram a influência positiva da família e dos amigos como um dos principais fatores responsáveis por resultados positivos, seja em tratamentos por consumos de cocaína ou heroína (Flynn et al., 2003a; Flynn, Joe, Broome, Simpson & Brown, 2003b). O grupo considerado “recuperado” da dependência de heroína num *follow-up* de 5 anos, comparativamente ao grupo de “não recuperação” mostrou respostas afirmativas para todos

os aspetos relacionados com satisfação de suporte. Mais concretamente, os elementos do primeiro grupo afirmaram que podiam quase sempre falar com amigos ou familiares sobre os seus problemas, receber deles encorajamento para deixar as drogas, receber ajuda deles para resolver os seus problemas e contar com a sua assistência para emergências. Também apresentam uma maior probabilidade de terem uma rede de suporte sem consumos de álcool e drogas comparativamente ao grupo não recuperado (Flynn et al., 2003b).

Se, por um lado, as redes de suporte podem influenciar positivamente os tratamentos, o fenómeno inverso também pode ocorrer. Tanto os conflitos com membros das redes sociais (Schmitt, 2003; Sun, 2007), como a perda de relações significativas (Schmitt, 2003) estão relacionados com recaídas nos consumos. Conflitos familiares surgem como preditores de mais consumos e redução destes conflitos como preditor de melhores resultados nos tratamentos (Knight & Simpson, 1996). Excessiva pressão e criticismo por parte da família também surge como prejudicial à recuperação (Tracy et al., 2010, Atadokht, Hajloo, Karimi & Narimani, 2015).

Esta influência negativa também pode acontecer através dos grupos de pares quando estes incluem consumidores ativos. É evidente em vários estudos que a presença de pessoas que utilizam drogas nas redes sociais dos indivíduos em tratamento potencia os seus consumos (Gogineni, Stein & Friedmann, 2001; Wasserman, Stewart & Delucchi, 2001; Day et al., 2013). Alguns autores mostram mesmo que a redução do contacto com grupos de pares utilizadores drogas é um forte preditor de abstinência (Knight & Simpson, 1996; Wasserman et al. 2001). Sendo esta, normalmente, um dos principais objetivos das pessoas que entram em processo de tratamento, estes dados devem ser tidos em conta no desenho de intervenções.

A literatura respetiva ao suporte social foca-se sobretudo na família e nos grupos de pares, negligenciando a possibilidade de existência de outras fontes (Ramos et al., 2018). Numa população em que o suporte providenciado por estes grupos pode não ser facilitador de abstinência ou fonte de bem-estar (Galanter et al., 2004), é preciso perceber outras maneiras de colmatar as necessidades destes indivíduos e descobrir fontes alternativas de suporte.

Os programas de 12-passos, como os Narcóticos Anónimos surgem na literatura como tendo impacto positivo na recuperação e podendo funcionar como uma fonte alternativa de suporte (Flynn et al., 2003a). Estes definem-se como um grupo de “*adictos em*

recuperação que se reúnem regularmente para ajudar uns aos outros a se manterem limpos.” (Narcóticos Anónimos, s.d). Estes grupos mostram-se eficazes em prevenir recaídas pelo poder que têm em construir uma rede que reforce a abstinência e que, ao mesmo tempo, seja capaz de providenciar um suporte social eficaz (Litt & Mallon, 2003; Ramos et al., 2018).

Vários estudos mostram os benefícios de realizar intervenções nas redes sociais dos utilizadores de drogas (Galanter et al., 2004; Dodge & Potocky, 2000; Lin et al., 2011). Apesar de toda a evidência do papel importante que o suporte social adquire na recuperação, as intervenções com o objetivo de aumentar o impacto positivo deste fator tendem a atuar como foco secundário e num registo informal (Litt & Mallon, 2003). De facto, os tratamentos são, ainda, muito focados no indivíduo, no seu autoconhecimento e na sua capacidade de resistir aos consumos e não tanto em capacitá-los a aproveitar/aceder às suas redes de suporte e construir novos laços mais fortes (Kelly et al., 2010). É, por isso, necessária uma mudança no planeamento das intervenções, uma vez que o suporte providenciado pelas redes pessoais dos indivíduos funciona como uma fonte externa de motivação para o tratamento, necessária à permanência no processo (Kelly et al., 2010).

Alguns autores reforçam também a necessidade de se estudar os processos pelos quais o suporte social atua, captando as perspetivas dos próprios utilizadores de drogas, para que se possa, assim, desenvolver intervenções futuras mais adequadas (Ramos et al., 2018).

1.4. Contextualização do ERANID e DURESS

O presente estudo é parte integrante do projeto internacional DURESS (*Drug Use, Recovery, Environment and Social Subjectivity*), desenvolvido em Portugal pela FPCEUP (Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto), financiado pelo SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências), no contexto do ERANID (*European Research Network on Illicit Drugs*).

ERANID é um projeto de investigação financiado pela União Europeia, no sentido de perceber as várias tendências e estratégias de investigação das substâncias ilícitas entre os anos 2010-2013 em 6 países da Europa (Bélgica, França, Itália, Holanda, Reino Unido e Portugal). O seu principal objetivo consistia em definir as principais lacunas da investigação na área das drogas ilícitas, no sentido da criação e financiamento de uma agenda estratégica

de investigação nesta área. Para isso realizou-se uma revisão da literatura e grupos de discussão nos vários países de forma a atender a opinião de diversos atores sociais- PUD (pessoas que usam drogas), técnicos de terreno, investigadores, decisores políticos, etc. (European Research Network on Illicit Drugs, n.d.).

No contexto dos resultados do estudo do ERANID são, então, apresentadas algumas recomendações. É sugerida a inclusão, em estudos futuros, das perspetivas dos atores sociais, principalmente dos próprios utilizadores de substâncias. É mencionada a importância de situar uso de drogas e as suas consequências no contexto em que este acontece, ou seja, perceber quais os fatores socioeconómicos que influenciam a decisão de uso de substâncias e a natureza dos processos pelo qual estes fatores atuam, assim como o impacto da cultura e das normas sociais. É, ainda, sugerido que se faça investigação em várias áreas geográficas, com o intuito de se realizar uma comparação entre elas e, assim, perceber o impacto de fatores socioambientais no uso de drogas (European Research Network on Illicit Drugs, n.d.).

Em suma, a investigação deve ter em conta o impacto dos fatores sociais, ambientais e económicos nas consequências do uso de drogas e na vida dos próprios utilizadores (European Research Network on Illicit Drugs, n.d.).

O DURESS nasce, assim, para responder a uma das duas candidaturas a financiamento para colmatar as necessidades de investigação prioritárias dentro da agenda estratégica do ERANID. Tem, então, o objetivo de explorar o impacto dos fatores do contexto na recuperação e reintegração dos utilizadores de drogas ilícitas, cruzando os dados de 3 cidades europeias (Porto, Paris e Milão).

O presente estudo apresenta os resultados decorrentes de uma das componentes metodológicas do DURESS, sendo estes relativos unicamente ao impacto das interações sociais. Sendo o suporte social um dos fatores considerados na literatura como tendo impacto na recuperação e um dos temas emergentes durante a recolha de dados do projeto DURESS em Portugal, este estudo como objetivo primordial explorar a forma como este conceito surge nos pensamentos destes utilizadores de drogas em recuperação, assim como os processos pelos quais atua na recuperação.

2. Metodologia

2.1. Método DURESS

DURESS utiliza uma abordagem exploratória e qualitativa, por quatro métodos diferentes, procurando dar voz aos vários atores sociais do fenómeno. A metodologia inclui uma *scoping review* sobre o tema (Ramos et al., 2018), diários de saúde de utilizadores de drogas em processo de recuperação face ao uso de heroína, grupos focais e entrevistas semiestruturadas com técnicos, utilizadores de drogas e familiares.

A investigação no âmbito dos consumos problemáticos de drogas é maioritariamente quantitativa (Rhodes & Coomber, 2010). No entanto, uma vez que as dependências são construções sociais (Reinarman, 2005) e variam de acordo com os contextos em que se inserem, as investigações qualitativas são necessárias e urgentes para estudar o fenómeno, devido ao seu papel crucial em aceder à experiência dos próprios utilizadores e aos seus significados, assim como a sua facilidade em aceder aos contextos e processos pelos quais atuam (Rhodes & Coomber, 2010; EMCDDA, 2012; European Research Network on Illicit Drugs, n.d.), pois só assim se pode construir intervenções futuras mais adequadas às necessidades das populações e, portanto, mais eficazes (Rhodes & Coomber, 2010).

Trata-se de um estudo indutivo, uma vez que se inicia com uma questão exploratória inicial e conceitos preliminares para, depois, através da recolha e análise de dados, se encontrar padrões emergentes e construir uma grelha conceptual (Rhodes & Coomber, 2010), que nos permita elaborar algumas hipóteses e tirar algumas conclusões.

Importa salientar que o método em questão foi submetido aos três organismos da Comissão de ética- Administração Regional de Saúde do Norte, Comissão de Ética da FPCEUP e Comissão Nacional de Proteção de dados.

Para o âmbito do presente estudo apenas são analisados os dados dos diários de saúde realizados em Portugal. Estes diários, por permitirem seguir pessoas que usam drogas em recuperação ao longo de vários meses, proporcionam uma oportunidade de reflexão acerca destes fatores contextuais em tempo real, como vai ser explicado de seguida.

2.2. Participantes- Diários de Saúde

Foram recrutados 25 participantes do distrito do Porto, em colaboração com o Centro de Respostas Integradas (CRI) Porto Oriental, Casa da Vila Nova da Norte Vida (Associação para a Promoção da Saúde) e Projeto Incluir (Asas de Ramalde), tratando-se de utilizadores de drogas em tratamento. Decidiu-se como requisito prévio que os participantes teriam de estar integrados em programa de substituição opiácea (por Metadona ou Buprenorfina), deveriam ter mais de 18 anos, ser fluentes em português e ser capazes de assinar um consentimento informado. Dos participantes que assinaram o mesmo, 22 mencionaram o tema do suporte social, sendo que os restantes não permaneceram no estudo. Dezassete são do sexo masculino e 6 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 28 e os 65. A *Tabela 1 (Anexo 1: Tabela 1- Caracterização dos Participantes dos Diários)* apresenta uma descrição dos dados sociodemográficos conhecidos dos 22 participantes, assim como o tempo de permanência no estudo e em tratamento de substituição. Foram seleccionados indivíduos em programas de substituição opiácea uma vez que os pedidos de ajuda por consumos de heroína ainda são os mais comuns nos centros de tratamento (SICAD, 2018) e devido à presença assídua dos mesmos nas instituições, facilitando o processo de recolha de dados e evitando desistências. Contudo, existem outros consumos na maioria dos participantes, nomeadamente de cannabis, cocaína e, principalmente, de álcool.

2.3. Descrição do método- Diários de Saúde

O método de recolha utilizado denomina-se de “Redação de Diários” e trata-se de um método qualitativo emergente na área das Ciências Sociais nos últimos anos (Iida et al., 2012; Bytheway, 2009). Consiste em proporcionar aos participantes autorrelatos repetidos, ao longo de vários meses, com o objetivo de capturar eventos diários, pensamentos e sentimentos (Iida et al., 2012; Bytheway, 2009), assim como críticas e sugestões ao sistema de tratamento. Apresenta algumas vantagens comparativamente aos outros métodos qualitativos, nomeadamente, a facilidade com que captura eventos mais privados e sensíveis, normalmente não mencionados num único momento, como é o caso das entrevistas; o facto de permitir testar a coerência de pensamentos e expectativas ao longo do tempo (Bytheway,

2009); e, ainda, a redução do viés retrospectivo, devido à proximidade dos relatos com os acontecimentos (Iida et al., 1012). Para além disso, por ser realizado ao longo de vários meses, permite uma ideia de evolução dos participantes, incluindo assim possíveis processos de mudança que ocorram ao longo do tempo da recolha de dados.

O modelo do diário utilizado (*Anexo 2: Modelo do Diário*) inclui algumas questões para promover a reflexão sobre os aspetos bons e maus da semana anterior ao momento de escrita, sugestões de tópicos a serem abordados pelos participantes (tais como “trabalho/ocupação”, “família/parceiro/amigos”, “hábitos de sono”, “exercício físico”, “experiência com técnicos de saúde”, etc), assim como, questões de reflexão sobre críticas e sugestões aos tratamentos.

Inicialmente, estava prevista a redação autónoma dos diários. No entanto, a relação dificultada com a escrita, expressa por parte dos participantes, impôs um outro formato de recolha. Optou-se por acompanhar presencialmente os que assim o pretendiam (apenas 2 realizaram escrita individual). Este encontro, que se realizou semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente (de acordo com a disponibilidade de cada participante), tinha como objetivo, abordar em conversa os temas apresentados no guião do diário e outros que estes entendessem importantes para a sua recuperação, ao mesmo tempo que se escrevia num caderno em conjunto com o participante aquilo que este entendesse que era relevante, sendo o conteúdo ditado pelo participante em voz alta à medida que era escrito.

Este tipo de contacto entre investigador e participante tem, obviamente, vantagens e limitações. Se por um lado, aumenta a probabilidade de influência do investigador na escrita dos conteúdos, por outro lado, é na relação de confiança e abertura que se cria e na interação entre ambos, que os raciocínios e reflexões mais complexos são elaborados por parte dos participantes, extraindo-se assim conteúdos mais ricos e com a profundidade que se pretende. Para além disso, devido à frequência dos encontros, é inegável a interferência do investigador no processo de mudança do participante. No sentido de atender a este fator, foi adicionada uma questão em cada diário sobre o impacto que o estudo tem no seu processo de recuperação e foram realizadas reuniões semanais da equipa de investigação com exercícios de reflexão sobre o nosso papel nos encontros, para minimizar esta eventual influência. Uma vantagem do contacto presencial é que permite esclarecer pontos de vista do participante quando estes não são expostos de forma clara, garantindo uma aproximação entre o conteúdo escrito do diário e aquilo que o participante pretende dizer. Quando a escrita

é realizada autonomamente algumas ideias descritas não são tão claras e podem suscitar dúvidas por parte dos investigadores, ficando posteriormente sujeitas a uma maior interpretação dos mesmos no momento de análise.

