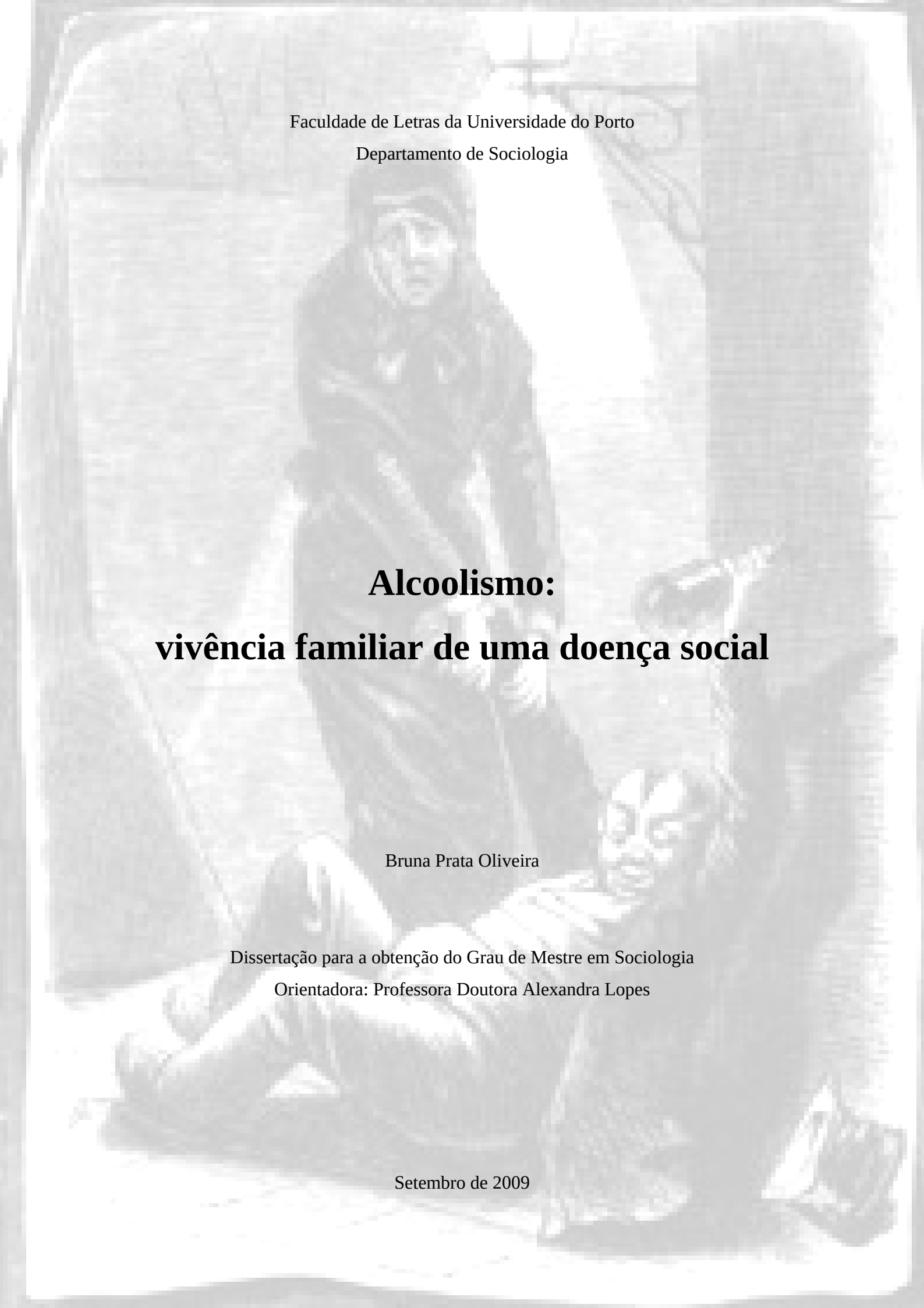




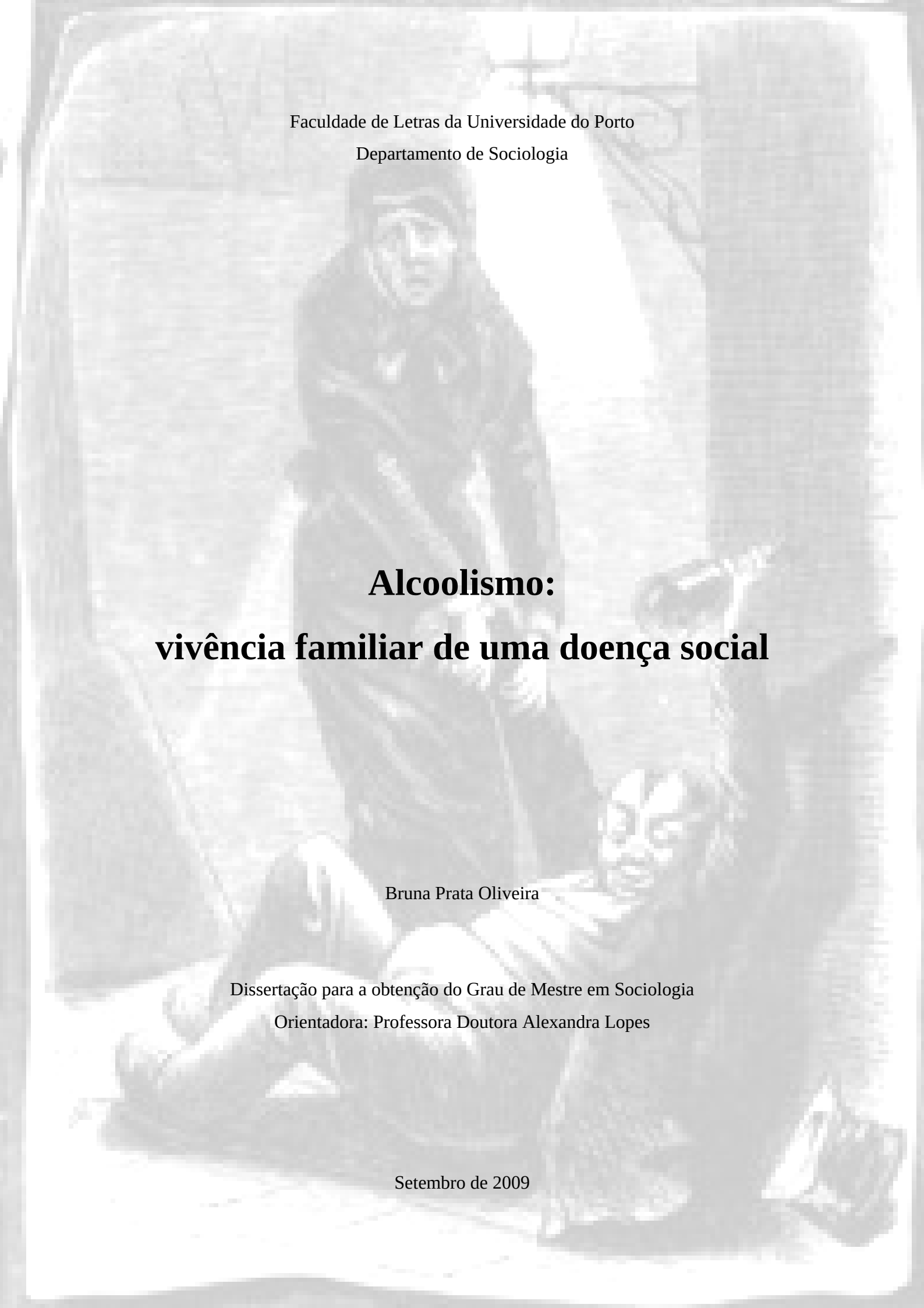
Faculdade de Letras da Universidade do Porto
Departamento de Sociologia

Alcoolismo: vivência familiar de uma doença social

Bruna Prata Oliveira

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Sociologia
Orientadora: Professora Doutora Alexandra Lopes

Setembro de 2009



Faculdade de Letras da Universidade do Porto
Departamento de Sociologia

Alcoolismo: vivência familiar de uma doença social

Bruna Prata Oliveira

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Sociologia

Orientadora: Professora Doutora Alexandra Lopes

Setembro de 2009

Resumo

Palavras-chave: alcoolismo, doente alcoólico, papéis familiares, comportamento desviante.

A história da humanidade tem-nos mostrado o gosto que o Homem, em geral, tem pela bebida alcoólica. Esta foi, desde sempre, escolhida para aliviar angústias e libertar tensões estando toda a nossa existência permeada pelo seu consumo. O uso de bebidas alcoólicas começa a ser um problema social quando surgem, simultaneamente, circunstâncias sociais e culturais que fomentam o seu uso generalizado e se desenvolvem atitudes contrárias de repúdio incompatíveis com o uso considerado excessivo.

Esta dissertação aborda a problemática do alcoolismo enquanto problema social, assumindo como questão central de investigação a análise dos seus impactos na vida familiar do doente alcoólico. A perspectiva adoptada procura captar as vivências do abuso do álcool tal como são representadas no discurso, quer pelo consumidor de álcool, quer por aqueles que mais intimamente com ele se relacionam na esfera familiar. A investigação recorreu a uma abordagem metodológica qualitativa e foi empiricamente operacionalizada na Associação.....

O trabalho desenvolvido demonstra que o alcoolismo, mais do que afectar apenas o doente alcoólico, afecta também todos os que o rodeiam, tendo profundo impacto sobre a família nuclear do doente, sendo os seus efeitos sentidos em todas as dimensões do social, por todos os elementos do núcleo familiar.

Abstract

Key-words: alcoholism, alcoholic patient, family roles, deviant behaviour.

History of Humankind has shown us that Men, in general, tend to enjoy alcoholic beverages. These have always been chosen to alleviate anguishes and release tensions, and human life has always been affected by alcoholic consumption. The use of alcoholic beverages starts being a social problem when social and cultural circumstances, simultaneously, support its generalized use and when attitudes incompatible with alcoholic misuse are developed.

This work deals with alcoholism as a social problem, the central question of the investigation being the analyses of its impact on the family life of the alcoholic patient. This chosen perspective aims to capture the experiences of alcohol abuse such as they are represented in the discourse, either by the alcoholic consumer, or by those who are most intimately related to the patient in his/her family atmosphere. This research used a qualitative method and was empirically put into practice at Associação de Alcoólocos Recuperados do Concelho de Santa Maria da Feira.

This research work proves that alcoholism, more than affecting the patient, also affects those who surround him/her, and it has a deep impact over the patient's nuclear family; besides, the effects are also felt in all the social dimensions by all the elements of the family.

Résumé

Mots-clés: alcoolisme, malade alcoolique, rôles familiaux, comportement altéré

L'histoire de l'humanité nous montre le goût de l'homme, en général, par la boisson alcoolique. Celle-ci a été, depuis longtemps, choisie pour calmer les angoisses et libérer les tensions donc notre existence est entourée par sa consommation.

L'usage de boissons alcooliques devient un problème social quand il y a, simultanément, des circonstances sociales et culturelles qui suscitent l'usage généralisé et développent des attitudes contraires de rejet incompatibles avec l'usage considéré excessif.

Si on considère les drogues par son degré de dangerosité, l'Organisation Mondiale de la Santé a inclus l'alcool dans le deuxième groupe dû à ses effets dans la santé et à la grande dépendance physique et psychologique qu'il provoque quand il y a une consommation excessive.

L'alcoolisme affecte le malade alcoolique ainsi que toutes les personnes qui l'entourent ce qui a un profond impact surtout dans la famille nucléaire du malade.