Este processo de recolha de dados foi realizado por quatro investigadoras, ficando cada uma responsável por acompanhar um determinado número de sujeitos. Os diários iam sendo guardados pelas mesmas ou pelos participantes, de acordo com a sua vontade.

Os dados foram recolhidos em contexto natural, indo de encontro aos locais que os participantes considerassem adequados, tendo estes como critério serem locais calmos e silenciosos (café, jardim, biblioteca ou gabinetes das instituições).

O tempo de escrita dos diários variou desde 1 dia a 11 meses. Existem 6 diários apenas com uma entrada, sendo que os restantes 15 apresentam uma média de permanência no estudo de 7 meses. Uma vez que a riqueza e diversidade de dados era evidente mesmo depois do tempo estabelecido inicialmente para a recolha (6 meses) e devido à disponibilidade dos participantes em continuar o estudo, optou-se por manter o acompanhamento por mais tempo com aqueles que assim o pretendiam. A frequência de encontros foi diminuída nos últimos meses de recolha, no sentido de preparar a rutura entre investigador-participante.

2.4. Análise dos dados - Diários de Saúde

Os conteúdos dos diários foram analisados através de uma Análise de Conteúdo Categorical Temática, no sentido de esquematizar os vários temas e ideias presentes. Este método permite identificar, analisar e organizar padrões emergentes nos dados (Bardin, 1977; Braun & Clarke, 2006). Importa salientar que os temas emergem com base na nossa leitura dos dados, não sendo descrições precisas da realidade (Braun & Clarke, 2006).

Utilizou-se o software de análise *Nvivo* como recurso para facilitar o processo de análise, devido ao elevado volume de dados que surgiram (783 referências nos diários codificadas como sendo relativas a suporte social). A análise foi realizada por quatro investigadoras em simultâneo, tendo cada uma se focado, numa fase mais avançada, nos seus temas de estudo específicos (suporte social, emprego/ocupação, respostas institucionais,

estigma, etc). As categorias e subcategorias emergentes na leitura de cada investigadora, assim como as respectivas unidades de conteúdo, foram sendo discutidas em reuniões de grupo, realizadas em registo semanal.

2.5. Objetivos emergentes

As questões de investigação do presente estudo desenvolvem-se no seguimento das lacunas da literatura no que diz respeito ao suporte social em utilizadores de drogas em recuperação, podendo, então, ser resumidas em quatro grandes questões principais: 1) Qual a importância atribuída pelos participantes ao suporte social e a ligação que fazem com a sua recuperação; 2) Quais os tipos de suporte social mencionados como sendo importantes pelos participantes e quais os processos pelos quais atuam; 3) Quais as fontes de suporte social mencionadas pelos participantes e quais os processos pelos quais influenciam na recuperação; 4) Quais as necessidades de suporte social em falta percebidas pelos participantes e as suas sugestões para as colmatar.

3. Resultados

A grelha apresentada em anexo (*Anexo 3: Tabela 2- Categorias Emergentes*) esquematiza os vários excertos dos diários relativos às redes e interações sociais dos participantes. Esta análise foi realizada a 3 níveis, que correspondem às 3 principais categorias definidas na grelha, “Tipos de Suporte Social”, “Fontes de Suporte Social” e “Isolamento”, que serão explicadas de seguida.

3.1. Tipos de Suporte Social

Esta categoria foi criada para organizar expressões gerais de necessidade de suporte ou referentes à sua importância, quando este não aparece diretamente relacionado com nenhuma fonte específica. Estas foram divididas de acordo com os tipos de suporte presentes, sendo eles, “Compreensão e Abertura” (8 participantes), “Aceitação e Valorização” (3 participantes), “Companhia” (4 participantes), “Interação” (4 participantes), “Instrumental” (4 participantes), “Encorajamento” (3 participantes), “Orientação” (1 participante) e “Socio-afetivo geral” (7 participantes). Estas subcategorias voltam a surgir associadas a cada fonte, como irá ser mostrado mais à frente.

O tipo de suporte mais mencionado nesta categoria é “Compreensão e Abertura” (22 referências), sendo que o participante BD75 concretiza, várias vezes, ao longo do seu diário, uma ligação direta entre este tipo de ajuda e a recuperação, dizendo mesmo *“Se uma pessoa se sentir apoiada e compreendida não recai.”* O mesmo participante acrescenta, *“Às vezes, só uma voz pode ajudar. Uma voz que seja uma quebra no pensamento, entre este e o ato. Que me diga, por exemplo, “Calma, porque não vais antes até ao jardim?”, “Pah, não entres no metro, dá meia volta.”, ou alguém que me ouça apenas. Estas coisas parecem mesquinhas, mas são mesmo importantes.”*. Na Tabela 3 são apresentados exemplos de cada um dos tipos de suporte mencionados nesta categoria.

Tabela 3

Exemplos de Tipos de Suporte

Compreensão e Abertura	<p><i>“Só queria alguém a quem pudesse dizer tudo o que me vai na alma, falar de como me sinto. Ia-me sentir tão mais leve, ia ser muito mais fácil.”</i> KT65</p> <p><i>“E também há algo muito importante, que é sentirmo-nos ouvidos.”</i> LT52</p>
Companhia	<p><i>“Sozinho começar é difícil. Se tivesse uma companhia para esse tipo de atividades era diferente. Uma pessoa puxa à outra...”</i> KN56</p> <p><i>“Eu sinto que é mesmo uma companhia que me está a faltar.”</i> BD75</p>
Aceitação e Valorização	<p><i>“Eles dizem que eu tenho jeito para muita coisa. Assim eu sinto-me feliz, sinto que me valorizam e que estou a dar um passo em frente.”</i> OQ53</p> <p><i>“Fiquei mesmo contente, fogo. Ver que as pessoas me dão valor e reconhecem coisas boas em mim.”</i> IO99</p>
Interação	<p><i>“Faz-me falta socializar.”</i> BD75</p> <p><i>“Convém uma pessoa andar e falar e isso, porque uma pessoa sozinha começa a matinar e cada vez é pior, pensa no que não deve.”</i> KT65</p>
Encorajamento	<p><i>“Ter a confiança dos outros ajuda muito, porque pensamos que não temos força e precisamos de apoio.”</i> IO99</p> <p><i>“e no meu caso eu precisava de alguém que acreditasse em mim e me dissesse “tu és capaz e tens força e não mereces estar assim, por isso vamos lá começar a reduzir aos poucos porque tu és bom rapaz e não queres esta vida para ti.”</i> IO99</p>
Orientação	<p><i>“É pegar em nós e dizer, é preciso isto e isto.”</i> IO99</p> <p><i>“Querida uma pessoa que tivesse cabeça mais fresca que nós, e tivesse mais contactos e nos orientasse para um caminho que fosse melhor.”</i> IO99</p>
Instrumental	<p><i>“Eu sozinho não consigo gerir o dinheiro e resistir aos consumos.”</i> OQ53;</p> <p><i>“Enquanto que os meus amigos tinham quem lhes gerisse a medicação, eu não tinha ninguém, tinha de gerir tudo sozinho e nem sempre era fácil que daí vem a minha adição às benzodiazepinas.”</i> JD52</p>
Socio-afetivo em Geral	<p><i>“Preciso é de amor, só isso. O amor engloba tudo o que preciso.”</i> BD04</p> <p><i>“Eu não tinha o apoio de ninguém nesta altura. Se eu tivesse, eu não tinha consumido.”</i> TQ30</p> <p><i>“Algumas dessas pessoas fizeram-me crescer ultimamente. Escutando os outros aprendemos mais e as relações também se tornam melhores quando nos interessamos e damos algo de nós aos outros.”</i> UN01</p>

3.2. Fontes de Suporte

As fontes de suporte que aparecem mencionadas nos diários dos participantes são a família, o parceiro(a), os amigos (sendo várias vezes diferenciados os amigos com consumos problemáticos dos amigos sem consumos problemáticos), os profissionais de saúde (nomeadamente, o psicólogo, médico, assistente social e enfermeiro) e outras fontes de suporte, como os vizinhos ou desconhecidos que se tornam cuidadores. Cada um destes grupos constitui uma subcategoria específica.

Os dados referentes à família, parceiro, amigos com consumos problemáticos e amigos sem consumos problemáticos foram divididos em “Dinâmicas Relacionais”, “Suporte na Recuperação” e “Impacto na recuperação”.

A categoria “**Dinâmicas relacionais**” inclui, para cada fonte de suporte, reflexões ou episódios da vida social do participante sem ligação explícita com a sua recuperação (mas tendo sempre em conta um provável impacto).

A categoria “**Impacto na Recuperação**” inclui, para cada fonte, referências a consequências diretas de interações sociais ou atitudes de outros membros na recuperação do participante. Tanto a família, como parceiro ou amigos, surgem nos diários como tendo tanto impacto positivo como negativo na recuperação.

A categoria “**Suporte na Recuperação**” inclui, para cada uma das respetivas fontes, todas as formas que o suporte pode assumir no que diz respeito à recuperação, ou seja, atitudes específicas dos interlocutores relativamente ao tratamento/situação do participante, que podem ser benéficas ou não. Uma vez que cada fonte tem a sua categoria “Suporte na Recuperação”, é possível ter uma ideia do tipo de ajuda providenciada por cada grupo.

3.2.1. Família

A **família** aparece como sendo a principal fonte de suporte, com 272 referências por parte de 19 participantes. Destas, 18 são descrições de interações sociais com consequências diretas positivas na recuperação (10 participantes) e outras 18 são relatos de consequências

diretas negativas (8 participantes), com alguns exemplos a serem apresentados na *Tabela 4*. Oito participantes apresentam também reflexões gerais relativas ao papel benéfico da família. Como diz o participante JD52, *“A família é muito importante no tratamento porque uma pessoa que ande a consumir e tenha apoio da família tem muito mais facilidade de sair da droga porque tem uma mãe, porque tem um pai, um irmão ou irmã, um tio ou tia que se preocupam com eles.”*

Tabela 4:

Exemplos de Impacto direto da Família na Recuperação

Impacto Positivo (família)	<i>“A relação que tenho com a minha mãe hoje em dia é uma ajuda para não consumir.”</i> JD52
	<i>“No Sábado estive com o meu irmão e com o meu sobrinho. É engraçado que quando estou com eles eu não bebo.”</i> KN56
	<i>“Eu consigo sobreviver porque tenho a ajuda da minha mãe porque se não tivesse teria que ir mendigar.”</i> JD52
Impacto Negativo (família)	<i>“Tenho bebido um bocado mais nestas últimas semanas, porque quando o meu irmão vem é a única maneira de aturar certas coisas.”</i> JD35
	<i>“Eu recaía porque me faltava a tal retaguarda, o apoio da família. A minha dificuldade toda no processo está nisso, não está em mais nada.”</i> BD75
	<i>“Recordo-me que nessas tentativas o principal fator de recaída foi voltar a viver em casa da minha progenitora com quem tinha uma relação muito tóxica.”</i> OQ54

O principal suporte que aparece mencionado nos excertos relativos à família é o “instrumental” (8 participantes), seguido de “preocupação” (7 participantes). As restantes referências são divididas nas categorias “estar presente/acompanhar” (5 participantes), “encorajamento” (5 participantes), “abertura e compreensão” (4 participantes), “aceitação e valorização” (4 participantes), “controlo” (2 participantes) e “orientação” (1 participante). Todos estes tipos de suporte surgem como estando, por vezes, presentes no dia-a-dia dos participantes, enquanto que, outras vezes, são mencionados pela falta que os mesmos sentem desses tipos de amparo. Dois participantes mencionam, ainda, a “falta de informação” por parte da família no que diz respeito ao fenómeno da dependência, como mostra IO99 no excerto *“as minhas irmãs e os meus irmãos (...) não queriam saber porque para eles era muito fácil sair da droga, eles não sabem, nem sequer imaginavam que a droga é uma doença.”* Em anexo é apresentada uma tabela com exemplos de excertos relativos ao suporte específico na recuperação, providenciado pela família (*Anexo 4: Tabela 5- Tipos de suporte providenciado pela família na recuperação*).

Ainda no que diz respeito à família, surge, uma categoria que inclui “desejos” de aproximação por parte de 6 participantes (ver *Tabela 6*).

Tabela 6

Exemplos de desejos relativos à família

	<i>“Eu gostava de me dar bem com os meus filhos. Gostava que eles estivessem comigo.” TQ30</i>
Desejos	<i>“Eu queria recuperar esse carinho, esse mimo, também preciso disso. Mas já é muito tarde, ela tem 70 anos já, é doente, eu também já sou homem, não posso estar à espera que ela me dê agora isso.” ; (...) “Eu gostava de viver com a minha mãe. Gostava de tomar conta dela, mas ela diz que sou muito grande para viver com ela, que já passou o meu tempo.” IO99</i>
(família)	<i>“Até tentava uma aproximação [da filha e da neta], mas não sei como iam reagir.” FU62</i>
	<i>“Gostava de me dar bem com os meus filhos.” (...) “Gostava que eles estivessem comigo”. TQ30</i>
	<i>“Eu gostava de ter família. Quer dizer, eu família tenho, mas gostava de construir eu uma, ter filhos e isso, mas aos 50 anos é complicado.” KT65</i>
	<i>“Quero ter a minha família, como outra pessoa qualquer.” OQ53</i>

3.2.2. Parceiro

Surgem 147 referências relativas ao **parceiro** por parte de 18 participantes. Destas, 9 são situações que descrevem interações sociais com impacto positivo direto na recuperação (7 participantes) e 21 de impacto negativo direto (5 participantes). É possível perceber que, nesta última subcategoria são mencionadas recaídas, motivadas, sobretudo, pelos consumos do parceiro e, em alguns casos, por conflitos conjugais (ver *Tabela 7*).