Socialement, un malade alcoolique peut trouver des problèmes au niveau du travail, de l'habitation, financier, illégalités, victime, impact sur l'éducation, l'entraînement professionnel et à d'autres niveaux. Le malade alcoolique est fréquemment vu comme celui qui devient de modèles normaux de comportement social donc associé au comportement altéré. Mais, celle-ci n'est pas une association linéaire comme on verra plus tard.

En conclusion, l'alcoolisme, avant d'être un problème familial, il est un problème social qui affecte l'individu et toute sa vie mais aussi toutes les classes et tout ce qui rapporte la vie sociale soit directe soit indirectement.

Agradecimentos

Este é um espaço normalmente dedicado à referência de todos aqueles que de algum modo contribuíram para a nossa chegada a esta fase da vida. Para evitar elencar todos os nomes que me acompanharam até aqui (porque seriam muitos e também porque correria o risco de me esquecer de algum!), decidi agradecer-lhes usando esta espécie de reflexão que Silvana Duboq fez em 1996, adaptando-a ao meu próprio percurso e dedicando-a a todos aqueles que me acompanharam e que de algum modo, estando mais ou menos presentes, ou até mesmo já não estando “entre nós”, contribuíram para a minha aprendizagem académica e pessoal.

A nossa vida neste mundo pode comparar-se a uma viagem de comboio com frequentes embarques e desembarques, cheia de acidentes, de surpresas agradáveis em algumas estações e de profundas tristezas noutras.

Ao nascer, subimos para um comboio e encontramos-nos, durante o seu percurso, com algumas pessoas que acreditamos que estarão connosco para sempre, durante toda a viagem. No entanto, elas sairão em alguma estação deixando-nos órfãos do seu carinho, da sua amizade e da sua companhia insubstituível. Muitos quando descem do comboio deixam-nos uma perene e permanente saudade. Lembramo-los sempre...

A viagem faz-se, assim, cheia de desafios, sonhos, fantasias, esperas, despedidas, mas nunca de retornos...

O grande mistério desta viagem, é que nunca sabemos em que estação vamos sair. Igualmente ignoramos onde sairão os nossos companheiros, nem sequer aquele que está sentado ao nosso lado. Separar-nos daqueles com quem fizemos viagem, será sempre o momento mais doloroso. Deixar que pais, irmãos, amigos sigam sozinhos é muito triste.

Mas cada um de nós agarra-se, nesse momento, a uma esperança: um dia chegarei à estação principal e terei a emoção de os ver com a bagagem que não tinham quando embarcaram. O que me fará feliz será saber que eu colaborei com a minha vida para que essa bagagem aumentasse.

A todos, o meu muito obrigada!

Índice

Introdução.....	1
 Capítulo1 – Revisão do estado da arte.....	4
1. – Contextualização histórica.....	4
2. – O alcoolismo: causas e consequências.....	6
3. – O papel da família.....	16
 Capítulo 2 – Aspectos metodológicos.....	34
1. – Modelo de análise.....	34
2. – Apresentação e justificação do método e técnicas seleccionadas.....	38
 Capítulo 3 – Apresentação e análise dos resultados.....	47
1. – Análise das entrevistas realizadas aos doentes alcoólicos.....	47
1.1 – A doença alcoólica.....	48
1.2 – As origens.....	50
1.3 – O doente alcoólico.....	52
1.4 – A família do doente.....	55
1.5 – Os co-alcoólicos.....	56
1.6 – A sociedade.....	60
2. – Análise das entrevistas realizadas aos co-alcoólicos.....	63
2.1 – A doença alcoólica.....	63
2.2 – As origens.....	64
2.3 – O doente alcoólico.....	66
2.4 – A família.....	68
2.5 – Os co-alcoólicos.....	71
2.6 – A sociedade.....	74
 Capítulo 4 – Considerações finais.....	77
 Bibliografia.....	82
 Anexos.....	86

Introdução

O presente trabalho irá debruçar-se sobre a problemática do alcoolismo e a forma como este afecta a vida dos indivíduos no que respeita às suas relações familiares.

O interesse por esta temática deve-se, em primeiro lugar, a uma curiosidade pessoal de tentar compreender as causas e as consequências de tal dependência. Além disso deve-se, também, ao facto de estes indivíduos serem, frequentemente, alvo de discursos negativos por parte da restante população pelo que se tentará, aqui, desconstruir alguns estereótipos relativos a esses indivíduos.

Este trabalho incidirá, então, sobre a problemática do alcoolismo e o modo como este afecta as relações familiares dos indivíduos tendo em conta o nível pessoal (em que consiste a doença, quais as suas causas e consequências) e o nível familiar (tipo de agregado em que a doença se verifica com maior frequência, principais problemas causados pela dependência, entre outros).

Para melhor analisar esta realidade, foi pedida a colaboração da Associação de Alcoólicos Recuperados do concelho de Santa Maria da Feira, fundada em 1995 por um grupo de alcoólicos recuperados motivados em contribuir de forma activa para a diminuição da doença do alcoolismo. Hoje em dia, já com o estatuto de IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social), esta associação dedica-se a ajudar não só os doentes alcoólicos, mas também os seus familiares prestando-lhes apoio médico, psicológico, familiar, social e até económico, contando com a colaboração de diversas entidades públicas como, por exemplo, centros hospitalares ou a Segurança Social.

Então, de forma a melhor analisar e compreender as causas e consequências de uma dependência como o alcoolismo e, também, o modo como este afecta as relações familiares do alcoólico ou ex-alcoólico, partirei da seguinte questão: **de que modo o alcoolismo afecta a vivência familiar dos indivíduos?**

Analisando esta questão, é de salientar que por “vivência familiar” entenderei as relações dos indivíduos com os seus parentes mais próximos (cônjuge, filhos, entre outros). Desta forma, irei analisar as suas relações familiares incidindo sobre a trajectória social dos indivíduos, tipo de agregado actual e passado, estado civil tentando perceber quem rodeia estes indivíduos, quem os acompanha actualmente e num período anterior, no caso de estes serem ex-alcoólicos. Portanto, nesta questão é, também, de salientar que a expressão “indivíduos” se refere não só àqueles que sofrem ou sofreram desta dependência, mas também, àqueles que conviveram com os primeiros, os chamados co-alcoólicos numa

tentativa de analisar se esta dependência condicionou ou, de algum modo, modificou a sua relação com o (ex) alcoólico.

Paralelamente, torna-se imperativo a análise do alcoolismo enquanto doença, as suas causas e as suas principais consequências a nível psicológico, familiar e, claro está, social.

Deste modo, pretendo transformar a simples visão do alcoolismo como problema social, na visão do alcoolismo enquanto problema sociológico de maneira a que esta investigação contribua para a detecção da(s) forma(s) como esta doença influencia, ou não, a vivência familiar dos sujeitos abordando as suas principais causas e consequências procurando, assim, desmistificar esta doença.

Estas dimensões serão, então, mais desenvolvidas na revisão do estado da arte.

Posto isto, este trabalho tem como principais **objectivos**:

- Analisar o alcoolismo enquanto doença;
- Perceber as principais causas biológicas, psicológicas e sociais desta dependência;
- Identificar as principais consequências biológicas, psicológicas e sociais do alcoolismo;
- Verificar de que modo o alcoolismo afecta (ou afectou) a conduta pessoal dos indivíduos;
- Compreender de que forma o alcoolismo afecta (ou afectou) a vida familiar do (ex) alcoólico;
- Averiguar de que maneira o alcoolismo, enquanto dependência, contribui (ou não) para a exclusão social.

Assim sendo, o relatório final aqui apresentado inicia-se com uma introdução na qual se esclarece o tema e é definido o objecto e os objectivos do estudo.

Seguidamente, surge o capítulo 1 onde é feita a revisão do estado da arte com uma contextualização histórica do consumo de álcool pela sociedade (ponto 1), onde se apresenta a doença alcoólica, suas causas e consequências (ponto 2) e é, também, apresentada a revisão da literatura referente ao papel da família do doente alcoólico (ponto 3).

No capítulo 2 apresentam-se os aspectos metodológicos deste trabalho. Assim, é aqui que se dá a conhecer o modelo de análise utilizado e se faz a caracterização da amostra (ponto 1) e se apresentam e justificam os métodos e técnicas seleccionadas para esta investigação (ponto 2)).

O capítulo 3, engloba a apresentação e análise dos resultados da pesquisa subdividindo-se em dois sub-capítulos: no primeiro, serão apresentados os resultados obtidos com a análise das entrevistas realizadas aos alcoólicos (ponto 1); e, no segundo, apresentar-se-ão os resultados da análise das entrevistas realizadas aos co-alcoólicos (ponto 2).

Com o capítulo 4, surgem as considerações finais, onde se irá contrapor os resultados obtidos com as hipóteses teóricas enunciadas e se fará uma breve síntese do trabalho realizado propondo pistas para a continuidade deste ou para a elaboração de novas investigações.

Capítulo 1 – Revisão do estado da arte

1. – Contextualização histórica

A história da humanidade tem-nos mostrado o constante gosto que o Homem em geral tem pela bebida alcoólica. Elas desde sempre foram preferidas pelo seu efeito tónico e euforizante, para aliviar a angústia e libertarem tensões estando toda a história da humanidade permeada pelo consumo de álcool (Mello, Barrias e Breda, 2001).

Mello, Barrias e Breda (2001) afirmam que desde os tempos mais remotos são conhecidos os efeitos patológicos das bebidas fermentadas. Através de estudos arqueológicos e bibliográficos foi possível afirmar que as bebidas alcoólicas foram utilizadas e conhecidos os seus efeitos já há algumas dezenas de milhar de anos antes mesmo da era cristã, destacando-se Egípcios, Gregos e Romanos pelo desenvolvimento das artes do fabrico de bebidas alcoólicas.

Na antiguidade só a embriaguez era considerada perturbação (a evitar) sendo, na época, ignorado o fenómeno do alcoolismo crónico. Só na segunda metade do séc. XIX, em França, é desenvolvido o conceito de alcoolismo como doença e não apenas vício. É neste país que surge a preocupação com o crescente consumo médio anual de álcool. A abordagem científica dos problemas ligados ao consumo de álcool sustentou-se numa consciencialização dos seus perigos para a saúde pública, os avanços no conhecimento da fisiologia da célula nervosa e os efeitos do álcool no sistema nervoso (Zago, 1996).

Carvalho (2002) refere que o consumo assumido de substâncias com acção psicotrópica tem evoluído de acordo com os percursos civilizacionais e que, embora numa primeira fase actue no funcionamento mental (euforizante, estimulante, anestésiante, inebriante, desculpabilizante), numa segunda fase, induz em dependência e tolerância, apresentando elevados riscos bio-psico-sociais imediatos e/ou mediatos.

Portugal, alinhado com os países europeus do mediterrâneo, é um país de longa tradição vitivinícola. O consumo de vinho incorporou-se nos nossos rituais e tradições e faz parte da chamada “dieta mediterrânica”, exercendo uma poderosa influência em diversos sectores económicos de grande importância como, por exemplo, o turismo, a restauração, o divertimento, a indústria produtora, entre outros. Admitindo o importante papel que o vinho tem tido no desenvolvimento da nossa cultura e tradições, nas últimas décadas tem sofrido profundas transformações que têm influenciado decisivamente os modos e formas de beber.

Estando, desta forma, intimamente ligado ao próprio desenvolvimento da medicina moderna e do modelo policial no domínio da gestão da saúde pública.