Tabela 7

Impacto do parceiro(a) na recuperação

	<i>“Mas se calhar o motivo de eu estar bem hoje foi a perseverança da minha parceira.” UN01</i>
Impacto Positivo (parceiro)	<i>“Quando saí do centro, conheci a mãe da minha filha e foi uma grande ajuda. Foram 4/5 anos sem consumir graças a ela.” OQ37</i>
	<i>“Ela apoiava-me nestas questões e eu apoiava em questões dela. E então, não recaía.” BD75</i>
	<i>“Eu quando estava com a Mariana [nome falso] sentia-me muito melhor, mais calmo. Era tudo muito mais fácil.” BD75</i>

	<i>“Ter uma relação amorosa tem influência no tratamento porque eu quando tenho uma namorada, a minha autoestima se eleva e eu tento caprichar ao máximo no meu visual e isso leva-me a ocupar a minha mente e a pensar na pessoa em questão. Então ao tar com a mente ocupada nessa pessoa a minha mente livra-se de outros pensamentos como a droga.”</i> JD52
	<i>“Mas também já fui o exemplo em que já tinha deixado de consumir, mas como o meu companheiro da altura consumia, eu caí com ele.”</i> TQ30
Impacto Negativo (parceiro)	<i>“Entretanto, arranjei uma namorada que consumia heroína e voltou a ser a desgraça. Juntámo-nos na mesma casa e consumíamos os dois.”</i> KN56
	<i>“mas ele batia-me então acabei por consumir.”</i> TQ30
	<i>“Mas recaiu porquê. Era porque a relação não estava bem.”</i> BD75
	<i>“Ao fim de 1 ano conheci uma rapariga que consumia. Como eu já estava limpo há 9 anos pensei que não recaía, só que ao fim de tar com ela 5/6 vezes, recaí.”</i> JD52

Na categoria “Suporte na Recuperação” relativa ao parceiro, os tipos de assistência providenciados são codificados de forma semelhante aos da família (*Anexo 5: Tabela 8- tipos de suporte do parceiro na recuperação(a)*), com a diferença de que surgem também referências relativas a “objetivos conjuntos” (*“que me ajudou a ter objetivos em conjunto com ela, como um futuro com filhos e criar uma família nossa, tanto é que hoje em dia ela está grávida.”* UN01) e companhia (*“Os dias que passo com a minha parceira ajudam-me muito. Primeiro porque gosto de estar com ela e com ela partilhar a vida e depois temos gostos muito parecidos e conversas interessantes sobre qualquer assunto.”*. UN01).

A “falta de informação” relativa à família é substituída por uma “falta de ferramentas para lidar com o problema”, com o exemplo de UN01 quando diz *“Ela não sabia lidar com uma pessoa que estava cega pelo consumo.”*

Tal como na categoria família, surgem também desejos relativamente a uma vida amorosa, por parte de 3 participantes (*“(E o outro sonho que eu tenho era encontrar a minha cara metade, encontrar alguém que se enquadrasse comigo, que me aceitasse como eu sou, com os meus problemas e eu também a aceitaria.”* JD52; *“Tenho-me sentido feliz, mas sinto que para ser tudo perfeito falta-me encontrar a mulher dos meus sonhos.”* OQ53).

3.2.4. Amigos

Dezasseis participantes mencionam os amigos nos seus diários, sendo que foram codificadas 108 referências sobre os mesmos. Destas, 24 são relativas a relações de amizade em geral (por parte de 11 participantes); 22 são relativas a amigos sem consumos problemáticos (por 5 participantes) e 62 relativas a amigos com consumos problemáticos (por 12 participantes).

Os **amigos sem consumos problemáticos** surgem como tendo apenas impacto positivo na recuperação (ver *Tabela 9*), sendo que foram codificadas 5 situações de consequências diretas positivas de interações sociais com esta fonte, mencionadas por 3 participantes. O suporte associado a esta fonte divide-se em “Orientação”, “Encorajamento”, “Compreensão/Abertura”, “Aceitação e Valorização”, “Companhia” e “Instrumental” (*Anexo 6: Tabela 10- Tipos de Suporte dos Amigos sem consumos problemáticos*).

Tabela 9

Impacto dos Amigos sem Consumos Problemáticos

	<i>“Sair com amigos acho que me ajuda a estar afastado das drogas pesadas”.</i> UN01
Impacto positivo	<i>“Os que não consomem ajudam-me na recuperação.”</i> OQ53
(amigos sem consumos problemáticos)	<i>“Primeiro, ao conviver com esses amigos eu não estou perto dessas drogas. Depois fez-me mudar de hábitos também.”</i> UN01
	<i>“Hoje em dia, se sair de casa é para estar com os amigos e isso faz-me sentir bem, estar mais perto das outras pessoas e amigos, ver que posso contar com algumas amizades e também poder retribuir a amizade. Isso é que faz de nós seres humanos mais realizados com a vida.”</i> UN01

O impacto dos **amigos com consumos problemáticos** na recuperação pode ser dividido em três tipos (ver *Tabela 11*) de acordo com a natureza das consequências mencionadas- aumento dos consumos ou recaída (25 referências por 6 participantes), resistência aos consumos apesar da influência ou presença destas interações (4 referências por 3 participantes) e motivação conjunta para o tratamento (1 participante).

Tabela 11

Impacto dos Amigos com Consumos Problemáticos

Aumento dos Consumos/Recaída	<i>“Ainda ontem fiquei à porta do café a pensar “Vou? Não vou?”, porque sabia que se entrasse ia beber. Acabei por ir e beber. Sinto</i>
------------------------------	--

	<i>que me estou a destruir. Eu entrei porque queria estar com os meus amigos.” KN56</i>
	<i>“Na última semana dei boleia ao meu colega para ir consumir, porque ele estava muito mal a ressacar e tive pena dele. Achei que conseguia dizer que não, mas chegou à hora e não consegui.” OQ53</i>
Resistência aos consumos	<i>“Já me influenciaram muito, então amigos a dizer para ir consumir nem se fala, e eu nunca fui.” FU62</i>
Motivação conjunta para o tratamento	<i>“Mas também me lembro de quando andava a consumir, e vim com outro rapaz para aqui, nós decidimos ao mesmo tempo que queríamos vir, lembrámo-nos.” BO11</i>

A subcategoria “Suporte na Recuperação” relativa aos amigos com consumos problemáticos mostra que estes surgem associados a suporte negativo, mais especificamente, a “pressão para os consumos”. No entanto, estes também surgem associados a suporte positivo, principalmente o “Instrumental” (“*Aliás, ele é o meu único amigo, os outros são só conhecidos. Era ele que me ia buscar e levar a roupa suja e lavada ao hospital quando estive internado, não era ninguém da minha família.*”. JD35), mas também, “encorajamento”, “compreensão e abertura” e “companhia” (Anexo 7: Tabela 12- Tipos de Suporte providenciados pelos Amigos com consumos problemáticos)

3.2.5. Profissionais de Saúde

Apesar dos **profissionais de saúde** fazerem parte das respostas formais (tema de análise num outro estudo também inserido no projeto DURESS), algumas referências aos mesmos foram incluídas na categoria de suporte social, devido ao facto das interações descritas nesses excertos se assemelharem às dos membros significativos da rede pessoal (27 referências por 8 participantes), e por serem considerados, por vezes, as únicas fontes de suporte na vida dos participantes, sendo mesmo comparados a membros da família.

BD75 relata um evento com o seu psicólogo com impacto positivo na sua recuperação, que ilustra bem a ideia anteriormente mencionada: “*O meu psicólogo atual foi o único que me conquistou porque ele foi muito meu amigo desde o início. Ele fazia cenas que eu ficava parvo. Ele disse no início que não me dava a metadona para levar para casa e que tinha de ir lá todos os dias, não porque não confiava em mim, mas porque achava que eu precisava de conversar nem que fosse 2 minutinhos. Então, todos os dias, quando ele ia a passar e me via na sala de espera, sentava-se a conversar comigo, sobre coisas aleatórias,*

sobre notícias, novidades do mundo. Ficava a conversar comigo uns minutos e depois ia à vida dele. E isto fazia diferença, ele tinha razão. Marcou-me muito. Ele conquistou-me assim. Tenho-lhe um respeito muito grande.”. Outras descrições relativas a técnicos de saúde e relacionadas com suporte na recuperação são apresentadas na Tabela 13.

Tabela 13

Exemplos de suporte social relativo a profissionais de saúde

Psicólogo	<p>“Penso nele [psicólogo] como um amigo e não como um psicólogo. Nunca lhe disse isto, mas se não fosse ele, dificilmente tinha saído das drogas.” BD75</p> <p>“Com o psicólogo falo coisas que não falo com mais ninguém. O psicólogo é onde eu ponho mais para fora, os meus medos, as minhas fobias.” JD52</p>
Assistente Social	<p>“Costumo falar com a Doutora *, a de Segurança Social. É como se fosse minha irmã, como se fosse da minha família. Ajuda-me muito, nos bons e maus momentos, dá-me o seu ombro, é mesmo como se fosse da minha família.” DT96</p> <p>“Esse assistente social me levou ao CAT para eu entrar na metadona, se não fosse esse assistente social eu pelos meus pés nunca iria ao CAT, nunca teria tomado essa iniciativa.” JD52</p> <p>“Tive um assistente social que me levou para um tratamento de desintoxicação a frio e foi o primeiro passo. Ele acreditou em mim, quando eu estava muito debilitado”. OQ37</p>

3.2.6. Outras fontes de suporte

Esta categoria foi criada para incluir o suporte de pessoas que não fazem parte de nenhuma fonte convencional. Inclui 35 referências, por parte de 8 participantes. Deste grupo fazem parte, por exemplo, vizinhos, familiares de amigos, ou mesmo estranhos que se tornam cuidadores (ver Tabela 14).

Tabela 14

Fontes de Suporte Alternativas

Fontes de suporte Alternativas	<p>“Naquele dia, ela disse “o que precisas para entrares para tratamento?” e eu disse “preciso de 10€ para a primeira consulta”. Eu queria era o dinheiro para a droga. Ela bem sabia que sim, mas deu-me na mesma e disse “depois dos 10€ vais lá” e eu fui.” I099 (fala de uma senhora que conheceu quando vivia na rua)</p> <p>“Depois eu fazia recados para ela e dava-me 3 ou 4€ e eu gostava disso. Eu sentia-me importante ao fazer isto, e não era nada de especial, mas era uma responsabilidade. Ela tinha empregada e ela preparava comida para todos, mas</p>
--------------------------------	---

para mim era a minha mãe [“adotiva”] que me fazia tudo. Ela servia-me sempre primeiro. Dizia que era o filho mais novo dela, e ela tinha outros filhos, mas era a mim que servia primeiro. No Natal ela disse-me para ir para o sofá do meio que era o melhor, e para pôr no canal que eu queria. Eu sentia-me um rei, porque eu estava habituado a viver na rua. Não me faltava nada. Ela não era rica, mas não vivia mal.” IO99

“Aquela mulher fez o que a minha mãe não fez. Ela só me dava o lanche e o jantar, não me dava dinheiro. Mas ajudou muito.” IO99

“Outra coisa boa, tenho uma amiga empregada num café a que eu costumava ir, ela fez anos. Eu com o dinheiro que tinha, comprei uma rosa. Ela abraçou-se a mim e fez-me uma festa, e disse “ó rapariga, não era preciso”. Ela disse “amanhã passa por aqui e eu pago-te um cafézinho.” Fui lá tomar o pequeno-almoço e ela pagou-mo. Teve um gesto bonito. Ela acabou por me dar mais do que o que recebeu. Eu não costumo ir lá, porque lá é tudo muito caro e o meu dinheiro é muito pouco.” MT11

“No fim agora fico lá com ela a conversar e a petiscar. Ontem vimos os dois juntos a novela da “Gabriela”. Era a mesma senhora que antes comprava vinho de propósito para mim quando eu ia lá fazer algum trabalho, porque ela nem bebe e eu não conseguia dizer que não. Agora tenho dito sempre que não e ela faz-me antes um chá.” KN56

“Mas houve uma vizinha há meio ano que me viu com olhos de ver e disse “Precisas de ajuda”. BD04

“Uma coisa positiva é que tenho começado a fazer amizade na minha entrada de casa, com 2 vizinhos, é bom a gente se dar bem com os vizinhos.” JD52

3.3.Isolamento

Esta categoria surge para incluir as referências relativas a um isolamento e desejo de criar novas relações, patentes no discurso dos participantes (127 referências em 17 diários.). Inclui também ideias de autoafastamento das redes de suporte, dificuldades relacionais e sugestões para sair do isolamento.

Dez participantes referem, ao longo do tempo, percepções de isolamento da sociedade e solidão, com um total de 34 referências incluídas nesta categoria (ver *Tabela 15*).