O uso de bebidas alcoólicas começa a ser um problema social, colectivo, quando acontecem circunstâncias sociais e culturais que por um lado fomentam e tornam possível o seu uso generalizado com todas as suas consequências e por outro lado se desenvolvem atitudes contrárias de repúdio incompatíveis com o uso considerado excessivo e inclusivamente com qualquer uso de álcool.

Foi nesta cultura Europeia Mediterrânica, que ao longo dos séculos se integrou socialmente a produção, transformação e comercialização vitivinícola (Carvalho, 2002).

Nos finais do séc. XIX, o alcoolismo colectivo já estava instalado como uma questão de interesse público e social.

Actualmente o alcoolismo continua a ser um grave problema de saúde pública em Portugal tendo-se, apenas, alterado ao longo dos anos, as características sociodemográficas e culturais dos consumidores.

De facto, ainda há poucas décadas atrás, nas nossas aldeias, a malga da sopa servia muitas vezes para as “sopas de cavalo cansado” e o vinho era aí usado como fonte de aquecimento e como complemento de energia. O vinho do Porto e o champanhe eram reservados a famílias com elevado poder económico e era dado, em festas, a provar às crianças (Carvalho 2003).

Para Carvalho (2003), após a década de 70, a melhoria do poder de compra e a liberalização dos costumes contribuíram para a progressiva agressividade das cervejeiras e das empresas de comercialização de bebidas destiladas e cria novos hábitos. O aumento da sociedade de consumo e a globalização vieram aumentar o leque de bebidas disponíveis concomitantemente com um discurso anti-álcool, mal aceite por alguns sectores.

Portugal é um país tradicionalmente produtor e exportador de bebidas alcoólicas, principalmente de vinho sendo, paralelamente, um país com graves problemas ligados ao alcoolismo.

Desta forma, o consumo inadequado do álcool é um importante problema de saúde pública, especialmente nas sociedades ocidentais, acarretando altos custos para a sociedade e envolvendo questões médicas, psicológicas e sociológicas.

2. – O que é o alcoolismo: causas e consequências

De forma directa, o tema específico do alcoolismo foi incorporado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) na Classificação Internacional das Doenças em 1967 (CID-8), a partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde. No entanto, a questão do impacto do abuso do álcool sobre a saúde já vinha a ser objecto de discussão pela OMS desde o início dos anos 50, compondo um processo longo de maturação que, ainda hoje ainda é objecto de contendas médico-científicas (www.who.com, consult. Em 15 de Dezembro de 2008).

Então, a Organização Mundial de Saúde classificou as drogas pelo seu grau de perigosidade, utilizando critérios como o maior ou menor perigo tóxico, a maior ou menor capacidade de provocar a dependência física e a maior ou menor rapidez em que esta dependência se estabelece. Com base nestes critérios, as drogas são classificadas como:

- Grupo 1: ópio e derivados (por exemplo, morfina e heroína);
- Grupo 2: barbitúricos e álcool;
- Grupo 3: cocaína e anfetaminas;
- Grupo 4: LSD, canabinoides, tabaco, entre outros.

É interessante verificar que o álcool é classificado no segundo grupo devido aos seus efeitos na saúde e à grande dependência física e psíquica que provoca quando consumido em excesso (*Idem*).

Para Schuckit (1991) o álcool, a nicotina e a cafeína são as substâncias mais consumidas no ocidente, sendo o álcool a mais destrutiva.

Aparentemente a nossa sociedade valoriza os aspectos benéficos do uso de bebidas alcoólicas mais do que teme as consequências maléficas pela facilidade de acesso de forma ilimitada (Michel, 2002).

Segundo Hapetian (1997), pode considerar-se uma droga toda a substância com capacidade para modificar o funcionamento do organismo e dos sentidos. As drogas podem ser legais e socialmente aceites, como é o caso do álcool e do tabaco, ou ilegais como a heroína e a cocaína.

Sob este ponto de vista, o álcool, ainda que legal, não deixa de ser uma droga. Porém, o facto de o álcool fazer parte integrante da nossa cultura permite “ (...) aos seus consumidores habituais uma gestão mais ou menos adequada dos consumos, tal como acontece com o costume de mascar folha de coca, no Peru, e o hábito de fumar haxixe nos

países árabes ou arabizados.” (Hapetian, 1997; p. 90). No entanto, tal não significa que a gestão adequada do consumo seja característica de toda a população.

De facto, o consumo de álcool é frequentemente nomeado como um grave problema de saúde pública, podendo interferir simultaneamente na vida pessoal, familiar, escolar, ocupacional e social do consumidor.

Apesar do desconhecimento por parte da maioria das pessoas, o álcool também é considerado uma droga psicotrópica, pois ele actua ao nível do sistema nervoso central, provocando uma mudança no comportamento de quem o consome, além de ter potencial para desenvolver dependência.

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem o seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade. Esse é um dos motivos pelo qual ele é encarado de forma diferenciada, quando comparado com as demais drogas. Apesar da sua ampla aceitação social, o consumo de bebidas alcoólicas, quando excessivo, passa a ser um problema. Além dos inúmeros acidentes de trânsito e da violência associada a episódios de embriaguez, o consumo de álcool a longo prazo, dependendo da dose, frequência e circunstâncias, pode provocar um quadro de dependência conhecido como alcoolismo, podendo conduzir a comportamentos desviantes.

É no séc. XIX que é descrito o quadro clínico do *Delirium Tremens* por Thomas Sulton constituindo, desta forma, a primeira abordagem médica à doença alcoólica. Já na segunda metade do mesmo século, e no tratado sobre alcoolismo crónico, publicado em 1851 por Magnus Huss, médico sueco, considera-se o Alcoolismo crónico como síndrome autónomo, sendo definido como “forma de doença correspondendo a uma intoxicação crónica” e descrito como “quadros patológicos desenvolvidos em pessoas com hábitos excessivos e prolongados de bebida alcoólica” (www.psicologia.com.pt consult. Em 15 de Dezembro de 2008).

Este autor constatou também que muitas situações mórbidas do Homem como, por exemplo, doenças do fígado e de outros órgãos digestivos, do sistema nervoso, do miocárdio, entre outras, se relacionam com o consumo exagerado de bebidas alcoólicas, designando-as de alcoolismo, sendo o álcool etílico assumido como agente patogénico comum. É com base nesta definição que têm surgido muitos autores a tentar definir alcoolismo apesar de nenhuma destas definições ser totalmente completa.

A escola americana de Jellinek (1940) deu passos importantes no sentido da compreensão da extensão dos problemas ligados ao álcool, à complexidade dos seus efeitos, à multiplicidade e interacção de forças e vectores que lhe estão na origem. Foi nesta escola que

se defendeu a importância da equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, juristas, economistas...) e surgiu um novo conceito alargado de Alcoolismo.

Em 1955, Pierre Fouquet concluía que o conceito de alcoolismo, a sua patogenia, os seus fundamentos e a sua realidade continuavam a ser noções muito pouco claras (Borde cit. em Fouquet, 1990).

Actualmente, as dificuldades de definição continuam apesar da vasta investigação realizada nos últimos anos, quer a nível clínico, laboratorial ou epidemiológico. Realça-se sim, uma nova compreensão social do problema.

A designação de Alcoolismo refere-se, habitualmente, às consequências da ingestão de álcool no indivíduo traduzido por um quadro mórbido de sinais e sintomas, nem sempre reconhecendo a complexa problemática ligada ao uso das bebidas contendo álcool.

No entanto, é a Organização Mundial de Saúde que assume a maior relevância na definição da problemática ligada ao álcool.

Para a OMS (1980) existem vantagens em utilizar a designação de “problemas ligados ao Álcool” dado o vasto e multiforme leque de situações relacionadas com o álcool pois existem relações mais ou menos perigosas do álcool com a condução rodoviária, criminalidade, a patologia laboral, as perturbações familiares e efeitos sobre a criança (concepção, gestação, aleitamento, desenvolvimento e rendimento escolar). O álcool representa um risco na normal saúde infantil, juvenil e do adulto.

Deste modo, é a OMS que estabelece a distinção entre alcoolismo como doença e alcoólico como doente. Assim, o alcoolismo é constituído pela totalidade dos problemas motivados pelo álcool no indivíduo, estendendo-se em vários planos e causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social com as suas repercussões económicas, legais e morais. Quando os alcoólicos são bebedores excessivos, cuja dependência em relação ao álcool se acompanha de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico, devem submeter-se a tratamento.

Socialmente, o alcoolismo determina uma enorme ambiguidade: tolerado e mais do que tolerado, estruturante do desenvolvimento psicossocial e individual, mesmo apesar do reconhecido risco que acarreta em termos de saúde no seu conceito mais lato, ou seja, o de bem-estar físico, psíquico e social. Assim, é possível que coexistam, socialmente, uma gama de apelos ao seu consumo (dos mais explícitos aos mais subtis), com uma permanente chamada de atenção para os seus riscos da parte dos sistemas de consumo.

Num outro documento apresentado na 35ª Assembleia Mundial de Saúde, em Genebra, em 1982, a OMS refere que “Problemas ligados ao álcool, ou simplesmente problemas de álcool, é uma expressão imprecisa mas cada vez mais usada nestes últimos anos para designar as consequências nocivas do consumo de álcool. Estas consequências atingem não só o bebedor, mas também a família e a colectividade em geral. As perturbações causadas podem ser físicas, mentais ou sociais e resultam de episódios agudos, de um consumo excessivo ou inoportuno, ou de um consumo prolongado” (cit. em Mello et al., 1988; p.12).

Segundo esta abordagem o problema é muito mais vasto que o simples conceito de alcoolismo como doença, logo o problema da dependência alcoólica (extenso e grave) representa apenas uma pequena parte de todos os problemas ligados ao alcoolismo.

Jellinek (1960 cit. in Gameiro, 1979, p. 25) diz-nos que o alcoolismo “é um processo patológico (doença em que os danos físicos se tornam cada vez maiores à medida que o tempo passa) em que o alcoólico aumenta as quantidades de álcool”.

Já Gameiro (1979, p. 3) refere alcoólico como aquela pessoa que “depende de bebidas alcoólicas de tal forma que não é capaz, mesmo que queira, de deixar de beber (...)”.

Fouquet apresenta a “alcoologia” como uma nova ciência e uma nova forma de perspectivar um problema complexo e vasto e para ele é uma disciplina consagrada a tudo aquilo que diz respeito ao álcool etílico, desde a produção e distribuição, até ao consumo normal e patológico e implicações deste, suas causas e consequências quer a nível individual (orgânico, psicológico e espiritual), quer a nível colectivo (nacional e internacional, social, económico e jurídico).

Ainda para Fouquet, “Esta disciplina, autónoma, serve como instrumento de conhecimentos, das principais ciências humanas, económicas, jurídicas e médicas, e encontrando na sua evolução dinâmica as suas próprias leis”.

Mello (1988) refere que, embora os efeitos do álcool sejam conhecidos desde a antiguidade, os fenómenos do alcoolismo crónico eram apenas mais ou menos ignorados, sendo o estado de embriaguez a única perturbação ligada ao uso de bebidas alcoólicas referida.