Tabela 15

Exemplos de excertos relativos ao Isolamento

“O mais difícil nos tratamentos todos é sentir-me sozinho.” IO99

	<i>“as pessoas não sabem o quanto eu estou mal, o quanto eu sofro, o quanto eu estou mal, sozinho. Eu sinto-me completamente sozinho.”</i> JD52
Isolamento da Sociedade	<i>“mas muita gente se isola pelo dia-a-dia ser igual, pela rotina, começa a ser uma rotina. A maioria mora em quartos, saem do quarto, vão almoçar, voltam para o quarto, vão jantar, voltam para o quarto e passam muito tempo isolados.”</i> JD52
	<i>“Tenho andado muito triste... Muito só. (...) Também está a chegar a altura do Natal e não sei onde vou passá-lo, nem com quem... Talvez sozinha.”</i> MT11
	<i>“Para onde é que eu hei-de ir? Eu não gosto de estar sozinho.”</i> KN56
	<i>“Não tenho ninguém a quem recorrer.(...) Eu sou muito solitária.”</i> TQ30

Dez participantes referem dificuldades em criar ou manter relações, especialmente em estados mais avançados da recuperação, quando precisam de criar relações fora do “*mundo das drogas*”, no sentido de se manterem sem consumos.

Estes obstáculos relacionais sentidos foram agrupados de acordo com a natureza da dificuldade sentida. Assim, surgem as subcategorias “**mau estar psicológico ou inseguranças**” (4 participantes), “**sentir-se deslocado da sociedade**” (3 participantes), “**dificuldades expressivas ou comunicacionais**” (3 participantes), “**dificuldades em criar relações fora do mundo das drogas**” (3 participantes), “**mal da sociedade em geral**” (3 participantes). Exemplos de cada uma são apresentados na *Tabela 16*.

Tabela 16:

Exemplos que mostram dificuldades em criar/manter relações

Dificuldades em criar relações fora do mundo das drogas	<i>“Falta-me abertura para socializar com pessoas da minha geração que não consomem ou que nunca consumiram.”</i> BD75
	<i>“a certa altura de todo este processo no início de me dar com outras pessoas eu sentia-me deslocado, sentia que não fazia parte daquele grupo, normal que assim fosse, hoje eu digo, se durante anos só lidava com pessoas com comportamentos desviantes.”</i> OK54
	<i>“Uma pessoa tende sempre a voltar aos grupos que conhece, se não fica sozinho.”</i> BD75
Sentir-se deslocado da sociedade	<i>“Estava muito desorientada. Já não conseguia comunicar, deslocar-me, sair à rua.”</i> BD04
	<i>“Já tentei, não consigo, sinto-me desintegrado e parece que não sou o mesmo.”</i> BD75
	<i>“tenho dificuldades em encarar a sociedade.”</i> JD52

	<i>“Gostava de conseguir expressar-me mais nas relações com as pessoas. Nunca fui bom nisso.”</i> KN56
Dificuldades expressivas ou comunicacionais	<i>“Tenho 38 anos e tenho medo de falar com as pessoas.”</i> XH22 <i>“Porque eu parece que sinto que já não consigo socializar normalmente sem estar a beber cerveja.”</i> BD75
Mau estar psicológico ou Inseguranças	<i>“Só que eu tenho de me sentir bem comigo primeiro para conhecer pessoas e não me sinto neste momento. Sinto-me muito confuso, com falta de vontade para as coisas, muito em baixo.”</i> KN56 <i>“Primeiro, eu tenho que estar de bem comigo mesmo, porque eu estando de bem comigo aí sim poderia partir para uma aventura amorosa.”</i> JD52 <i>“A nível social com mulheres e rapazes mais novos e da mesma idade, não tem aquela coisa da vivência de ir falar com eles, sinto-me meio acanhado.”</i> K59
Mal da sociedade em geral	<i>“Mas eu acho que esse é um mal da sociedade. O tipo de vida que se leva não permite às pessoas reunirem-se, conviverem. Se é difícil com a família direita, quanto mais com o resto.”</i> BD75 <i>“mas não posso. Há cinco meses que a minha vida é ocupada e não paro nunca.”</i> IO99 <i>“Eu sei que não é fácil aos 30/40/50 arranjar novos amigos.”</i> MT11

Por vezes, parecem ser os próprios participantes a afastarem-se das suas redes sociais por vontade própria. Estas perceções de autoafastamento, incluem situações de **sobrevalorização da substância em detrimento das relações humanas**, principalmente em relatos de tempos de consumos ativos (8 participantes), situações de **afastamento por vergonha ou medo de falhar** perante as figuras de suporte (3 participantes), assim como situações em que o afastamento acontece **por quererem deixar os consumos** (2 participantes) nos casos em que as redes sociais são constituídas por indivíduos com consumos ativos de drogas. Exemplos estão apresentados na *Tabela 17*.

Tabela 17

Exemplos de Autoafastamento das Redes de Suporte

Sobrevalorização da substância em detrimento das relações sociais	<i>“Porque já houve tempos em que o meu filho passava por mim, quando eu andava a consumir, e ele falava-me e eu nem ouvia... Quando se anda na droga, só se pensa na droga. Para mim tanto me fazia se ele falava ou não, estava noutra mundo.”</i> DT96 <i>“Nessa altura nem me apercebia do valor que eles me davam. Eu acho que quando uma pessoa está nessa vida, só quer saber da droga e não quer saber de mais nada.”</i> KN56
---	---

	<i>“uma pessoa nas drogas não quer amigos, quer estar sozinho.”</i> BO11
	<i>“Ela depois começou a insistir para ir a entrevistas e arranjar emprego, mas eu não conseguia e comecei a ir cada vez menos vezes lá a casa dela, para não a desiludir, porque ela ficava muito triste. Até que deixei mesmo de lá ir e, entretanto, eles venderam o apartamento e nunca mais a vi.”</i> IO99
Vergonha ou Medo de falhar	<i>“Este fim-de-semana foi o casamento do meu sobrinho e nem fui. Tive medo que acontecesse a mesma coisa [beber demais], acho que foi isso.”</i> KN56 <i>“e por esse motivo [vergonha de ser toxicodependente] talvez não desse o melhor de mim aos meus amigos. E também na altura com o aumento do consumo de heroína fui-me afastando não só das pessoas que gostavam de estar comigo (...)”</i> UN01
	<i>“Afastei-me de alguns amigos que atualmente ainda consomem, como eu não quero isso para a minha vida tive de me afastar para não ter recaídas.”</i> JD52
Querer deixar os consumos	<i>“O que acontece quando não quero beber é que digo que vou lá fora fumar um cigarro, vou, e não volto mais. Mas fico triste.”</i> BD75 <i>“Amigos? Que amigos? Não tenho. Uma pessoa afasta-se porque eles bebem e consomem. Eu se quero deixar de beber tenho de me afastar e ir beber um ice tea para outro lado sozinho.”</i> BD75

Está presente nos mesmo diários o desejo de criar novas relações (10 participantes, 15 referências), como é o exemplo de KN56, quando nos diz *“Por isso é que eu às vezes gostava de me dar com pessoas diferentes, que quisessem fazer coisas novas e ir a sítios diferentes.”*, acrescentando, *“Uma companhia que não bebesse, com quem pudesse conversar, fazer planos... Sem isso é difícil dar o primeiro passo.”*. No mesmo sentido, temos o exemplo de IO99 quando afirma *“Querida conhecer mais pessoas e começar do zero, frequentar outros locais”* e de MT11 que expressa o seu desejo de *“Novos amigos, novas paragens.”*. KT65 faz mesmo a ligação deste aspeto com o sucesso no tratamento, dizendo *“É a gente começar a ter companhias melhores e as coisas começarem a correr bem.”*.

Cinco participantes apresentam, ainda, sugestões para sair do isolamento. BD75 diz que *“não há dívida nenhuma de que os toxicodependentes se isolam”* e que para estes saírem do isolamento é preciso, primeiro, quebrar o estigma existente na sociedade, pois considera que é este estigma que leva os *toxicodependentes* a isolarem-se. Nesse sentido, diz que a única forma de quebrar este ciclo é criando oportunidades de interação *“entre os dois mundos”*, através de *“programas de voluntariado, por exemplo”*. Fala na importância de

trabalhar a confiança das pessoas que estão a sair de um processo de recuperação. Nesse sentido, refere *“É preciso criar oportunidades de interação e convívio que façam as pessoas ganhar mais confiança, sentirem-se aceites, capazes.”*. Dá a sugestão específica de reuniões de grupo com o intuito de se criar projetos de convergência e interação entre pessoas que estão na mesma fase do processo de recuperação. Fala também da importância de fazer intervenções nas famílias, informando-as sobre o fenómeno da dependência e capacitando-as a providenciar melhores cuidados, pois refere que, no seu caso, foi aquilo de que mais sentiu falta - abertura para falar sobre o problema com as suas irmãs, que não compreendiam. Nos casos de *“toxicodependentes”* com falta de retaguarda familiar, BD75 considera que estes *“têm de ter pessoas que os seguem permanentemente, que se preocupam com eles realmente e genuinamente.”*. Como solução para esta questão, BD75 refere:

“Seria bom haver uma pessoa voluntária com quem falar, tipo “padrinho”, que entenda o que a pessoa está a passar e com quem se possa abrir, sem recriminações. Alguém que seja assertivo, que chame à atenção e que nos faça pensar com clareza naquele momento. Mas não pode ser uma pessoa qualquer, tem de ser uma pessoa com quem se tenha mínima ligação. Pelo menos algo ligado aos psicólogos. Ou então alguém ligado ao mundo das drogas, se calhar ainda era melhor... Porque reparem, seria benéfico para ambos.”

As restantes sugestões para melhorar as redes de suporte referem-se a um contacto mais proximal e genuíno por parte dos técnicos e comunidade (4 participantes), a inclusão de jovens voluntários como cuidadores (1 participante) e um empoderamento das pessoas marginalizadas pelo uso de substâncias (1 participante).

O estigma revelou ser um importante fator neste estudo e em constante ligação com as dinâmicas de procura e obtenção de suporte. No entanto, será analisado com mais pormenor num dos trabalhos complementares a este, também inserido no âmbito do DURESS, que irá abordar especificamente este tema.

4. Discussão

Através da análise dos diários dos participantes, é possível responder às questões exploratórias pensadas inicialmente.

4.1. Impacto das interações sociais

Os resultados mostram que as interações sociais podem afetar a recuperação tanto de forma positiva como negativa, como se verifica através das categorias que emergiram de impacto positivo direto e impacto negativo direto, para cada fonte de suporte. Esta ideia vai de encontro à de vários autores quando dizem que as interações sociais tanto podem ajudar como prejudicar o tratamento (Schmitt, 2003; Tracy et al., 2010).

Analisando as situações de impacto positivo é possível perceber que este acontece de várias maneiras. Por vezes, a simples presença de um membro significativo parece ser capaz de motivar o abandono das drogas de forma absoluta (principalmente quando é um parceiro). Este efeito benéfico também surge associado a outras consequências para além da redução dos consumos, tais como melhoria nas condições de vida, andar “*mais arranjado*”, mais “*motivado*”, mais “*calmo*”, sendo que os participantes tendem a considerar estes aspetos também como sendo indicadores de recuperação.

Os relatos de consequências diretas negativas são quase sempre relativos a recaídas, motivadas por conflitos ou atitudes negativas por parte de membros significativos. Estes dados vão de encontro aos resultados provenientes de estudos anteriores que mostram o poder dos conflitos sociais e os referem como “*triggers*” para as recaídas (Knight & Simpson, 1996; Schmitt, 2003).

4.2. Tipos de Suporte

Os tipos de suporte que surgem mencionados nos diários como sendo necessidades gerais importantes nesta fase da vida e associados a praticamente todas as fontes são a compreensão e abertura, aceitação e valorização, encorajamento, companhia, interação, orientação e suporte instrumental. Estes vão de encontro aos que surgem referenciados na

literatura. Tendo em conta as abordagens que dividem o suporte em emocional, informacional e instrumental (House & Kahn, 1985; Cohen et al., 2000; Cohen, 2004; Tracy et al., 2010), podemos considerar que o suporte emocional também está presente nas descrições dos diários, através das categorias “compreensão e abertura”, “aceitação e valorização” e “encorajamento”. Mais especificamente, os participantes explicam como o facto de falarem sobre os seus problemas os faz sentir mais leves, mencionam a importância de ter uma motivação externa que os incentive a fazer o tratamento, ter alguém que acredite na sua mudança e falam sobre como os elogios os fazem sentir melhor e mais capazes. A categoria “suporte instrumental” do mesmo modelo também surge na análise dos diários, sendo que esta inclui, no caso do presente estudo, gestão financeira e de medicamentos e partilha de tarefas. Por sua vez, o suporte “informacional” pode ser equiparado à categoria aqui emergente de “orientação”. Estes tipos de suporte, apesar de não terem sempre ligação direta com o abandono dos consumos, parecem contribuir decisivamente para atenuar os efeitos do stress decorrentes de uma recuperação.

Os tipos de suporte emergentes “companhia” e “interação” constituem um outro mecanismo pelo qual as relações sociais atuam na evolução do tratamento, pois segundo Cohen (2004) a interação com outros seres humanos pode, por si só, também possuir um efeito benéfico, atuando através do sentimento de integração e pertença.

Surgem mais alguns tipos de suporte associados a fontes específicas que não podem ser ignorados, como a “preocupação”, o “estar presente” e o “controlo”, associados à família e ao parceiro, “objetivos conjuntos” relativos ao parceiro e “motivação conjunta para o tratamento” relativamente aos amigos com consumos problemáticos. Estes são pouco mencionados na literatura e nas definições de suporte, mas, aqui, surgem como sendo positivos para a recuperação devendo, por isso, ser tidos em conta.