O alcoolismo é, então, uma doença de carácter progressivo, incurável e quase sempre fatal. O alcoolismo agudo (embriaguez) é, muitas vezes, confundido com alcoolismo crónico. No primeiro caso, trata-se da ingestão única em grande quantidade de álcool, num dia ou num curto espaço de tempo, podendo ter como consequência uma leve tontura ou, nos casos mais graves, um coma alcoólico. Por sua vez, o alcoolismo crónico acontece quando ingerimos

bebidas alcoólicas com frequência, repartidas ao longo do dia, em várias doses, que vão mantendo uma alcoolização permanente do organismo, nunca este saindo do efeito do álcool.

Para a OMS, o alcoólico é um bebedor excessivo, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico.

O alcoolismo é, então, o conjunto de problemas relacionados com o consumo excessivo e prolongado do álcool, entendido como o vício de ingestão excessiva de bebidas alcoólicas e todas as consequências daí decorrentes. O alcoolismo é um conjunto de diagnósticos, cerca de duas a três vezes mais frequente no sexo masculino e a raça branca é a que apresenta maiores consumos *per capita*, atingindo todas as classes sociais (Boletim do centro regional de alcoologia de Coimbra, número 2, 1997).

Para Michel (2002), o álcool é uma droga subestimada, pois a nossa cultura encara-o como fonte integrante de uma vida “normal”. Assim, ela integra praticamente todos os ambientes e situações: aparece nos finais de semana, como momento de lazer, associa-se a desportos, viagens, trabalho.

Desde cedo aprendemos que beber uma cerveja com os amigos é um acto social válido e faz parte das tarefas da adolescência, constituindo um dos marcos que indicam a entrada na vida adulta, passando este a ser encarado como sinónimo de noite, emancipação e diversão, mesmo apesar de todos os riscos que acarreta.

A pessoa que consome bebidas alcoólicas de forma excessiva, ao longo do tempo, pode desenvolver dependência do álcool, condição esta conhecida como "alcoolismo". O alcoolismo é geralmente definido como o consumo consistente e excessivo e/ou preocupação com [bebidas alcoólicas](#) ao ponto deste comportamento interferir com a vida pessoal, familiar, social ou profissional da pessoa.

O alcoolismo pode potencialmente resultar em condições (doenças) psicológicas e fisiológicas, assim como, por fim, na morte. O alcoolismo é um dos problemas mundiais de uso de drogas que mais custos traz. De facto, com excepção do [tabagismo](#), o alcoolismo é mais custoso para os países do que todos os problemas de consumo de droga combinados (Zago, 1996).

Apesar do abuso do álcool ser um pré-requisito para o que é definido como alcoolismo, o mecanismo biológico do alcoolismo ainda é incerto. Para a maioria das pessoas, o consumo de álcool gera pouco ou nenhum risco de se tornar um vício. Outros factores geralmente contribuem para que o uso de álcool se transforme em dependência. Esses factores podem incluir o ambiente social em que a pessoa vive, a saúde emocional e a predisposição

genética. Deste modo, os factores que podem levar ao alcoolismo são variados, podendo ser de origem biológica, psicológica, sociocultural ou ainda ter a contribuição resultante de todos estes factores (*Idem*).

Muitos termos são aplicados para se referir a uma pessoa alcoólica e ao alcoolismo. Existe muita controvérsia a esse respeito, mas entretanto é consenso que o alcoolismo é uma doença, o alcoólico pode apresentar prejuízos relacionados com o uso de álcool em todas as áreas da vida (físicos, mentais, morais, familiares, profissionais, sociais, entre outros) e perde a capacidade de controlar a quantidade de bebida que ingere.

O alcoolismo é o conjunto de processos relacionados com o consumo excessivo e prolongado do álcool, ou seja, é o vício de ingestão excessiva de bebidas alcoólicas. Existem várias variantes do alcoolismo como a dependência, a abstinência, o abuso e a intoxicação por álcool (embriaguez).

Quando se vê alguém embriagado, facilmente se faz um diagnóstico de abuso. No entanto, esse diagnóstico torna-se menos nítido quando a ingestão é mais frequente e prolongada. Este tipo de consumidores, geralmente, trabalha e está integrado na sociedade, mantendo um ligeiro ou moderado nível de alcoolemia ao longo do dia e, muitas vezes, não entende que têm um problema de dependência alcoólica (Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra, 1997).

O alcoolismo é uma doença que pode prejudicar a pessoa que o consome e não só, pois muitas vezes pode originar comportamentos violentos. Estes comportamentos muitas vezes são originados por frustrações e tensões que, com o consumo excessivo de álcool, acabam por se manifestar. Tal como em qualquer outro ser humano, também o comportamento do alcoólico vai influenciar de forma mais intensa e primeiramente, aqueles que dele estão mais próximos. De facto, a família destes indivíduos sofre, muitas vezes, as consequências do abuso de álcool de um dos seus membros e, aqui, é necessário frisar que estas consequências afectam não apenas o convívio familiar, mas também a dimensão económica, social, afectiva, entre outras (Roussaux, Faora-Kreit, Hers, 1996).

Existem diversos motivos para que uma pessoa consuma álcool, como a necessidade de álcool para aceitar a realidade; a tendência a fugir às responsabilidades; a angústia, agressividade, má resistência às frustrações e tensões; o nível de consciência tende a levá-lo a uma conduta impulsiva; negligência perante a família; frequentes perdas de emprego; problemas financeiros e agressividade perante a sociedade (*Idem*).

Poderá haver algum contributo genético que facilite a dependência do álcool mas os factores culturais são, sem dúvida, os mais importantes. Na verdade, os problemas do álcool

são raros entre os muçulmanos e judeus e muito frequentes nos países com grande produção de álcool e onde o acesso ao consumo de álcool é fácil: Portugal, Itália, França, entre outros (Hapetian, 1997).

Até hoje não foi identificado qualquer tipo de personalidade que predisponha ao alcoolismo. A maioria dos alcoólicos não tem nenhuma doença psiquiátrica embora, algumas pessoas, se tornem alcoólicas para aliviar os sintomas desagradáveis da ansiedade, da depressão ou da esquizofrenia (www.who.com consult. em 15 de Dezembro de 2008).

A ingestão de álcool provoca diversos efeitos, que aparecem em duas fases distintas: uma estimulante e outra depressora. Nos primeiros momentos após a ingestão de álcool, podem aparecer os efeitos estimulantes como euforia, desinibição e loquacidade. Com o passar do tempo, começam a aparecer os efeitos depressores como falta de coordenação motora, descontrolo e sono. Quando o consumo é muito exagerado, o efeito depressor fica exacerbado, podendo mesmo provocar o estado de coma.

Os efeitos do álcool variam de intensidade de acordo com as características pessoais. Por exemplo, uma pessoa habituada a consumir bebidas alcoólicas sentirá os efeitos do álcool com menor intensidade quando comparada com uma outra pessoa que não está habituada a beber. Um outro exemplo está relacionado com a estrutura física pois uma pessoa com uma estrutura física de grande porte terá uma maior resistência aos efeitos do álcool (Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra, 1997).

É importante referir que os efeitos do álcool só aparecem cerca de 15 minutos (se fora das refeições) a 30 minutos (se durante as refeições) após a ingestão alcoólica e o nível de álcool no sangue só baixa após muitas horas de trabalho do fígado. Isto porque o fígado é responsável pela eliminação de grande parte do álcool ingerido (cerca de 95%) (*idem*).

Além da embriaguez, são várias as consequências individuais e sociais do consumo de álcool. Ou seja, o consumo do álcool é responsável por muitos óbitos e incapacidades (devido aos acidentes e doenças que provoca), falta de produtividade no trabalho e violência familiar e criminal. Tudo isto aliado ao facto de provocar grande dependência física e psíquica e ser das poucas substâncias que causam lesões irreversíveis (Mello, 1981).

O consumo de bebidas alcoólicas pode, também, desencadear outros efeitos desagradáveis, como enrubecimento da face, dor de cabeça e um mal-estar geral. Esses efeitos são mais intensos para algumas pessoas cujo organismo tem dificuldade de metabolizar o álcool (*Idem*).

Os indivíduos dependentes do álcool podem, do mesmo modo, desenvolver várias doenças sendo as mais frequentes as doenças do fígado (esteatose hepática, hepatite alcoólica

e cirrose). Também são frequentes problemas do aparelho digestivo (gastrite, síndrome de má absorção e pancreatite), no sistema cardiovascular (hipertensão e problemas no coração) e casos de poli neurite alcoólica, caracterizada por dor, formigamento e câibras nos membros inferiores (Díaz, Frias, []).

Os tratamentos para o alcoolismo são bastante variados porque existem múltiplas perspectivas para essa condição. Aqueles que possuem um alcoolismo que se aproxima de uma condição médica ou doença são recomendados a tratar-se de modos diferentes dos que se aproximam desta condição como uma escolha social (*Idem*).

A maioria dos tratamentos procura ajudar as pessoas a diminuir o consumo de álcool, seguindo-se por um “treino de vida” ou suporte social de modo a que ajude a pessoa a resistir ao consumo de álcool. Como o alcoolismo envolve múltiplos factores que incentivam a pessoa a continuar a beber, todos estes factores devem ser suprimidos para que se previnam com sucesso os casos de recaídas. Um exemplo para este tipo de tratamento é a desintoxicação seguida por uma combinação de terapia de suporte, atendimento em grupos de auto-ajuda, entre outros. A maioria dos tratamentos geralmente preferem uma abstinência de tolerância zero, no entanto, alguns preferem uma abordagem de redução de consumo progressiva (*Idem, Ibidem*).

A desintoxicação trata os efeitos físicos do uso prolongado do álcool, mas na verdade não trata o alcoolismo. Após a desintoxicação estar completa, as recaídas são propensas de ocorrer se não houver um tratamento subsequente. A desintoxicação pode, ou não, ser necessária dependendo da idade, estado de saúde e histórico de ingestão de álcool da pessoa. Por exemplo, um homem jovem que quando consome álcool fá-lo em quantidades excessivas num curto período de tempo e procura tratamento uma semana após o seu último consumo de álcool, pode não precisar de desintoxicação antes de iniciar o tratamento para o alcoolismo (*Idem, Ibidem*).

Após a desintoxicação, diversas formas de [terapia em grupo](#) ou [psicoterapia](#) podem ser usadas para lidar com os aspectos psicológicos subconscientes que são relacionados à doença do alcoolismo, assim como proporcionar a aquisição de habilidades de prevenção às recaídas. O aconselhamento em grupo através de ajuda mútua é um dos meios mais comuns de ajudar os alcoólicos a manter a sobriedade. Muitas organizações já foram formadas para proporcionar esse serviço como, por exemplo, os [Alcoólicos Anónimos](#) e a Associação com a qual vou colaborar.

Os programas de racionamento e moderação do uso do álcool não forçam uma abstinência completa. Apesar da maioria dos alcoólicos serem incapazes de limitar o seu consumo através destes programas, alguns passam a beber moderadamente.

Um outro método é a chamada extinção farmacológica que consiste no uso de antagonistas [opióides](#) combinados com o hábito normal de ingestão de álcool para eliminar o desejo intenso pelo álcool. Esta técnica obteve sucesso na Finlândia, Pensilvânia e Flórida e é, por vezes, citada como o [Método Sinclair](#) (*Idem, Ibidem*).