Fazendo ligação com os dois modelos explicativos de atuação do suporte social descritos na introdução teórica deste estudo - *Stress-Buffering* e *Main Effect* (Cohen & Wills, 1983; Cohen, 2004)-, podemos refletir que, tendo em conta os resultados apresentados, também nas dependências este processo parece acontecer de duas maneiras: funcionando como um amortecedor dos efeitos negativos do abandono das drogas, ou atuando de forma direta no tratamento.

Por um lado, através do suporte social - instrumental, emocional e informacional - os indivíduos conseguem tornar o processo de recuperação menos penoso e diminuir os níveis

de stress causados não só pelo processo de mudança, mas também por problemas comuns que surgem no dia-a-dia, tais como doenças, dificuldades económicas, conflitos relacionais, etc; obtendo mesmo ajudas concretas para lidar com estas questões e com os sentimentos negativos a elas associados. Esta visão obtida através da leitura dos diários vai de encontro à explicação do modelo defendido por vários autores, no qual o suporte atua como um amortecedor dos efeitos negativos do stress (Cohen & Wills, 1983; Cohen, 2004)

Por outro lado, através da satisfação de necessidades como integração, socialização e sentimento de pertença, os indivíduos sentem-se mais capazes e motivados para cuidar de si próprios (Cohen & Wills, 1983; Cohen, 2004) e, assim, continuar o tratamento. Para além disso, possuindo uma rede de suporte mais forte e uma perceção de ajuda disponível sentem-se com maiores níveis de confiança e segurança para continuar o processo de mudança. Como mostra Zhou et al (2016), no seu estudo com consumidores de opiáceos, o facto dos indivíduos percecionarem elevados níveis de suporte social disponível aumenta a probabilidade destes se manterem em tratamento. No mesmo sentido, o sentimento de pertença a um determinado grupo também surge relacionado com a redução dos consumos (Day et al., 2013).

No entanto, não surge apenas suporte positivo. Tornam-se evidentes também aspetos negativos relativos às reações de membros significativos para com o tratamento, como a falta de informação sobre o fenómeno da dependência, por parte da família, ou a falta de “ferramentas”, por parte do parceiro. Também o criticismo e preocupação excessivos por parte da família aparecem associados a sentimentos negativos e a dificuldades no processo de recuperação. Alguns estudos defendem, de igual forma, o papel negativo destes fatores nos tratamentos de substâncias (Atadokht et al., 2015). Por esse motivo, e tal como sugere um dos nossos participantes, seria importante pensar em intervenções com as famílias e outros cuidadores, numa lógica psicoeducacional, no sentido de providenciar informações básicas relativas às dependências e sobre como lidar com a pessoa em recuperação, capacitando-os para um suporte mais adequado. Efetivamente, este apoio às famílias existe em algumas equipas de tratamento em Portugal (ARS, 2016). Contudo, é importante que estes apoios sejam divulgados e postos em prática, uma vez que os participantes parecem não ter conhecimento relativo à sua existência.

4.3. Fontes de Suporte

A análise dos diários permite-nos perceber que o suporte necessário à recuperação é obtido através da relação com diversas fontes, tais como a família, os amigos e o parceiro, mencionadas várias vezes na literatura como sendo importantes, mas também através da relação com os profissionais de saúde, como o psicólogo, médicos e assistentes sociais.

O facto da **família** ser a fonte mais mencionada nos diários mostra a expectativa sobre o seu papel em providenciar suporte e a importância que lhe é atribuída. Ora, estes dados não são surpreendentes, tendo em conta os estudos que mostram que esse apoio do núcleo familiar está relacionado com a saúde física e psicológica dos indivíduos em recuperação e com o sucesso no tratamento (Flynn et al., 2003a; Flynn et al., 2003b; Copello et al., 2005; Lin et al., 2011). É possível perceber também um desejo de aproximação à família por parte dos participantes, que parece simultaneamente ser vivida com algum receio. Este desejo mostra, por um lado, que estes não estão satisfeitos com o tipo de relação que mantêm com os seus familiares, mas, mais importante do que isso, deixa clara a vontade que têm de investir nessas relações e de as melhorar.

O **parceiro** é a segunda fonte de suporte mais mencionada, ao qual também é atribuído um papel de relevo. Tal como em todos os outros elementos da rede social, tanto surge como sendo impulsionador recaídas, como um importante motivador para abandonar os consumos problemáticos (*“porque motiva a deixar as drogas por ela”* BD75), podendo também contribuir para o aumento da autoestima. Há quem faça mesmo ligação direta entre o apoio da companheira e a manutenção da abstinência (*“Ela apoiava-me nestas questões e eu apoiava em questões dela. E então, não recaía.”* BD75). Na literatura alguns estudos também mostram que a existência de um parceiro aparece relacionada com redução nos consumos (Day et al., 2013; Panebianco, Gallupe, Carrington & Colozzi, 2016), estando a sua influência negativa, através de conflitos e consumos ativos, também já estudada (Sun, 2007; Tracy et al., 2010).

Os **amigos sem consumos problemáticos**, apesar de surgirem como fontes de suporte positivo para a recuperação, são raros na vida dos participantes. Quando estes se referem a relações de amizade, mencionam mais vezes os **amigos com consumos ativos** que, apesar de também serem capazes de providenciar bem-estar e vários tipos de suporte positivo, são referidos como exercendo uma influência sobretudo negativa. Por vezes,

fazendo pressão para consumir, outras vezes pela simples presença, estes são várias vezes descritos como contribuindo para as recaídas. Estes dados corroboram os resultados de estudos anteriores que mostram o impacto negativo desses grupos (Knight & Simpson, 1996; Day et al., 2013). Muitas vezes, o facto de quererem deixar as drogas, leva as pessoas em recuperação a um afastamento do seu grupo de pares, impondo o isolamento em troca de abstinência.

Contudo, o suporte social não precisa de ser necessariamente providenciado pelas redes informais. A forma como os **profissionais de saúde** são abordados nos conteúdos dos diários mostra o papel, por vezes esquecido, que estes podem assumir como membros significativos das redes de suporte quando os recursos informais escasseiam. Já alguns estudos têm vindo a reforçar o papel dos técnicos em providenciar estas funções (Schuengel & Ijzendoorn, 2001; Brandão, 2012). Este papel de relevo que lhes é atribuído nos diários reforça a necessidade de se pensar em intervenções com abordagens mais humanistas e próximas do sujeito, que vão de encontro às suas carências sociais e relacionais e que contrastam com o que convencionalmente é oferecido no âmbito do modelo biomédico de atuação. Os profissionais de saúde, pelo papel de proximidade e continuidade que ocupam, têm a possibilidade de atuar como fonte de suporte e base segura que o utente precisa (Schuengel & Ijzendoorn, 2001), pois é na relação de confiança, abertura e empatia que a mudança acontece (Rogers, 2009). Os resultados do presente estudo mostram que esta é uma linha de pensamento que deve ser tida em conta no momento de desenhar respostas com pessoas marginalizadas pelo uso de substâncias e pelo estigma de que são alvo. De igual forma, também o Serviço de Intervenção dos Comportamentos Aditivos e das Dependências (SICAD, s.d) preconiza estes mesmos valores humanistas como sendo essenciais à prática dos profissionais desta área, sendo, por isso, fundamental garantir que estes estão a ser aplicados.

Contudo, e como Rogers (2009) defende, não é necessário ser-se um profissional e técnico especializado numa área específica para se conseguir estabelecer uma relação de ajuda. Esta pode ser criada, com qualquer pessoa ou grupo, desde que estejam reunidas as condições necessárias à mudança, tais como, compreensão empática, aceitação positiva incondicional e congruência (Rogers, 2009). O facto de ser necessária, na análise dos diários, a elaboração de uma categoria para incluir descrições referentes a **fontes de suporte alternativas**, mostra esta relatividade do papel da fonte de suporte. Por vezes, pessoas que surgem, por acaso, na vida dos participantes, acabam por ter um papel essencial na sua

recuperação, desde a vizinha, à empregada do café, ao familiar de um amigo ou à senhora que oferece refeições e dá recados. Estes cidadãos, com os seus pequenos gestos, contribuem, de alguma forma, para satisfazer as necessidades de suporte dos participantes, muitas vezes sem sequer estarem conscientes disso. Seja pela preocupação genuína que demonstram, pela pequena ajuda financeira ou material que providenciam, pela confiança que se torna evidente, ou pela simples interação que demonstram não hesitar em ter, estas pessoas parecem contribuir sensivelmente para melhorar as vidas destes utilizadores de drogas em recuperação.

Este efeito só acontece porque os interlocutores não só se mostram disponíveis para receber estas ajudas (tendo em conta que o suporte social é um processo ativo), como ainda as descrevem nos seus diários como sendo “*a coisa boa da semana*”, aquilo “*que correu bem*” na sua recuperação. Estas são relações que parecem romper as expectativas dos sujeitos, que influenciam o processo de mudança pela forma como os fazem sentir-se aceites e valorizados. Tendo isto em conta, é possível concluir que, como diz Rogers (2009), qualquer relação pode ser uma relação de ajuda e, portanto, é preciso pensar em oportunidades e projetos que permitam a construção destas relações junto de pessoas que estão em processo de recuperação.

4.4. O desejo de criar novos laços

Efetivamente, está muito presente nos diários o **desejo de construir laços com pessoas que estejam “fora do mundo das drogas”**. Estas relações permitem, segundo os participantes, ajudar a manter abstinência, partilhar atividades alternativas aos consumos, encontrar projetos comuns, ou mesmo, estabelecer intimidade. A literatura também mostra a importância de criar novas relações significativas que sejam fontes de suporte e facilitadoras de abstinência (Vaillant, 1966; Billings & Moos, 1983; Battjes, 1984; Schmitt, 2013).

No entanto, a **dificuldade em conseguir criar estes laços** durante um processo de recuperação está clara. Por um lado, é o tipo de vida apressada que se leva na sociedade e a idade avançada que não permitem grandes oportunidades de interação. Ao mesmo tempo, são os próprios participantes que não se sentem capazes de procurar estas ligações, ou porque estão deprimidos e lhes “*falta motivação*”, ou porque sentem que já não sabem “*deslocar-se*

e comunicar” na sociedade. Talvez sejam imobilizados pelo estigma, ainda presente, sobre os consumidores de drogas, o mesmo que os próprios interiorizam (Leghari, Bano, Ahmad & Akram, 2018). Neste sentido, e como diz um dos nossos participantes, é preciso criar oportunidades de interação entre as pessoas “*dos dois mundos*” para mostrar a ambos que, se calhar, pertencem a apenas um mundo só.

4.5. Autoafastamento das Redes de Suporte

Contudo, mesmo em situações em que estão disponíveis redes facilitadoras da recuperação, parece haver, por vezes, um afastamento por parte dos próprios participantes. Este surge nos diários causado pelo medo de falhar ou desiludir as pessoas de quem gostam, ou por vergonha pelos seus comportamentos. Efetivamente, os utilizadores de drogas que falham os tratamentos tendem a demonstrar uma menor capacidade de aceder às suas redes de suporte (Ferreira, 1997). Tracy e colaboradores (2010) explicam que a obrigação de retribuir a ajuda de alguém pode causar elevados níveis de stress, levar ao afastamento e relutância em utilizar a assistência disponível, especialmente em pessoas que sentem que têm poucos recursos para oferecer em troca.

Em alguns diários, este afastamento acontece mesmo numa fase anterior ao processo de mudança, ainda com consumos ativos e descontrolados, na qual o valor atribuído à droga se sobrepõe ao das interações humanas. Esta sobrevalorização da substância faz com que se afastem, muitas vezes, de familiares, amigos ou, até mesmo, do parceiro/a. Schmitt (2013) afirma que esta dinâmica de afastamento muitas vezes deteriora as relações com os membros significativos e impede-os de fornecer a aliança necessária.

4.6. Isolamento e Solidão

Ora, todos estes processos contribuem para a deterioração da vida social destas pessoas que usam drogas, resultando, frequentemente, em sentimentos de **isolamento e solidão**, patentes nos diários de vários participantes, ao longo do tempo em que permaneceram no estudo. Esta solidão está mais presente nos indivíduos de idades mais avançadas (acima dos 45/50 anos), que se encontram em programas de substituição há vários anos. A literatura mostra que estes grupos de utilizadores de drogas mais velhos são os mais

afetados pela marginalização e exclusão social, apresentando os maiores níveis de isolamento e solidão, assim como menores níveis de suporte social e saúde mental (Warren, Stein & Grella, 2007). Como afirma JD52, “ *a maioria mora em quartos, saem do quarto, vão almoçar, voltam para o quarto, vão jantar, voltam para o quarto e passam muito tempo isolados.*”. Falando especificamente do seu caso, o mesmo participante acrescenta “*Cada vez me isolo mais. Porque sinto que sou apenas um cidadão que está na face da terra à espera da sua vez. Porque não tenho ambições para o futuro, não tenho perspectivas para o futuro.*”.

Por, muitas vezes, já não terem consumos ativos de substâncias ilícitas e estarem já afastados de problemas como doenças infecciosas ou questões legais tornam-se mais “invisíveis” perante a sociedade e as instituições. Não representam o foco das intervenções, sendo, muitas vezes, excluídos de critérios de ajuda e postos de lado por se considerar que já estão livres das substâncias ilícitas (EMCDDA, 2012). Os próprios indivíduos já nem pedem apoio, pois consideram que “*já foi o seu tempo de as pedir*” e “*há pessoas que precisam mais*”. Outros sentem-se abandonados pelas instituições, dizendo “*é preciso eu voltar a consumir para me ajudarem?*”.

Por tudo isto, é necessário que se utilize uma definição de integração mais ampla, que vá além da preocupação pela integração económica do indivíduo. No mesmo sentido, o EMCDDA (2012) recomenda que a avaliação do sucesso no tratamento inclua medidas eficazes relativas ao nível de reintegração social.