O tratamento preventivo das complicações do álcool inclui o uso a longo-prazo de multivitaminas além de vitaminas específicas como B12 e folato. Apesar da terapia nutricional não ser propriamente um tratamento para o alcoolismo, ela trata as dificuldades que podem surgir anos após o uso intenso de álcool. Muitos dependentes de álcool têm a [síndrome de resistência à insulina](#), um distúrbio metabólico no qual a dificuldade do corpo em processar [açúcares](#) causa um suprimento desequilibrado na corrente sanguínea. Apesar do distúrbio poder ser diminuído com uma dieta [hipoglicémica](#), ele pode afectar o comportamento e as emoções, efeitos colaterais que frequentemente são observados entre os álcool-dependentes em tratamento. Os aspectos metabólicos desta dependência são frequentemente negligenciados, gerando maus resultados para os tratamentos (*Idem, Ibidem*).

Muitas pessoas recuperam do alcoolismo. Um estudo realizado em 2002 nos Estados Unidos mostrou que 17,7% das pessoas que tinham sido diagnosticadas como dependentes do álcool há mais de um ano (anteriormente à pesquisa) retornaram ao consumo de baixo risco de álcool (www.psicologia.com.pt consult. Em 15 de Dezembro de 2008).

Durante vários anos fomos campeões mundiais no consumo de álcool e nas respectivas consequências: acidentes (de viação e laborais), violência (familiar e social) e as múltiplas patologias daí resultantes (Mello, 1981).

Portugal é o 4º maior consumidor de álcool da União Europeia estimando-se que cada português consumiu, em média, cerca de 11 litros de álcool puro no ano de 1993, o que pode ser considerado um exagero, uma vez que o menor risco de mortalidade está em populações que consomem cerca de 2 a 3 litros de álcool por ano (Ramos, Bertolote, 1997).

Por outro lado, parece haver uma diminuição no consumo de bebidas alcoólicas desde o ano de 1980, em parte devido ao menor consumo de vinho. Contudo, denota-se um aumento significativo do consumo de cerveja e de bebidas destiladas, especialmente entre os jovens que adoptam, cada vez mais, um padrão de consumo maciço aos fins-de-semana e abandonam o consumo regular às refeições, característico da cultura mediterrânica (Pais, Cabral (coord.), 2003).

Um estudo mais recente revela que o consumo do álcool tem aumentado nas últimas décadas não só em Portugal, como nos outros países da UE. No relatório da World Drink Trends (WDT) de 2003 Portugal ocupa o oitavo lugar com o consumo anual de 9,6 litros de álcool puro *per capita* (<http://prevencaodasdependencias.blogs.sapo.pt> consult. Em Maio de 2009).

Estudos realizados revelam que a incidência do alcoolismo é maior nos homens do que nas mulheres e entre os jovens na faixa etária dos 18 aos 29 anos declinando com a idade, o álcool é responsável por cerca de 60% dos acidentes de trânsito e aparece em 70% dos laudos cadavéricos das mortes violentas (Edwards, Marshal e Cook, 1999).

Em 2000, Portugal ocupava o 3º lugar dos países consumidores de etanol *per capita*, com o valor de 10,8 litros. Assim, nesse ano cada português ingeriu em média, 65,3 litros em cerveja, 50,0 litros em vinho e 3,6 litros em bebidas destiladas. Por isso, estima-se que em Portugal existam cerca de 750 mil bebedores excessivos; dos quais cerca de 580 mil doentes alcoólicos (Pais, Cabral (coord.), 2003).

Num estudo efectuado por Gameiro (1998), grande parte dos jovens entre os 15e os 24 anos já consomem bebidas alcoólicas três vezes por semana ou mais e segundo o mesmo autor o facto de se abordarem os problemas de álcool apenas nos alcoólicos em fase avançada não é suficiente para conseguir uma adequada prevenção do problema do alcoolismo. Estudos sobre consumos e atitudes face ao álcool foram, durante muitos anos efectuados apenas no âmbito do homem adulto, menosprezando-se o consumo em jovens e o reconhecimento do que poderia ser considerado específico neste grupo etário.

Nas últimas duas décadas este objecto de estudo acabou por se impôr, face ao reconhecimento de uma preocupante evolução de consumos e de comportamentos de consumo excessivo de álcool nas novas gerações, designadamente nos jovens (Breda, 1997). No entanto, sendo o alcoolismo um fenómeno que abarca inúmeras dimensões (causas, a doença em si, o alcoólico, entre outras), optei por especificar, neste trabalho, apenas a dimensão do papel familiar no tratamento da doença.

3. – O papel da família

Em Dezembro de 1995, na Conferência sobre Saúde, Sociedade e Álcool em Paris, promovida pela OMS foi aprovada e assumida por 49 países a Carta Europeia do Álcool. Nesta, podemos ler que “Todas as pessoas têm direito a uma família, uma comunidade e uma profissão protegida de acidentes, de violência e outras consequências negativas devido ao consumo de álcool”.

De facto, como temos vindo a relatar, o alcoolismo mais do que afectar apenas o doente alcoólico, ele afecta também todos os que o rodeiam tendo profundo impacto sobre a família nuclear do doente.

Este envolvimento familiar pode concretizar-se pela experiência do impacto do comportamento do alcoólico, pelo facto do familiar ser conivente com o alcoólico e seus comportamentos ou, de um modo tido como mais positivo, se o familiar consegue intervir e, deste modo, ajudar no processo de reabilitação (Edwards, Marshall e Cook, 1999).

Existem diversas teorias para explicar casamentos com alcoólicos. Uma delas é a de que a esposa deseja que o marido seja alcoólico (aqui aborda-se o problema do alcoolismo no masculino primeiramente por ser uma situação mais relatada e, em seguida, por corresponder à versão teórica aqui mencionada). Para esta teoria, o que acontece, é que existe uma grande proporção de esposas que por ter tido um progenitor alcoólico, vai procurar repetir o padrão na escolha do cônjuge. Com a repetição do padrão familiar vivido na adolescência (ou durante o crescimento) a mulher vai continuar a encenar com o cônjuge, os problemas não resolvidos com o progenitor. Desta forma, a esposa está, ainda que inconscientemente, a desejar que o marido beba de maneira a poder não só repetir padrões familiares passados, mas também de forma a poder continuar a ser a única protagonista da administração doméstica. Muitas vezes estas mulheres gostam de se mostrar maltratadas, do papel de mãe ou de dominar (Idem).

Porém, generalizar este quadro como sendo comum nos casamentos com alcoólicos pode ser um erro fatal na medida em que para esta mesma situação pode existir, pelo menos, uma outra interpretação pois podem também existir casos em que quando o marido começa a beber excessivamente a esposa tem de escolher entre assumir todas as responsabilidades sozinha ou deixar o álcool tomar conta da situação fazendo, assim, com que o seu gosto por dominar esta situação seja, apenas e meramente, adaptativo.

Existem, também, estudos que sugerem que as reacções da esposa e da família seguem uma sequência predizível (Jackson, 1954 in Edwards, Marshall e Cook, 1999). Na verdade, ainda que se tenha em conta que “cada caso é um caso” e que não existem duas trajectórias

iguais, facto é que em determinados momentos é possível reconhecer a existência de determinadas fases: a admissão de que a bebida constitui um problema não só do indivíduo mas de toda a família, juntamente com as tentativas de controlar e/ou prevenir o comportamento-problema. Especificando, pode-se dizer que, como parte de uma estratégia protectora, a família começa a isolar-se socialmente (rejeitam convites, não encorajam visitas, não visitam, entre outros); a esposa, ao aperceber-se que as suas estratégias não estão a resultar e que o quadro familiar está a piorar, pode começar a temer pela sua sanidade física e mental, dando lugar a um sentimento depressivo; o contacto sexual com o cônjuge pode diminuir ou terminar sendo substituído por sentimentos potenciadores de distanciamento como a raiva, o medo ou até a culpa; com o degenerar progressivo do quadro familiar a esposa, ao sentir a necessidade de tomar uma atitude, pode encorajar o marido a procurar ajuda; e, em último caso, se não se verificar nenhuma melhora, o casamento pode terminar ou continuar durante anos numa fase que os autores chamam de “subterfúgios”.

Aqui, é conveniente avaliar o modo como a esposa lida com cada uma das fases (Orford & Edwards, 1977 in Edwards, Marshall e Cook, 1999). Uma dessas formas é, precisamente, chamada de “subterfúgio” onde o contacto físico e emocional é reduzido ao máximo. Uma outra forma é o “ataque” onde a esposa tenta controlar o comportamento do marido através da censura dos seus comportamentos, discussões, ameaças e ataques físicos. Temos, também, a “manipulação” que engloba comportamentos como o tentar envergonhar o alcoólico pondo ênfase no sofrimento familiar ou na alcoolização propositada da esposa numa tentativa de mostrar ao marido como é que ele fica. No lado oposto, temos o “mimar” como estratégia onde a esposa continua a cuidar incondicionalmente do marido ou lhe promete tratamento especial se ele alterar o seu comportamento. Outro modo é o de “manejo construtivo” onde a esposa cuida e protege a família. E, por último, temos a “procura de ajuda construtiva” que consiste na procura de ajuda médica ou, até, grupos de auto-ajuda.

Aqui, é importante ter em conta que estes estilos podem não existir na sua forma pura e, também, que podem existir outras reacções que não foram aqui mencionadas pois a escolha do modo como a esposa lida com a situação prende-se com a sua forma de ver a vida e com factores como, por exemplo, as expectativas de classe, comportamento do próprio marido e pela duração do problema.

Deste modo, em suma, a esposa tem de lidar com problemas afectivos e situações reais, concretas que fazem parte do seu quotidiano. Os problemas emocionais estão ao nível da ansiedade, medo e infelicidade, podendo existir um elemento de dúvida sobre si mesma (ou auto-acusação) e ela própria começa a sentir-se desvalorizada ou esgotada. Ao nível das

situações quotidianas, temos um vasto leque de pequenos problemas a enfrentar: carências económicas, violência doméstica, a falta de higiene pessoal do marido, entre outros.

Posto isto, é importante salientar uma vez mais que grande parte dos pressupostos aplicados ao entendimento do casamento onde o alcoólico é o marido, pode também ser aplicado a casamentos onde é a mulher a doente alcoólica. Porém, nestes casos, como se o casamento não constituísse já grande fonte de problemas, podem desenvolver-se aspectos problemáticos adicionais relacionados, por exemplo, com as atitudes punitivas sociais em relação à mulher alcoólica.

Nestes casos, “a reacção do marido pode ser expressada por uma aversão primitiva em relação ao comportamento da esposa, ou por medo de desaprovação social em que a família caia em desgraça por ter uma mulher bêbada – seus sentimentos podem levá-lo à violência. Para que haja qualquer mudança construtiva é necessário que esses sentimentos sejam elaborados, de modo que o marido possa ficar menos assustado com o que está acontecendo e não condene a esposa cegamente” (Edwards, Marshall e Cook, 1999; p.63). O que aqui se denota é que, de facto, estereótipos e preconceitos sociais influenciam, em muito, a nossa análise das situações na medida em que, se analisarmos sob o ponto de vista puramente factual, concluimos que pode ser tão desastroso um marido alcoólico como uma esposa. Vejamos, se o marido trabalha e a mulher é dona de casa é provável que ele tenha de assumir o controlo da casa se a situação se deteriorar (tal como acontece no caso oposto). Assim, o que podemos concluir não é que os problemas de ter uma esposa alcoólica são maiores do que os de ter um marido alcoólico; podemos concluir, sim, o fracasso da mulher em desempenhar os papéis esperados traz problemas diferentes dos trazidos pelo fracasso masculino no desempenho dos seus papéis. Então, o que está em causa, como em muitos domínios do social, é o eixo do género a atravessar a forma como os indivíduos experienciam e percebem o consumo abusivo de álcool.

Muitas vezes, na tentativa de colmatar a sua dificuldade em assumir o controlo do lar, o marido tenta que a filha (quando ela existe) assuma o papel que deveria ser a mãe a desempenhar (*Idem*).

Uma outra diferença prende-se com as questões económicas uma vez que pode ser mais fácil o abandono de uma mulher alcoólica do que de um marido doente alcoólico. O que acontece é que, habitualmente, as mulheres tendem a ser mais dependentes economicamente do que os maridos, o que pode dificultar a sua saída de casa por falta de bens económicos que a sustentem.

Até aqui vimos exemplos de casais em que um membro era doente alcoólico. No entanto, não podemos esquecer que existem, também, casais em que os dois membros são dependentes do álcool. Esta situação pode ter lugar tanto antes do casamento (antes de casarem já são ambos doentes alcoólicos) ou depois do casamento (quando um dos elementos do casal opta, ainda que inconscientemente, por “seguir os passos” do outro. “Em geral, quando tanto o marido quanto a mulher têm um problema sério, pode ser difícil alcançá-los com uma ajuda efectiva. Se eles se conheceram num bar e cada um escolheu de propósito um parceiro que bebe, o terapeuta pode-se defrontar com uma barreira surpreendente de motivações patológicas. (...) Quando o beber pesado se desenvolveu durante o casamento, as possibilidades de terapia em geral são maiores.” (*Idem, Ibidem*; p.63).

Os filhos destes casais, apesar de frequentemente esquecidos pelos terapeutas são, também, parte integrante destas famílias e, conseqüentemente, parte integrante de todos os problemas até aqui referenciados. De facto, a extensão dos danos causados por um progenitor alcoólico pode depender da personalidade da criança, do grau de afecto prestado pelos progenitores, da variedade de outros apoios sociais e emocionais existentes e da idade da criança quando o progenitor desenvolveu a dependência. Nestes casos, o comportamento do progenitor dependente é de extrema importância pois vai influenciar a reacção da criança. Deste modo, o comportamento do progenitor alcoólico pode ter influência na criança ao nível da ansiedade, de comportamentos depressivos (especialmente em crianças do sexo feminino) e de baixa auto-estima (Zeitlin, 1994 in Edwards, Marshall e Cook, 1999). Assim, os danos psicológicos provocados vão determinar certas incapacidades sociais como mau desempenho académico, comportamentos anti-sociais, ataques de raiva (Zeitlin, 1994 in Edwards, Marshall e Cook, 1999). “A ausência de ligação emocional em casa pode significar que a criança, quando adolescente, vai desenvolver atitudes especialmente rejeitadoras em relação aos pais, e identificar-se precipitadamente com um grupo adolescente de iguais. Esta versão extrema de um processo normal necessariamente não será prejudicial, mas os filhos deste lar perturbado podem ser vulneráveis ao envolvimento com grupos também perturbados, ligados ao consumo de drogas ou delinquência. Essas associações podem representar em parte uma vingança contra os pais, conforto ou excitação para substituir sentimentos internos de bem-estar que tanto fazem falta.” (Edwards, Marshall e Cook, 1999; p.65).

Por outro lado, se existem diferentes modos de um cônjuge lidar com a doença alcoólica existem, também, diferentes formas das crianças filhas de progenitores alcoólicos lidarem com a dependência do(s) progenitor(es) e, então, é impossível prever de que modo estas crianças vão enfrentar a adolescência pois tanto podem reagir de um modo revoltado

com o exterior como o que vimos na transcrição acima, como através de uma revolta silenciosa processada no seu íntimo que se materializa através do desespero, da dependência, preocupação extrema em cuidar da casa e do progenitor não alcoólico e incapaz de se identificar e conviver de um modo saudável com outros jovens (Roussaux, Faora-Kreit, Hers, 1996).

Deste modo, enquanto adultos, os filhos de pais alcoólicos tendem a apresentar quadros de baixa auto-estima, depressão, ansiedade, comportamento anti-social, desarmonia conjugal, entre outros.

Posto isto, é impossível negar a influência do alcoolismo nas interacções familiares visto que ele não só afecta o presente dos membros da família, como molda quem eles possam ser no futuro influenciando, assim, o “amanhã” dos seus membros.

Após a análise dos problemas familiares nas famílias de doentes alcoólicos, passarei à análise das complicações sociais de quem tem problemas com o álcool. De facto, tal como sabemos, nenhuma dimensão da nossa vida é estanque; cada dimensão é diferente da outra mas todas se relacionam integrando e influenciando a vida do sujeito. Assim, tendo o alcoolismo uma causa genética, pessoal ou familiar, facto é que ele acaba por influenciar de maneira decisiva a vida dos indivíduos.

Quando nos referimos a “problemas sociais”, referimo-nos ao fracasso de um determinado papel que deveríamos desempenhar. Este fracasso pode consistir, por exemplo, no mau desempenho do papel de pai, marido, filho, trabalhador, vizinho, cidadão, entre outros. Portanto, o resultado deste fracasso pode ser prejudicial tanto para o indivíduo como para aqueles que o rodeiam. Por todos os motivos até aqui expostos, o alcoolismo pode contribuir activamente para este fracasso e, assim, o “papel de alcoólico” compete vivamente e, muitas vezes, até se sobrepõe aos restantes papéis pré-existentes.

Este fracasso social pode, então, resultar na perda de estatuto social uma vez que vai afectando a reputação e a forma como os demais encaram o alcoólico, confirmando o seu actual papel.

Então, este fracasso social não se processa unicamente a nível individual. Ele vai, inevitavelmente, atingir a sua família.

Na verdade, socialmente, um doente alcoólico pode encontrar problemas ao nível do trabalho, da habitação, problemas financeiros, ilegalidades, vitimização, impacto sobre a educação e o treino profissional, entre outros.

Então, a variedade que a influência do álcool pode ter sobre o desempenho profissional são muitas e trespassam todas as profissões não se cingindo, unicamente, a

profissões de baixo prestígio social. Porém, seja quem for o indivíduo a analisar, devemos ter em conta a profissão em que ele se insere de modo a elaborarmos uma investigação mais cuidada dos riscos a que ele se expõe e expõe, simultaneamente, os outros.

“Na área urbana, os problemas de habitação e os problemas com bebida geralmente caminham juntos (um exacerbando o outro), e onde existem grandes concentrações de habitações precárias e privação social, o alcoolismo é um dos muitos transtornos endémicos que contribuem para a totalidade de desorganização social e dela derivam.” (Edwards, Marshall e Cook, 1999; p. 71). Por outro lado, é também possível o cenário em que é a bebida que conduz ao problema da habitação. Estes, podem ser perceptíveis pelo mau relacionamento com os vizinhos, má manutenção da casa, rendas em atraso, serviços cortados por falta de pagamento, despejo, entre outros podem ser verificados e agravados quanto mais aguda se tornar a dependência alcoólica.

Para uma análise mais completa da situação do doente alcoólico, é necessário ter noção dos seus possíveis problemas financeiros e de que forma eles estão a afectar a sua família e a sua vida social. Por si só, o acto de beber é muito dispendioso mas, tal como acontece com os problemas da habitação, o indivíduo estará protegido por um período de tempo mais alargado quanto mais possibilidades económicas tiver; da mesma forma que situações de doença prolongada, desemprego, entre outros contribuem para agravar situações de elevadas carências levando o alcoólico a procurar um segundo emprego, a vender bens pessoais, a hipotecar segunda vez a casa, entre outros. A família pode, então, atingir um estado em que o caos financeiro é a sua principal preocupação. Apesar de, do ponto de vista social, a organização deste caos poder constituir a primeira necessidade, esta será uma ajuda temporária se o problema com o álcool não for enfrentado.

Juntamente com estes problemas, o alcoólico pode, também, deparar-se com a infracção de inúmeras leis e normas não só sociais como jurídicas. A relação álcool-crime apresenta inúmeras variações sendo raro encontrar delitos que não tenham sido, pelo menos uma vez, relacionados com o consumo excessivo de álcool. Estes delitos prendem-se, essencialmente, com a condução sob o efeito do álcool, pequenos roubos, passar cheques sem provisão, violência doméstica, entre outros. Porém, esta é uma área que exige uma análise cuidada pois não é correcto associar o álcool como principal causa deste tipo de comportamento; verdade é que pode existir um indivíduo com tendências homicidas e cometer um assassinio sem recorrer ao álcool, do mesmo modo que este mesmo indivíduo pode ter decidido recorrer ao consumo de bebidas alcoólicas e ter cometido um homicídio. Mas isto não é facto suficiente para apontar o álcool como “rastilho”.

De facto, várias abordagens foram já utilizadas para examinar a validade da suposição de que o álcool contribui para a ocorrência deste tipo de delitos. Uma das abordagens baseia-se na pesquisa antropológica que sugeriu que o grau em que as pessoas se comportam violenta ou sexualmente quando alcoolizadas não é tão determinado pelo consumo em si, mas sim pela maneira como a sociedade e a cultura acredita que as pessoas se vão comportar quando alcoolizadas (MacAndrew & Edgerton, 1969 in Edwards, Marshall e Cook, 1999). Assim, atrevo-me a dizer que a cultura da sociedade em que o doente alcoólico se insere influencia a resposta do indivíduo ao álcool, apesar destes estudos deixarem ainda sem resposta a questão do álcool contribuir directamente para o crime violento.

A este respeito, vários estudos têm sido realizados explorando a correlação entre o consumo de álcool e os índices de agressão ou homicídio, apresentando correlações positivas (Lenke, 1990; Edwards et al, 1994 in Edwards, Marshall e Cook, 1999). Outras pesquisas examinaram a relação entre o consumo de álcool e delitos na adolescência e demonstraram que existe, neste grupo de idades, uma significativa associação entre a bebida e delitos violentos (Fergusson et al, 1996 in Edwards, Marshall e Cook, 1999).

Posto isto, tendo em conta os estudos aqui apresentados, podemos concluir que o consumo de álcool tem uma contribuição directa no aumento dos crimes violentos, apesar desta causalidade ainda não se poder generalizar aos crimes sexuais.

Dentro dos pequenos delitos, não podemos esquecer a condução sob o efeito de álcool que é praticada pela população, de um modo geral. Os factores relacionados com este tipo de delito não incluem, apenas, o acto de beber (quantidade e frequência de ingestão) mas implicam, também, variáveis sociodemográficas e as características psicológicas. De facto, “As estimativas da proporção de sujeitos entre os motoristas que cometem delitos, variadamente definidos como «alcoolistas» ou «bebedores-problema», variam de 4 a 87% entre as amostras e jurisdições nacionais, com os índices de incidência influenciados pela definição operacional e tendendo a ser mais baixos quando as definições são mais rígidas. A dependência do álcool tende a estar mais solidamente associada ao dirigir alcoolizado quanto mais alta for a CAS (Concentração de Álcool Sanguínia) no momento do delito e entre alcoolistas habituais (...)” (Macdonald & Pederson, 1990 in Edwards, Marshall e Cook, 1999). Esta afirmação vem comprovar que os efeitos por conduzir sob o efeito do álcool devem constituir parte integrante de qualquer investigação pois nem todos os que foram condenados por este pequeno delito manifestarão, de outra forma, problemas com o consumo excessivo de álcool mas existirá, sem dúvida, uma grande percentagem de indivíduos que,

quando conduzem, constituem uma verdadeira ameaça para si e para os outros, o que faz aumentar a responsabilidade do terapeuta.