Em Portugal, os Serviços de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (s.d) estipulam a elaboração de um Plano Individual de Inserção para cada pessoa que procura tratamento, que contempla as dimensões “indivíduo”, “família” e “sistemas sociais”- assim como, a relação entre estas. Implica três avaliações (uma intermédia, final e *follow-up*), que devem ser discutidas em reuniões multidisciplinares e permitem que se vá monitorizando o processo de reintegração de cada indivíduo, as dificuldades sentidas, os objetivos a cumprir e os passos para os atingir. Mesmo depois do utente ter “alta”, deve continuar a ser contactado, em *follow-up*, para o técnico perceber as dificuldades que encontrou, assim como, os seus progressos, evitando eventuais recaídas e garantindo uma plena reinserção (SICAD, s.d).

Não é objetivo do presente estudo avaliar o funcionamento das instituições. No âmbito dos resultados obtidos, pode-se apenas dizer que, os participantes não estão, em geral,

satisfeitos com o suporte social que recebem, a partir dos sentimentos de abandono e isolamento patentes nos diários, que mostram que existe uma evidente falha nas suas ligações informais e satisfação de necessidades básicas de suporte. Se a reinserção prevista não aconteceu, mesmo após décadas passadas em programas de substituição opiácea, recebendo apoio médico e, por vezes, psicológico, é certo que alguma coisa está a falhar.

4.7. Sugestões para intervenções futuras

Por tudo isto, é preciso planear intervenções com o objetivo de melhorar o suporte providenciado pelas redes dos indivíduos em recuperação de dependências de substâncias, sendo que estas devem ser adequadas às necessidades em falta de cada utente.

Nos casos em que existem redes de suporte disponíveis, como membros da família ou um parceiro, devem ser desenvolvidas respostas no sentido de melhorar a ajuda providenciada, reduzir hipotéticos conflitos relacionais e incluir estas pessoas no processo de recuperação. Um estudo com indivíduos dependentes de cocaína mostrou que o envolvimento destes elementos no tratamento é preditor de abstinência (Higgins, Budney, Bickel & Badger, 1994). De igual forma, estudos com pacientes integrados em terapias de rede mostram resultados positivos na recuperação, quando comparados com um grupo de controlo (Galanter et al., 2004). Existem programas de intervenção em redes de suporte estudados como tendo efetividade no tratamento de dependências de substâncias, como é o caso do “*Social Behaviour and Network Therapy*” (Williamson, Smith, Orford, Copello & Day, 2007) e, portanto, devem servir como exemplo para orientar o desenho de futuras intervenções.

Para contornar a situação, não pouco frequente, da falta de membros significativos disponíveis para integrar a terapia, um dos participantes sugere que se desenvolva um programa de “*Padrinhos*” - pessoas que se voluntariam e com quem os utilizadores de drogas em tratamento poderiam conversar sobre os seus medos, incertezas, e problemas normais das suas vidas, sem julgamentos. Um exemplo de projeto próximo deste tipo de estrutura de intervenção, que surge várias vezes na literatura como tendo impacto positivo (Litt & Mallon, 2003; Flynn et al, 2003a; Ramos et al., 2018) é o programa de 12-passos, como os Narcóticos Anónimos ou Alcoólicos Anónimos. Os criadores destes projetos acreditam que a eficácia que lhes é atribuída acontece devido à partilha de experiências e a relação de ajuda

que se estabelece, neste caso, por pessoas que já passaram por experiências semelhantes e que se disponibilizam para contribuir para o crescimento pessoal de um outro membro que passa pelo mesmo problema (Narcóticos Anónimos, s.d). Uma vez que estas alternativas existem, devem ser faladas e divulgadas com os utentes, a partir do momento em que há evidências de que ajudam na recuperação. Convém continuar a explorá-las cientificamente,mas também procurar novos formatos e enquadramentos.

Adicionalmente, devem ser pensadas mais intervenções que se baseiem em premissas semelhantes, que permitam providenciar redes de suporte alternativas ou “artificiais” e assistir em situações de crise. Em Portugal, existia até então a *Linha Vida SOS Droga*, um serviço de aconselhamento providenciado por profissionais de Psicologia através de contacto telefónico, anónimo, gratuito e confidencial. Este tinha como objetivo prestar suporte emocional, esclarecer dúvidas e refletir sobre questões relacionadas com as dependências. No entanto, mais uma vez, nenhum participante parece ter utilizado esta rede ou lembrar-se da sua existência. Na verdade, a utilização desta linha tem vindo a diminuir drasticamente nos últimos anos. Em 2004 o registo de chamadas ultrapassou as 40000 chamadas, enquanto que em 2018 se registaram apenas 3689, das quais cerca de 70 % não apresentam conteúdo (Impala news, 2019), o que mostra que esta rede de suporte não está a ser utilizada quando necessária.

Uma hipótese que não pode ser esquecida, também mencionada por uma participante, é a inclusão de jovens voluntários capazes de criar uma relação de proximidade e inter-ajuda com esta população. Seria, então, interessante pensar em projetos de investigação-ação que funcionassem neste sentido, criando interações sociais positivas e, possivelmente, permitindo desencadear processos de mudança na lógica de Rogers (2009). Schuengel & Ijzendoorn (2001) também sugerem que a prevenção de danos emocionais em indivíduos que não possuem uma base segura e que estão em processo de recuperação pode ser realizada por voluntários da comunidade, que assumiriam esse papel.

Apesar de não ser objetivo do presente estudo, a verdade é que se tornou evidente, com a leitura dos diários, um efeito benéfico (descrito pelos participantes) dos encontros presenciais decorrentes da investigação. No momento de responder à questão “*O estudo teve algum impacto na sua recuperação?*”, colocada no guião para controlar uma eventual interferência da relação investigador-participante, obtiveram-se algumas respostas surpreendentes. Seis participantes dizem que o contacto estabelecido durante a investigação

teve impacto positivo, pois permitiu uma oportunidade de desabafarem, de refletirem ou de se distraírem. BD75 diz mesmo *“Para ser sincero, havia semanas em que eu contava os dias e as horas para poder falar outra vez. Desabafar fez-me mesmo bem, sentia-me outro depois. No início quando entrei para este projeto, estava prestes a recair, então, isto apareceu na altura certa, porque acho que falar das coisas com esta frequência evitou que eu recaísse.”*. KN56 diz *“Teve impacto, foi positivo. Fez-me bem falar. Mais até do que quando falo com o psiquiatra, porque com ele é mais rápido, menos vezes e é só para me dar medicação.”*; JD35 refere *“E ao falar acabei por pensar e refletir sobre coisas que já não pensava há muito.”*; enquanto que IO99 diz *“Ver outras pessoas e ter outros pensamentos foi bom para mim, fez-me mudar para melhor.”*

Estas respostas, mostram por um lado que a investigação terá interferido com a própria recuperação em si, o que não era desejável, contudo, acabam por reforçar as ideias discutidas nos resultados deste estudo, relativamente ao impacto que a abertura e compreensão empática têm na recuperação.

Não esquecendo que o suporte social é um processo ativo e tendo em conta os dados relativos ao autoafastamento, é crucial capacitar estes indivíduos para a criação e manutenção de relações afetivas, ajudá-los a mobilizar as suas redes de suporte e a desenvolver a sua autoestima. Flynn e colaboradores (2003b) mostram que os grupos de pacientes considerados “recuperados” do consumo de opiáceos quando comparados aos considerados “não recuperados”, apresentam crenças relativas a uma melhor capacidade de se relacionarem com os outros e uma melhor capacidade de identificar e expressar emoções. Existe evidência de efeitos benéficos na recuperação de programas de treino de competências comunicacionais em utilizadores de drogas em recuperação (Bartholomew, Hiller, Knight, Nucatola & Simpson, 2000). Neste sentido, Kelly e colaboradores (2010) alertam para a mudança necessária nos focos dos tratamentos, passando de intervenções centradas na capacidade de resistir aos consumos e no autoconhecimento para intervenções mais focadas na capacitação dos indivíduos em aceder e utilizar as suas redes.

O psicólogo tem um papel essencial na materialização de todas estas questões relacionadas com o suporte social. Nesse sentido, as intervenções desta área das dependências de substâncias devem reforçar e investir na componente psicológica dos tratamentos.

Seria, por fim, indispensável, incluírem-se medidas capazes de avaliar e garantir se as necessidades de suporte estão a ser satisfeitas.

5. Potencialidades e Limitações do Estudo

Uma das principais limitações deste estudo diz respeito aos *dropouts* dos participantes, o que originou 6 diários só com uma entrada. O facto de ser um estudo prolongado no tempo, aumenta a probabilidade de desistência. Para contornar esta situação, deviam ter sido recrutados mais participantes. Adicionalmente, as saídas antes do tempo previsto impediram que se terminasse o preenchimento das fichas de dados sociodemográficos de alguns participantes que, por esse motivo, se apresentam incompletas e impedem análises mais aprofundadas.

O facto da escrita do diário ser realizada na presença do investigador é uma limitação, no sentido em que aumenta a probabilidade da sua influência no estudo. No entanto, as investigadoras receberam treino para o desempenho das suas funções de forma a minorar essa influência e foram realizadas reuniões regulares de discussão e auto-reflexão que contribuíram também para o controlo desse fator.

Ao mesmo tempo, este contacto permite que se criem raciocínios mais elaborados sobre os temas durante a interação, permite que sejam aprofundados tópicos através de questões mais específicas e, portanto, resulta em dados mais ricos e genuínos. Na verdade, verificou-se que, à medida que a relação de confiança investigador-participante aumentava, os conteúdos tornavam-se mais densos, genuínos e profundos, uma vez que a componente de desejabilidade social diminuía.

O facto de serem recrutados apenas participantes do distrito do Porto não permite realizar generalizações, pois cada região e respetivas populações têm as suas características contextuais próprias. No entanto, não é objetivo da investigação qualitativa generalizar, sendo que o presente estudo, tal como era pretendido, permitiu criar uma discussão em torno do impacto das interações sociais na vida e recuperação destes utilizadores de drogas, assim como os processos pelos quais as relações sociais atuam e providenciam suporte na recuperação. Funciona, portanto, como um estudo impulsionador para investigações futuras mais abrangentes sobre o tema, assim como projetos investigação-ação que promovam a melhoria das condições de suporte destas populações.

Seria interessante, realizar futuramente, um estudo semelhante a este em larga escala, com a inclusão de mais participantes e provenientes de várias localidades, pois com o reduzido número de sujeitos recrutados para os diários, não é possível perceber a real

dimensão de cada categoria e subcategoria, não correspondendo, por isso, a um impacto fidedigno. Se a esta metodologia de investigação se acrescentasse uma componente de suporte providenciada pelos próprios investigadores (com o devido treino e formação), ao mesmo tempo que os dados são recolhidos, seria ainda mais rica e poderia, eventualmente, contribuir para satisfazer as necessidades sociais das pessoas envolvidas e, assim, ter um papel ativo na sua recuperação.

6. Conclusão

Este estudo reforça a importância de se pensar na recuperação como algo que implica integração social e satisfação de necessidades básicas de suporte, sendo preciso substituir uma preocupação com questões de saúde pública por uma preocupação pelo pleno bem-estar do indivíduo, para lá das questões sociosanitárias mais evidentes.

Os resultados mostram, ainda, a importância de construir redes sociais sólidas entre as pessoas que estão em processo de recuperação e fazer intervenções nos seus núcleos afetivos, assim como providenciar ajuda psicológica e bons relacionamentos com os técnicos sociais e de saúde. Por fim, este estudo reforça a necessidade de se projetar políticas e tratamentos mais inclusivos e menos repressivos, baseados na aceitação incondicional, no apoio e na integração do utilizador de drogas no seu ambiente e na sociedade.

Referências Bibliográficas

- Advisory Council on the Misuse of Drugs. (2003). *Hidden harm: responding to the needs of children of problem drug users*. London: Home Office
- American Psychological Association (2014). *DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, 5ª Edição*. Lisboa: Climepsi Editores. - confirmar
- ARSA Algarve (2016). *Key findings*. Consultado Junho 06, 2019 em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/comportamentos-aditivos-e-dependencia/gaje-gabinete-de-atendimento-a-jovens-e-envolventes/>
- Atadokht, A., Hajloo, N., Karimi, M., & Narimani, M. (2015). The Role of Family Expressed Emotion and Perceived Social Support in Predicting Addiction Relapse. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 4(1). doi:10.5812/ijhrba.21250
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Barros, J. (2002). Pensando o processo saúde doença: A que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67-84.
- Bartholomew, N., Hiller, M., Knight, K., Nucatola, D., Simpson, D. (2000). Effectiveness of communication and relationship skills training for men in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(3), 217–225. doi:10.1016/s0740-5472(99)00051-3
- Battjes, R. J. (1984). Symbolic interaction theory: A perspective on drug abuse and its treatment. *International Journal of the Addictions*, 19(6), 675-688. <http://dx.doi.org/10.3109/10826088409057214>
- Becker, H. S. (1953). Becoming a Marijuana User. *American Journal of Sociology*, 59(3), 235–242. doi:10.1086/221326
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1983). Psychosocial processes of recovery among alcoholics and their families: Implications for clinicians and program evaluations. *Addictive Behaviors*, 8(3), 205–218. doi:10.1016/0306-4603(83)90016-3
- Brandão, T., M. (2012). *Vinculação ao Terapeuta, Vinculação ao Par Romântico e bem-estar psicológico de dependentes químicos em recuperação*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

- Bytheway, B. (2012). *The use of diaries in Qualitative Longitudinal Research*. Timescapes Methods Guides Series 2012. (Guide nº7). Disponível em: <http://www.timescapes.leeds.ac.uk/assets/files/methods-guides/timescapes-bytheway-use-of-diaries.pdf>
- Cohen, S., Underwood, L.G., & Gottlieb, B.H. (2000). Social Relationships and Health. In S. Cohen, Underwood, L.G. & Gottlieb, B.H. (Ed.), *Social Support Measurement and Intervention: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Cohen, S. (2004). *Social Relationships and Health*. *American Psychologist*, 59(8), 676–684. doi:10.1037/0003-066x.59.8.676
- Copello, A., Velleman, R., & Templeton, L. (2005). *Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems*. *Drug and Alcohol Review*, 24(4), 369–385. doi:10.1080/09595230500302356
- Cruz, O., Machado, C. & Fernandes, L. (2012). O ‘problema da droga’: Sua construção, desconstrução e reconstrução. *Análise Psicológica* (1-2), 49-61.
- Day, E., Copello, A., Karia, M., Roche, J., Grewal, P., George, S., . . . Chohan, G. (2013). Social Network Support for Individuals Receiving Opiate Substitution Treatment and Its Association with Treatment Progress. *European Addiction Research*, 19(4), pp. 211-221. doi:10.1159/000343827
- Dodge, K., & Potocky, M. (2000). Female substance abuse Characteristics and correlates in a sample of inpatient clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 59–64. doi:10.1016/s0740-5472(99)00017-3
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2012). *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment* (EMCDDA Insights 13). Luxembourg: Publications Office of the European Union
- European Research Network on Illicit Drugs (n.d.). Strategic Research Agenda for Europe in the field of illicit drugs (Technical Document). Retrieved from European Research Network on Illicit Drugs website
- Escobotado, A. (1999). *A brief history of drugs: from the stone age to the stoned age*. Rochester: Park Street Press

- Fernandes, L. (1998). *O sítio das drogas*. Lisboa: Editorial Notícias
- Fernandes, L. (2009). O que a droga faz à norma. *Toxicodependências*, 15(1), 3-18. http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/455/Toxico_N1_2009_1.pdf
- Ferreira, E. V. (1997). Efeitos Sócio-demográficos e sócioreacionais sobre o processo de tratamento de toxicómanos. *Revista Toxicodependências*, 3(3), pp. 55-64. Retrieved from: http://www.sicad.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Paginas/detalhe.aspx?itemId=381&lista=SICAD_Artigos&bkUrl=http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists
- Flynn, P. M., Joe, G. W., Broome, K. M., Simpson, D. D., & Brown, B. S. (2003a). Recovery from opioid addiction in DATOS. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(3), pp. 177-186. doi:10.1016/S0740-5472(03)00125-9
- Flynn, P. M., Joe, G. W., Broome, K. M., Simpson, D. D., & Brown, B. (2003b). Looking back on cocaine dependence: reasons for recovery. *The American Journal on Addictions*, 12(5), pp. 398-411. doi:10.1111/j.1521-0391.2003.tb00483.x
- Foucault, M. (1999). Nacimiento de la medicina social. In J. Varela & F.A. Uría (Trad.). *Estrategias de Poder. Obras esenciales, Volumen 2* (pp. 363-384). Barcelona: Paidós Ibérica
- Galanter, M., Dermatis, H., Glickman, L., Maslansky, R., Sellers, M. B., Neumann, E., & Rahman-Dujarric, C. (2004). *Network therapy: Decreased secondary opioid use during buprenorphine maintenance*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(4), 313–318. doi: 10.1016/j.jsat.2004.03.002
- Gogineni, A., Stein, M. D., & Friedmann, P. D. (2001). *Social relationships and intravenous drug use among methadone maintenance patients*. *Drug and Alcohol Dependence*, 64(1), 47–53. doi:10.1016/s0376-8716(00)00230-1
- Harmmersley (2017). *How and Why Addiction is socially constructed*. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/313116535_How_and_Why_Addiction_is_socially_constructed
- Heller, K., Swindle, R. W., & Dusenbury, L. (1986). Component social support processes: Comments and integration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 466-470. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.54.4.466>

- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., & Badger, G. J. (1994). Participation of Significant Others in Outpatient Behavioral Treatment Predicts Greater Cocaine Abstinence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 20*(1), 47–56. doi:10.3109/00952999409084056
- House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83–108). New York: Academic Press
- Iida, M., Shrout, P. E., Laurenceau, J. P., & Bolger, N. (2012). *Using diary methods in psychological research*. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology: Vol. 1. Foundations, planning, measures, and psychometrics* (pp. 277-305). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Impala news (2019, Agosto, 27). Linha Vida SOS Droga vai integrar a SNS 24. *Impala new*.Retirado de: <https://www.impala.pt/noticias/linha-sos-droga-sns-24/>
- Kelly, S. M., O’Grady, K. E., Schwartz, R. P., Peterson, J. A., Wilson, M. E., & Brown, B. S. (2010). *The Relationship of Social Support to Treatment Entry and Engagement: The Community Assessment Inventory*. *Substance Abuse, 31*(1), 43–52. doi:10.1080/08897070903442640
- Knight, D. K., & Simpson, D. D. (1996). *Influences of family and friends on client progress during drug abuse treatment*. *Journal of Substance Abuse, 8*(4), 417–429. doi:10.1016/s0899-3289(96)90003-6
- 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
- Lin, C., Wu, Z., & Detels, R. (2011). Family support, quality of life and concurrent substance use among methadone maintenance therapy clients in China. *Public Health, 125*(5), 269–274. doi:10.1016/j.puhe.2011.01.009
- Litt, M. D., & Mallon, S. D. (2003). *The Design of Social Support Networks for Offenders in Outpatient Drug Treatment*. *Federal Probation, 67*(2), pp. 15-20
- Milhet, M., Diaz-Gomez, C., & Mutatayi, C. (n.d.). Comparative Analysis of Research into Illicit Drugs Across Europe (Full Report). Retrieved from European Research Network on Illicit Drugs website

- Mericle, A. A. (2014). *The role of social networks in recovery from alcohol and drug abuse. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40(3), 179–180. doi:10.3109/00952990.2013.875553
- Narcóticos Anónimos, (s.d) *O que é Narcóticos Anónimos?* Disponível em <https://na-pt.org/recurso/facto.php>
- Narcóticos Anónimos, (s.d) *Desenvolvimento.* Disponível em <https://na-pt.org/recurso/facto.php>
- Olney, S. (2015). *The medicalization of psychotherapy: Practicing under the influence.* Maryland: Lexington Books.
- Panebianco, D., Gallupe, O., Carrington, P. J., & Colozzi, I. (2016). Personal support networks, social capital, and risk of relapse among individuals treated for substance use issues. *International Journal of Drug Policy*, 27, 146–153. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.09.009
- Pope, R. C., Wallhagen, M., & Davis, H. (2010). The Social Determinants of Substance Abuse in African American Baby Boomers: Effects of Family, Media Images, and Environment. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(3), 246–256. doi:10.1177/1043659609358785
- Ramos, J., Vieira, M., Simon, A., Crocamo, C., Bartoli, F., Viganò, G. ... Barbosa, J. (2018). *The Role of Social Environment in Pathways to Recovery: a Scoping Review (master's thesis).* Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto
- Reinarman, C. (2005). Addiction as accomplishment: The discursive construction of disease. *Addiction Research & Theory*, 13(4), 307–320. doi:10.1080/16066350500077728
- Rhodes, T., Coomber, R. (2010). Qualitative Methods and Theory in Addiciton Research. In P. G. Miller, J. Strang, P. M. Miller. (Eds.). *Addiction Research Methods* (p.59-78). Chicester, United Kingdom: John Wiley and Sons Ltd
- Rogers, C., (2009) *Tornar-se Pessoa* (Entre Letras, trad) (1ªed) Lisboa: Padrões Culturais Editora (Obra originalmente publicada em 1961)
- Romaní, O. (1999). *Las drogas: sueños e razones.* Barcelona: Editorial Ariel, S. A.
- Sarason, I.G., & Sarason, B.R. (Eds) (1985). *Social Support: Theory, Research and Applications.* Seattle, Washington: Autores.
- Schuengel, C., & van Ijzendoorn, M. H. (2001). Attachment in mental health institutions: A critical review of assumptions, clinical implications, and research strategies.

- Attachment & Human Development*, 3(3), 304–323.
doi:10.1080/14616730110096906
- SICAD. (s.d). 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%A9riaDeDrogasEToxicoddepend%C3%AAs.pdf
- SICAD. (s.d). *Missão, Visão e Valores*. Disponível em: <http://www.sicad.pt/PT/Institucional/Missao/Paginas/default.aspx>
- Spooner, C., & Hetherington, K. (2004). *Social Determinants of Drug User* (Technical Report N° 228). Retrieved from the National Drug and Alcohol Research Centre.
- Schmitt, M. M. (2003). *Recovery from substance abuse: The role of unsupportive social interactions*. (Doctoral dissertation). Retrieved from <https://scholarscompass.vcu.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1660&context=etd>
- Sun, A. (2007). Relapse among substance-abusing women: Components and processes. *Substance Use & Misuse*, 42, 1–21.
- Thoits, P. A. (1983). Multiple identities and psychological well-being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis. *American Sociological Review*, 48(2), 174–187. <http://dx.doi.org/10.2307/2095103>
- Tracy, E. M., Munson, M. R., Peterson, L. T., & Floersch, J. E. (2010). *Social Support: A Mixed Blessing for Women in Substance Abuse Treatment*. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 10(3), 257–282. doi:10.1080/1533256x.2010.500970
- VAILLANT, G. E. (1966). *A Twelve-Year Follow-Up of New York Narcotic Addicts: IV. Some Characteristics and Determinants of Abstinence*. *American Journal of Psychiatry*, 123(5), 573–585. doi:10.1176/ajp.123.5.573
- Vaux, A. (1988). *Social Support: Theory, Research and Intervention*. New York: Praeger.
- Warren, J. I., Stein, J. A., & Grella, C. E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2-3), 267–274. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.01.009
- Wasserman, D. A., Stewart, A. L., & Delucchi, K. L. (2001). Social support and abstinence from opiates and cocaine during opioid maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 65(1), 65-75. [http://dx.doi.org/10.1016/S0376-8716\(01\)00151-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0376-8716(01)00151-X)

- Williamson, E., Smith, M., Orford, J., Copello, A. G., & Day, E. (2007). *Social Behavior and Network Therapy for Drug Problems: Evidence of Benefits and Challenges*. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 6(4), 167–179. doi: 10.1097/adt.0b013e31802b4eb2
- World Health Organization (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: WHO Library Cataloguing
- Zhou, K., Li, H., Wei, X., Li, X., & Zhuang, G. (2016). Relationships between perceived social support and retention among patients in methadone maintenance treatment in mainland China. *Psychology, Health & Medicine*, 22(4), 493–500. doi:10.1080/13548506.2016.1164873
- Zinberg, N., E. (1984). *Drug, Set, and Setting The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Connecticut: Yale University Press

ANEXOS

Anexo 1

Tabela 1

Caracterização dos participantes

<i>Participante</i>	<i>Género</i>	<i>Idade</i>	<i>Tempo de permanência no estudo</i>	<i>Tempo em que está em programa de substituição</i>
TQ30	F	45	8 meses (presencial)	12 anos
JD35	M	47	10 meses (presencial)	17 anos (com recaídas)
IO99	M	35	6 meses (presencial)	12 anos
KT65	M	48	7 meses (presencial)	2 anos
OK54	M	?	2 meses (presencial)	2 anos
FU62	M	?	1 único encontro	?
JD52	M	44	8 meses (presencial)	9 meses (desde a última recaída)
KN56	M	53	11 meses (presencial)	17 anos
BD75	M	53	10 meses (presencial)	20 anos +
OQ53	M	38	8 meses (individual+ presencial)	4 anos
UN01	M	28	9 meses (escrita individual)	5 meses; <1 ano
BD35	F	?	1 único encontro	?
BD04	F	?	2 meses (escrita individual + presencial)	?
XH22	M	38	2 meses (telefone)	?
K59	M	?	1 único encontro	?
B011	M	45	9 meses	?
DT96	F	43	7 meses	?
LT52	M	31	½ mês	?
MT11	F	65	7 meses	?
KT36	M	?	1 único encontro	?
OQ37	M	43	1 único encontro	?
S070	M	?	1 único encontro	?

Anexo 2

Modelo do diário utilizado

Diário de Saúde

CÓDIGO DO DIÁRIO _____



Diário de saúde

O objetivo do projeto é obter uma melhor compreensão da importância do contexto social na reabilitação e reintegração sócio-económica 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 o/a 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, pode incluir apenas 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
- Contacto com médicos e profissionais de saúde
- Uso de álcool e/ou substâncias
- 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 tenhamos esquecido?
- Como podem as pessoas marginalizadas pelo uso de substâncias reinserir-se na sociedade?
Como podemos ajudar essas pessoas a sair do isolamento?