Por outro lado existe, também, uma relação positiva entre a quantidade de álcool ingerida e a probabilidade de ele ser atacado pois um indivíduo alcoolizado terá menos capacidade de defesa de um acto violento do que um indivíduo em posse de todos os seus reflexos (Edwards, Marshall e Cook, 1999).

Posto isto, podemos concluir que o álcool pode prejudicar muitos aspectos da integração social e levar a várias perdas mas, habitualmente, ele contribui, apenas para a causalidade desses prejuízos. O impacto social do consumo excessivo de álcool raramente pode ser compreendido de forma unicausal ou unilateral pois a perturbação do bem-estar social é tão importante quanto as perturbações físicas e mentais com as quais interage.

Para Alarcão (2000) a família, enquanto primeiro e mais significativo espaço de relacionamento do indivíduo, deve ser entendida como contexto de leitura e de mudança do sintoma da doença seja esta o alcoolismo, a esquizofrenia, a toxicodependência ou a delinquência.

A autora considera que a designação de “disfuncionamento familiar” deveria ser banida pois apesar desta ter subjacente a ideia de diferenciação entre famílias (as funcionais e as disfuncionais), facto é que famílias ditas normais se tornam periodicamente desequilibradas e nenhuma família atravessa estas mudanças de forma totalmente harmoniosa: “ (...) a crise subsequente pode (...) converter-se em ocasião (de transformação e crescimento) ou em risco (de bloqueio e impasse).” (Alarcão, 2000; p. 239).

No entanto, existem autores que consideram que famílias funcionais não ficam “presas” em ciclos de resistência à mudança procurando, sim, a sua modificação mas, por outro lado, as famílias disfuncionais permanecem paralisadas utilizando o indivíduo doente para evitar a mudança e perpetuar o seu funcionamento o que vem de encontro à visão de Edwards, Marshall e Cook (1999) que consideram que, muitas vezes, são as próprias famílias que perpetuam a situação em que se encontram como, por exemplo, acontece com as esposas de alcoólicos que, segundo os autores têm tendência para a escolha de determinado parceiro na tentativa de continuar a viver as dinâmicas familiares que experienciaram até ali e, depois disso, algumas destas esposas, podem dificultar a recuperação do marido de modo a evitar a mudança e continuar a “dominar” a situação. Assim, ao mesmo tempo que se acentua a flexibilidade do funcionamento familiar, enfatiza-se uma dimensão auto-reguladora. Esta é, então, uma lógica auto-correctiva onde a disfuncionalidade se explica pelo próprio sistema.

Paralelamente, temos a visão de autores que consideram que a disfuncionalidade contribui para catapultar a família para um novo estado e, neste sentido, temos Hoffman (1981 in Alarcão, 2000) que considera que, sem crises, as famílias dificilmente atingem uma mudança estrutural.

Assim, “o sintoma vem preencher uma determinada função familiar, necessária à sua própria sobrevivência. Enquanto mensagem, ele transforma-se num sinal de disfuncionamento que urge identificar e corrigir para, ultrapassada a necessidade interna que lhe deu origem, ele próprio poder desaparecer.” (Alarcão, 2000; p. 242). Na vida familiar, podem ter lugar períodos de tensão, de dificuldade e conflito, a par de períodos de relativa tranquilidade e satisfação alimentando, deste modo, as próprias relações familiares. Nesta variedade comportamental pode acontecer que um determinado comportamento produza determinados resultados que não produziria se o sistema não estivesse afastado do equilíbrio. Este comportamento, produzido por um membro da família, vai ser seleccionado e privilegiado pelos outros membros da família; vai repetir-se e vai ser ampliado, não só pela continuação das respostas que ocasiona, mas também, porque acaba por adquirir um sentido particular para o indivíduo e para os restantes membros da família (Ausloos, 1996 in Alarcão, 2000).

Neste processo de “selecção-ampliação”, a história pessoal do doente e o contexto em que ele se insere, desempenham um papel importante. Com efeito, existem expectativas, medos, receios, angústias, tradições que podem facilitar a selecção, ainda que aleatória, de um determinado comportamento que, depois, se tornará sintomático. É com o desenvolvimento deste processo de selecção-ampliação que passamos a uma fase de “cristalização-patologização” (Alarcão, 2000) pois o comportamento ampliado torna-se um hábito, cristaliza-se na vida do sujeito e é o meio pelo qual o identificam. Portanto, não há tipos particulares de famílias que correspondam a sintomas específicos. “ (...) o que faz com que para um ou mais membros da família, a saída seja a toxicodependência, a depressão, a anorexia, a psicose, as alterações de comportamento, etc., depende bem mais do contexto e dos acontecimentos, e provavelmente do terreno biológico, do que da dinâmica própria da família. Por contexto entendo aqui o estatuto social, o meio cultural, o ambiente imediato, as influências do meio escolar ou profissional, etc. Por acontecimento entendo os tempos fortes da vida familiar (nascimentos, falecimentos, emigração, mudança de casa, ruptura, desemprego, falência, acidente, etc.), os percursos individuais de cada um dos membros, o lugar na fratria, a influência do grupo de amigos, etc.” (Ausloos, 1996; p.141 in Alarcão, 2000; p.245).

Afiguram-se, então, dois eixos de análise: o eixo sincrónico que reporta ao espaço relacional da família e o eixo diacrónico definido como o eixo do tempo familiar (Alarcão, 2000). Entre os dois eixos há uma permanente interacção que articula os diferentes contextos relacionais da vida familiar com o seu próprio desenvolvimento e com a continuidade transgeracional. Ou seja, à medida que o tempo vai passando, as relações familiares vão-se organizando de forma diferente (por exemplo, se o casal cria um determinado modelo de interacção, terá que o adaptar aquando do nascimento do primeiro filho) e é nesta articulação entre espaço e tempo (sincrónica-diacrónica) que a crise surge como uma flutuação mais ampla na mudança da vida familiar, introduzindo uma ruptura processual e exigindo reestruturação relacional.

“A vida da família é, então, uma co-construção de equilíbrios presentes, passados e projectados, pontuados por desequilíbrios que podem oferecer-se como propostas viáveis para a sua organização, permitindo proceder aos respectivos re-arranjos estruturais, ou como ameaças a essa mesma organização, bloqueando o seu crescimento e coarctando a sua necessária complexificação.” (Alarcão, 2000; p.250).

Posto isto, por tudo o que até aqui foi explicitado, podemos afirmar que o álcool, enquanto “substância tóxica legalizada”, pode ser tão prejudicial para as famílias como a própria droga pois ambos são utilizados como escape à realidade, fuga de vivências dolorosas que provocam sofrimento, incómodo ou angústia. Tal como a droga, no consumo excessivo de álcool o que mais preocupa é a massificação (ainda que encoberta) do fenómeno, a precocidade do consumo, a elevada taxa de mortalidade que o acompanha, a sua dimensão macro-económica e a falta de controlo de um processo que não parece ter regras ou fronteiras.

“Na ausência de outros ritos iniciáticos, o consumo de drogas aparece, cada vez mais, como forma de iniciação e de aceitação grupal, por vezes também como tentativa de (pseudo)afirmação de uma contra-atitude, de um contra-valor e de uma contra-relação familiares, outras vezes como resultado de uma incapacidade de dizer não. Em sujeitos mais velhos (...) o comportamento aditivo parece ter uma função de obscurecimento da crise vivida e de anestesia da dor psíquica dela decorrente. (...) Na essência, o significado individual da toxicodependência poderá não ser significativamente diferente nas várias idades em que a mesma se instala. No entanto, os processos de selecção e de perpetuação do comportamento sintomático parecem ser diferentes (...)” (Alarcão, 2000; p. 252).

Apesar do autor desta transcrição se referir à toxicodependência, facto é que este excerto poderia ser totalmente adaptado a comportamentos de consumo excessivo de álcool. Na verdade, tal como o consumo de drogas, também o consumo de álcool é, muitas vezes,

encarado como passagem para a idade adulta o que faz dele um rito de aceitação grupal. Quantas vezes não se ouve: “Já bebe cerveja! Já é um homem!”? E “Se o meu amigo bebe e já é homem eu também vou experimentar!” Não será este um incentivo ao consumo precoce? Por outro lado, no que respeita ao consumo mais tardio, podemos também perguntar quantas vezes não ouvimos já dizer que alguém “bebe para esquecer” sendo, aqui, o álcool encarado como anestesia?

Na relação com os doentes aditivos (sejam eles toxicodependentes, alcoólicos ou outro), experimentamos, muitas vezes, sentimentos ambivalentes face aos mesmos que oscilam entre a empatia e o desejo de ajuda e a irritação e o desânimo. O pessimismo destes sentimentos é comumente originado pela dificuldade do doente aceitar o estabelecimento de uma relação vinculativa à substância e pelo tipo de defesas que utiliza para manter a superficialidade dos afectos mantendo, deste modo, a ilusão de independência. Esta defesa consolida-se, muitas vezes, na interrupção do tratamento, na arrogância e no desprezo pelas relações interpessoais e na negação dos afectos sejam eles positivos ou negativos. Porém, estas defesas, mais do que constituírem uma defesa dos outros constituem, antes de mais, uma defesa de si próprio e da sua fragilidade psicológica.

Posto isto, compreende-se que o sistema familiar de doentes aditivos apresente uma difusão de fronteiras. É frequente que um dos elementos seja remetido para a “periferia” familiar podendo, ainda, observar-se “ (...) uma inversão da hierarquia familiar, com o sub-sistema filial tão ou mais influente do que o sub-sistema parental.” (Stanton e Todd, 1982 in Alarcão, 2000; p. 263). Nestes casos, o doente assume um papel parental, colidindo com um dos progenitores sendo que os “elementos aliados” apresentam semelhanças ao nível do comportamento e esta coligação pode levar ao afastamento do progenitor visado (Madanes, Dukes e Harbin, 1982 in Alarcão, 2000). Estas coligações são, muitas vezes, negadas e acontecem face ao conflito parental ou ao próprio funcionamento familiar. Da mesma forma que é frequente voltar as atenções para a doença do filho na tentativa de proteger o laço marital sendo, desta forma, evitados os conflitos do casal pela atenção que é dada ao comportamento irresponsável e doente do filho. Contudo, este tipo de causalidade hoje não é pacificamente aceite tentando compreender-se, antes, a forma como várias características se articulam de maneira ou a “congelar” a história da família, ou a libertá-la para novas caracterizações onde a dependência não seja o centro de todas as relações familiares.

Tendo em conta tudo o que foi referido até então, não podemos deixar de mencionar uma dimensão latente a todas estas situações: o segredo. De facto, não podemos esquecer que grande parte dos conflitos familiares têm lugar “à porta fechada”, principalmente quando a

origem do conflito pode ser alvo de discriminação e consequente vergonha social para a família, como é o caso do consumo agudo ou crónico de álcool. É então que, de forma a “manter a fachada” a família se circunscreve mantendo em segredo o seu problema podendo, numa fase mais avançada do problema, isolar-se dos seus amigos, vizinhos e restantes familiares.

“Poderá o leitor pensar (...) que o PI [paciente identificado] é uma vítima da sua própria família, salvando-a com o sacrifício do seu próprio desenvolvimento e, eventualmente, da sua vida. Ao nível do senso comum, no entanto, a família é, frequentemente, vista como a vítima do comportamento transgressor do PI. Vítima e vitimador são, então, elos de uma mesma cadeia que só poderá abrir-se e sair do seu círculo vicioso quando uma nova história puder ser escrita por todos (...) e na ausência da negação das verdadeiras dificuldades e impasses familiares.” (Alarcão, 2000; p. 273).