Anexo 3

Tabela 2:

Categorias Emergentes

Tipos de Suporte	Compreensão e Abertura	
	Aceitação e Valorização	
	Encorajamento	
	Companhia	
	Interação	
	Orientação	
	Instrumental	
	Socio-Afetivo geral	
Dinâmicas Relacionais		
Fontes de Suporte	Família	Compreensão e Abertura
		Aceitação e Valorização
		Encorajamento
		Preocupação
		Orientação
		Instrumental
		Controlo
		Estar presente
		Falta de informação
		Suporte Negativo
	Impacto na recuperação	Impacto positivo
		Impacto negativo

Desejos		
Parceiro(a)	Dinâmicas Relacionais	Compreensão e Abertura
		Aceitação e Valorização
		Encorajamento
		Preocupação
		Orientação
		Instrumental
		Controlo
		Companhia
	Suporte na Recuperação	Estar presente
		Objetivos conjuntos
	Não saber lidar/ Falta de ferramentas	
	Suporte Negativo	
Impacto na Recuperação	Impacto positivo	
	Impacto negativo	
Desejos		
Perceções sobre relações de Amizade em geral	Caracterização do grupo	
	Suporte	
	Dinâmicas Relacionais	
Amigos com consumos problemáticos		Compreensão e Abertura
		Encorajamento
		Companhia
	Suporte na Recuperação	Instrumental
		Pressão para os consumos

			Aumento dos Consumos/Recaídas
Amigos		Impacto na Recuperação	Resistência aos consumos apesar da pressão
			Motivação conjunta para o tratamento
		Dinâmicas Relacionais	
			Compreensão e Abertura
	Amigos sem consumos problemáticos	Suporte na Recuperação	Encorajamento
			Orientação
			Companhia
			Instrumental
		Impacto na recuperação	Impacto Positivo
Profissionais de Saúde	Psicólogo		
	Assistente Social		
	Outros técnicos		
Outras fontes de suporte			
Isolamento da sociedade			
Autoafastamento das Redes de Suporte	Sobrevalorização da substância em detrimento das relações sociais		
	Querer deixar os consumos		
	Medo de falhar		
Dificuldades Relacionais	Dificuldades expressivas		
	Mau estar psicológico		
	Dificuldade em criar relações fora		

	do mundo das drogas
	Sentir-se deslocado da sociedade
Isolamento	Mal da sociedade em geral
Desejo de criar novas relações	
	“Padrinhos”
	Acompanhamento proximal
	Intervenção nas famílias
Sugestões para sair do isolamento/Melhorar redes de suporte	Empoderamento dos UDs
	Projetos de convergência
	Jovens como cuidadores voluntários

ANEXO 4

Tabela 5

Tipos de Suporte providenciados pela Família na Recuperação

	Presença	Ausência
Instrumental	<p><i>“Falei com os meus irmãos e eles ajudaram-me de novo. Tinha muitas dívidas por causa da coca e eles ajudaram-me a pagá-las também. Voltei para casa do meu irmão.”</i> KN56</p>	<p><i>“Porque eu via pessoas, amigos meus que tinham apoio familiar e eram mais protegidos porque tinham família, por exemplo, quando íamos a uma primeira consulta e tínhamos de comprar medicação, eu via amigos meus em que as mães lhes compravam a medicação e a minha tinha de ser eu a comprar.”</i></p>
	<p><i>“Eu vou comer sempre à minha irmã, ela vem arrumar a minha casa.”</i> KT65</p>	
	<p><i>“É a minha irmã que controla a minha mesada e isso ajuda-me muito.”</i> OQ53</p>	
Preocupação	<p><i>“O carinho que a minha mãe me dá é ligar-me, preocupar-se comigo, e é um carinho que não tenho de mais ninguém. É raro o dia em que não me liga para perguntar se estou bem, às vezes ligo-lhe eu.”</i> JD52</p>	<p><i>“A minha irmã não dizia nada. Era diferente.”</i> KN56</p>
	<p><i>“porque fazia-me aperceber o quanto eu fazia sofrer aquelas pessoas próximas, e com uma constante preocupação delas. Essa preocupação ajudou-me a mentalizar que tinha que deixar.”</i> UN01</p>	<p><i>“Se eu tivesse uma tia, um tio, que se preocupassem em me levar, mas eu não tinha.”</i> JD52</p> <p><i>“a minha mãe não queria saber de mim,”</i> TQ30</p>
Estar presente	<p><i>“Em relação aos meus filhos também ajudou muito, ver que eles se aproximam mais.”</i> DT96</p>	<p><i>“Quando entrei no CAT há mais de 10 anos atrás, precisei da minha mãe e da ajuda dela e não foi possível.”</i> IO99</p>
	<p><i>“O meu irmão que é médico levou-me ao hospital e fiquei em casa a tomar medicação. Nessa altura o meu irmão andava sempre comigo. Eu só saía de casa acompanhado com ele, para me desviar das pessoas que consumiam.”</i> KN56</p>	
Motivação e Confiança	<p><i>“dão-me o apoio e a força que preciso.”</i> S070</p>	<p><i>“A minha mãe não acredita que eu consiga [deixar as drogas].”</i> IO99</p> <p><i>“O apoio da minha mãe faltou sempre. Ela lutou muito e agora já</i></p>

	<p><i>“O meu irmão sabia e dizia-me “Tens de ter força.” KN56</i></p>	<p><i>está sem forças, já não acredita.” IO99</i></p>
Compreensão	<p><i>“A família sabe bem o que passei, eles como estão a par das coisas, já têm mais conhecimentos e sabem distinguir as drogas e assim. Sabem os nossos andamentos, mesmo pessoas mais velhas, como o meu pai que me ajudou muito e sabia de tudo. Ele ajudou-me mesmo até morrer.” KT65</i></p> <p><i>“porque a minha mãe entendia se eu tinha consumido 1,2, ou 3 doses, ela tinha essa perceção das coisas e entendia a ressaca.” JD52</i></p>	<p><i>“Eu falar com a minha família não posso, não há abertura, nem compreendem.” BD75</i></p> <p><i>“Era uma relação distante apesar de tudo. Se eu soubesse que elas iam entender era diferente. Quando voltei a entrar em casa depois dessas noites foi como se tivesse passado apenas uma hora, como se nada tivesse acontecido.” BD75</i></p> <p><i>“E eu com ela não digo muitas coisas, não me abro, porque não a quero preocupar, já a preocupei muito durante muito tempo.” IO99</i></p>
Aceitação e Valorização	<p><i>“A minha família acha que eu estou a ir muito bem, que eu até estou a ficar mais forte de cara e tudo. Eu sempre tive o apoio deles.” KT65</i></p> <p><i>“Os meus pais estão muito satisfeitos comigo agora, por tudo o que eu alcancei e teve mesmo de ser.” OQ53</i></p>	<p><i>“Estou à espera de ouvir reconhecimento dela e que ela veja que eu estou a fazer coisas boas.” IO99</i></p> <p><i>“Porque me estão sempre a deitar a baixo. Uma pessoa tenta sempre não ligar, mas sente-se sempre mal, afeta sempre. Não gosto que as pessoas de quem eu gosto me deem abaixo.” JD35</i></p>
Controlo	<p><i>“Agora com o problema do álcool, eles tentam controlar aquilo que eu bebo. Quando estou a entrar na porta num aniversário ou jantar eles dizem logo “Vê lá, bebe só duas ou três cervejas.” Quando estamos em festa, uma das minhas irmãs anda sempre atrás de mim a contar as bebidas que bebo.” KN56</i></p>	<p><i>“As minhas irmãs dizem que sim a tudo, mas isso também não é ajuda.” BD75</i></p>
Orientação	<p><i>“Tenho de pensar bem. Sozinho não consigo decidir. Vou falar com o meu irmão.”</i></p>	
Suporte Negativo	<p><i>“Quando eu comecei com isto das drogas, tinha para aí 17 anos e ela também me expulsou e eu fui para a rua.” IO99</i></p> <p><i>“Quando entrou no vício, a avó mandou-o embora.” DT96</i></p>	

Falta de
Informação

“mas não queriam saber porque para eles era muito fácil sair da droga, eles não sabem, nem sequer imaginavam que a droga é uma doença.” IO99

“Ela não tem informação e acha que eu devia estar na metadona o resto da vida, porque acha que se eu largar isto e se reduzir, vou andar naquilo outra vez.” JD52

ANEXO 5

Tabela 8

Tipos de Suporte providenciados pelo Parceiro na Recuperação

	<i>“A minha namorada dá-me muito apoio”</i> IO99
Encorajamento	<i>“A nossa relação está um bocado tremida, mas eu sei que quando formos morar juntos vai voltar tudo ao normal porque eu sou forte, transmito-lhe essa força e sei que consigo que ele pare de beber.”</i> TQ30
Compreensão e Abertura	<i>“Ela acabava por ser a minha moleta na altura e dizia mesmo que quando tivesse algum problema para falar com ela, ligar-lhe.”</i> BD75 <i>“Quando tenho algum problema desabafo com a minha namorada.”</i> IO99
Estar presente	<i>“só a presença dela dá-me força.”</i> IO99 <i>“Sempre estivemos presentes um para o outro em todas as circunstâncias, tanto no bom como no mau, e ultrapassamos as dificuldades das drogas juntos.”</i> BD35
Objetivos conjuntos	<i>“que me ajudou a ter objetivos em conjunto com ela, como um futuro com filhos e criar uma família nossa, tanto é que hoje em dia ela está grávida.”</i> UN01 <i>“e ultrapassamos as dificuldades das drogas juntos.”</i> BD35
Companhia	<i>“Os dias que passo com a minha parceira ajudam-me muito. Primeiro porque gosto de estar com ela e com ela partilhar a vida e depois temos gostos muito parecidos e conversas interessantes sobre qualquer assunto.”</i> UN01 <i>“Às vezes nós passávamos tardes só a conversar enroscados e aquilo confortava. Tínhamos uma relação bonita. Ter uma relação assim realmente ajuda”</i> BD75
Controlo	<i>“Estou entusiasmada para ir com ele para a casa abandonada porque posso controlá-lo melhor e sei que comigo deixa de beber e fumar ganza, ele entrega-me o dinheiro dele e eu é que vou gerindo.”</i> TQ30
Orientação	<i>“que me dava algumas orientações básicas, opiniões.”</i> BD75
Preocupação	<i>“Houve uma rapariga das quais eu me relacionava sexualmente que me disse “vais-te agarrar à heroína”. JD52</i>
Aceitação e Valorização	<i>“Ela não consumia nem nunca bebeu na vida. Mas eu abri-me com ela e ela aceitou-me.”</i> BD75

Falta de “Ferramentas”	<p>“mas agora guardo mais para mim, porque se falo destas coisas [drogas] com ela, ela fica nervosa e instável e eu então prefiro guardar para mim.” IO99</p> <p>“nem as ferramentas necessárias para que eu conseguisse deixar a droga naquela altura.” UN01</p> <p>“Ela não sabia lidar com uma pessoa que estava cega pelo consumo.” UN01</p>
Suporte Negativo	<p>“Fiquei agarrada e depois acabei por fazer o que ele queria que era roubar e prostituir-me para lhe dar dinheiro.”</p> <p>“Há casais em que um deixou e o outro não, e então faz-lhe a vida negra. Há umas casas na minha rua em que é tudo assim, quase.”</p>

ANEXO 6

Tabela 10

Tipos de Suporte providenciados pelos Amigos Sem consumos

Companhia	<p><i>“Vamos até ao café, conversamos, passamos bem o tempo.”</i> OQ53</p> <p><i>“Só há um amigo meu que não bebe. É o mesmo que vinha comigo para a Natação.”</i> Kn56</p>
Compreensão e Abertura	<p><i>“Também sabem a verdade toda sobre aquilo que passei e sabem como estou agora.”</i> UN01</p>
Instrumental	<p><i>“que até muitas vezes me emprestaram dinheiro que lhes pedia. Dois amigos até se ofereceram para pagar-me um tratamento, e disseram que eu podia devolver-lhe o dinheiro quando estivesse bem.”</i></p>
Aceitação e Valorização	<p><i>“Vejo que acreditam que não tenho tocado nas drogas pesadas e dizem mesmo que se vê que estou muito diferente de quando andava agarrado.”</i> UN01</p>
Encorajamento	<p><i>“e motivam-me pela maneira como me tratam”</i> UN01</p>
Orientação	<p><i>“Souberam de todo o meu passado e tentam ajudar-me naquilo que podem. Dão-me conselhos. Dizem mesmo para eu não andar com essas companhias.”</i> OQ43</p>

ANEXO 7

Tabela 12

Tipos de Suporte providenciado pelos Amigos Com Consumos

Pressão para consumir	<i>“Quando sabiam que eu estava a melhorar, que tinha reduzido e que tinha deixado, é que andavam a dizer para ir com eles para o bairro e até me ofereciam [droga]. Nunca ninguém me deu nada, só mesmo assim.” IO99</i>
Motivação	<i>“Aliás, eles até dizem “Vamos ganhar o balanço do X e fazer como ele.”. Acho que estou a dar o exemplo. E eles também me têm ajudado agora. Sabem dos meus objetivos e então em vez de me pagarem uma cerveja, pagam-me um sumo.” KN56</i>
Instrumental	<i>“O dinheiro não chega para tudo, por isso tenho que ter os meus esquemas. Vendo parte da metadona de um amigo meu.” JD35</i> <i>“Mas é uma pessoa que se preocupa comigo. Há pouco tempo quando comecei a engordar comecei a ficar sem roupa e ele tendo conhecimento de como podia arranjar roupa gratuitamente arranjou algumas peças para mim que me serviam e isso foi um ato de bondade e amizade porque eu estava a atravessar um mau momento financeiro” JD52</i>
Compreensão e abertura	<i>“Aliás, os primeiros a saber que eu era seropositivo foram eles [amigos c/consumos], não foi a minha família.” JD35</i> <i>“Quando tenho algum problema, costumo ficar sozinho, ou então falo com o meu único amigo, porque eu conhecidos tenho muitos, mas amigos só um. E é a ele que recorro quando acho que preciso de algo.” JD35</i>
Companhia	<i>“gosto muito desse amigo, brincamos, rimos, fazemos muitas borgas ao ponto de fazermos orgias com mulheres.” JD52</i>