Hapetian (1997), ao analisar as medidas a adoptar quando existe um toxicodependente na família, fornece algumas pistas para a relação da família com doentes dependentes podendo, assim, adaptar-se estas medidas a famílias com doentes alcoólicos. A autora considera, então, que a resolução do problema passa pelo envolvimento da família na recuperação. Tanto o consumo abusivo de drogas “hard-core” (como a heroína, por exemplo) como o consumo abusivo de álcool são doenças complexas, prolongadas e sujeitas a recaídas mas passíveis de tratamento e, em alguns casos, se não se cura a doença, pelo menos consegue dominar-se a dependência. O que pode realmente constituir um problema, além da própria doença, é o facto do indivíduo raramente assumir que é doente, não se querer tratar, desestabilizar a família e provocar problemas que, não sendo do foro da saúde, podem tirar a vida dos sujeitos como é o caso dos problemas com a justiça.

Aqui, é importante referir que, além da própria doença, existem outros factores que podem dificultar o tratamento da doença como, por exemplo, o facto da família, por se sentir sem forças para continuar a lutar, deixar de apoiar o doente e a falta de colaboração da família e da comunidade num tratamento que é quase impossível sem o seu envolvimento, o que acontece, essencialmente, por falta de informação e pela atitude passiva da própria comunidade. Então, podemos afirmar que, tanto a toxicodependência como o alcoolismo são doenças do corpo, do espírito, da família e da comunidade em geral cabendo a todos nós a responsabilidade de facilitar o seu tratamento nele participando.

Para Hapetian (1997), a família deve deixar transparecer ao doente que gosta dele mas não daquilo que ele faz, que não pode contar com ela para continuar a consumir mas que tem todo o seu apoio para se tratar.

Posto isto, para a autora podemos afirmar que:

- A toxicodependência, tal como o alcoolismo, além de ser um problema médico é, também, um problema económico, cultural e social e, portanto, para o seu tratamento é necessária a colaboração médica, familiar, dos professores, dos empregadores, amigos, vizinhos, entre outros;
- A principal característica deste tipo de doentes é pensar que não precisa de ajuda e que consegue tratar-se sozinho.

Então, as famílias vão perdendo a serenidade e a alegria, vão ficando sem dinheiro ou sem bens, vão-se afastando de tudo e ficam cada vez mais isolados e sem esperança e sofrem a incompreensão e a falta de solidariedade dos que o rodeiam, entre outros.

Porém, não podemos deixar de realçar que, neste tipo de doença, a cura está em tudo o que rodeia o doente mas parte, essencialmente, do doente em si na medida em que se ele não quiser ser tratado, não terá força de vontade suficiente para terminar o tratamento, por mais ajuda que tenha da família e da comunidade em que se insere.

Assim, podemos dizer que a toxicodependência é um fenómeno determinado por múltiplos factores de natureza diversa que se conjugam e criam condições para o seu aparecimento e manutenção (Fleming, 1995). Com base nos mais importantes trabalhos de revisão de literatura feitos nas últimas décadas (Harbin & Maziar, 1975; Klagsbrun & Davis, 1977; Stanton, 1979; Kaufman & Kaufmann eds., 1979; Angel & Angel, 1983; Stanton & Todd, 1982 in Fleming, 1995), constata-se que os factores familiares desempenham um papel fundamental no desencadear e manutenção de doenças aditivas. Apesar de alguns autores considerarem não se poder afirmar a existência de interacções familiares específicas a estas famílias de origem, é possível identificar algumas tendências mais comuns que se verificam no estatuto sócio-económico dos pais, carências de cuidados parentais, falhas de comunicação entre os membros da família, estilos de educação e estilo de relação do casal.

No que respeita ao estatuto sócio-económico, os trabalhos de investigação realizados revelam tendências divergentes pois se existem estudos como o de Pritchard (1986 in Fleming, 1995) que encontram correlações significativas entre o consumo e a taxa de desemprego do pai existem, também, investigações (Dias, 1980 in Fleming, 1995) que provam uma sobre-representação dos grupos sócio-económicos mais favorecidos sendo que a proporção de pais do sexo masculino pertencentes a quadros superiores e profissões liberais era duas vezes superior à constatada na população geral e que uma grande parte eram industriais e comerciantes; no que respeita às mães eram, em geral, quadros médios e uma grande proporção era de quadros superiores, ocupando lugares de chefia. Apesar de neste

estudo os investigadores concluírem que filhos de mães pertencentes ao pessoal dos serviços constituem um grupo de risco, Miller (1980 in Fleming, 1995) conclui que nem o estatuto sócio-económico nem a situação profissional da mãe tem influência na dependência do filho.

Outro aspecto que se evidencia na investigação é a descoberta, nas famílias confrontadas com algum tipo de dependência, da carência de cuidados parentais. De facto, a perda de um ou mais elementos da família, decorrente da morte ou separação física encontra-se, frequentemente, na história da vida do consumidor (Rosch, 1988 in Fleming, 1995). A adaptação a esta nova realidade não acontece e a dor da perda ou do afastamento é “anestesiada”, aliviada e, inevitavelmente, mascarada pelo recurso a álcool ou drogas.

Existem, também, autores como Bergeret (1980 in Fleming, 1995) que relacionam esta carência com problemas de identificação nos filhos pois a ausência de uma imagem paternal identificatória poderia resultar ou da ausência física do pai ou da carência/excesso de autoridade paternal. Curiosamente, a perda de um familiar encontra-se, também, na história de vida dos pais dos consumidores onde, na maioria dos casos, se constata que os sentimentos associados à perda nunca foram totalmente resolvidos resultando, então, na parentização das crianças. Assim, muitas destas famílias são desarmoniosas, criam um vazio e isolamento emocional, não havendo suporte afectivo entre os seus membros (Jurich 1985 in Fleming, 1995); a coesão familiar é fraca e os membros da família são pouco valorizados. Aqui podemos, então, dar conta de uma atmosfera familiar de fraca proximidade afectiva e, em muitos casos, de mútua rejeição na medida em que os progenitores tendem a espelhar nos filhos padrões conflituais anteriores e os filhos, por não entenderem essa situação, desenvolvem uma rejeição ao próprio progenitor.

Paralelamente, alguns investigadores têm vindo a evidenciar falhas na capacidade de comunicação entre os membros da família: “ (...) os adolescentes consumidores sentem que os seus pais bloqueiam a comunicação, os pais por seu turno teriam tendência a denegar a falha para evitar ouvir coisas negativas ou desagradáveis.” (Fleming, 1995; p.60).

Uma outra tendência identificada em famílias com indivíduos dependentes prende-se com os estilos educacionais. O que acontece é que se verifica uma inconsistência disciplinar resultante quer da fraca definição de regras, quer da excessiva rigidez de limites comportamentais ou, ainda, do tipo de disciplina usado (demasiado permissivo, autoritário ou os dois em simultâneo). Aqui, muitas vezes pais e filhos evitam situações de responsabilidade, ou seja, os pais fogem a situações de stress refugiando-se no consumo de álcool ou drogas, apresentando-se como modelos de “evitamento de responsabilidade” para os seus filhos que, quando crescerem, tendem a adoptar o mesmo padrão de comportamento.

Como influência temos, ainda, as características psicológicas dos progenitores do consumidor e o tipo de relação entre o casal. Seldin (1972 in Fleming, 1995) refere que a mãe do consumidor é muitas vezes retratada como uma figura dominante, conflituosa, emocionalmente imatura e ambivalente quanto ao papel a desempenhar na família, enquanto o pai aparece como uma figura ausente emocional ou fisicamente. O autor verifica, também que, quando casado, o consumidor tem tendência para repetir a dinâmica relacional da sua família de origem.

Tal como se tem apontado ao longo de toda esta revisão da literatura, o doente alcoólico é frequentemente apontado como aquele que sai dos padrões normais de comportamento social sendo este associado a comportamento desviante. Porém, esta não é uma associação linear na medida em que a noção de indivíduo desviante não é fácil de definir precisamente. De facto, a vida social rege-se por normas e regras e desmoronar-se-ia se não fossem cumpridas as regras que definem determinados comportamentos como correctos ou incorrectos, dependendo do contexto em que se inserem.

Então, quando se fala em comportamento desviante é necessário ter em atenção as regras que as pessoas respeitam ou desobedecem pois ninguém quebra ou respeita todas as regras.

Considera-se desvio aquilo que não está de acordo com determinado conjunto de normas aceite pelas pessoas de um grupo, comunidade ou sociedade sendo que nenhuma sociedade pode ser dividida, de modo linear, entre os que se desviam das normas e os que agem em conformidade com elas pois, a maior parte das pessoas transgride, em certas ocasiões, regras de comportamento geralmente aceites (Giddens, 2004).

O que acontece com o alcoolismo é que a noção de desvio é confundida com a noção de crime. Ora, estes conceitos, apesar de muitas vezes se sobreporem, não são sinónimos sendo que o primeiro é muito mais alargado que o segundo e que este se refere apenas à conduta que viola uma determinada lei.

Esta possível confusão de conceitos pode conduzir-nos ao conceito de rótulo social que consiste num processo de interacção entre aqueles que se “desviam” e os que não o fazem ficando, as primeiras, rotuladas de “desviantes”. Esta rotulagem afecta não só a forma como os outros vêem o indivíduo, mas o próprio modo como o indivíduo se encara.

Assim, podemos dizer que muitos tipos de desvio são resultado de situações pontuais onde o indivíduo tem a oportunidade e é motivado ou impulsionado para a acção. Ora, é isto mesmo que acontece com o comportamento alcoólico. O que se verifica é que desde jovens é estabelecida uma espécie de meta onde nos fazem crer que com o consumo da primeira bebida

alcoólica nos tornaremos adultos e aqui está o impulso para a acção de que falava há pouco. A sociedade vai, de certa forma, encorajando um determinado tipo de comportamento até atingirmos uma determinada idade, para depois, quando esse mesmo comportamento se torna doença, por ser desconhecido como tal ou por não ser partilhado pela maioria (pelo menos de forma declarada), ser considerado desviante ou fora dos padrões normais de conduta e, por isso, encoberto e marginalizado na maior parte dos casos.

Esta marginalização de que são alvo tanto doente como família vem condicionar o comportamento e postura social adoptada perante os demais sendo este, muitas vezes, um factor de agravamento da situação em que se encontram pois por terem tendência a esconder cada vez mais a sua situação, mais difícil se torna ajudá-los e mais isolados estes vão ficando.

Este isolamento de que são alvo conduz-nos a um novo conceito: o de exclusão social.

O conceito de exclusão social assume a especificidade de ser recente enquanto tal no seu uso. De facto, a expressão “exclusão social” entrou no discurso político nacional há relativamente pouco tempo (meados de 1993) mas, hoje, é uma expressão de uso generalizado o que não significa que todos que a usam saibam claramente o que ela quer dizer. Contudo, apesar deste conceito ser recente, já os autores clássicos como Durkheim, Simmel, Weber, Escola de Chicago e Interaccionismo tinham em consideração esta noção de exclusão social mas usavam o conceito de desvio. Assim, o actual conceito de exclusão social surge como sinónimo e em substituição do antigo conceito de desvio sendo que este não é, hoje em dia, muito utilizado.

Hoje, o conceito de exclusão social, é muito abrangente e multidimensional consubstanciando-se na conciliação de dois conjuntos teóricos contemporâneos: a tradição francesa que releva os aspectos relacionais e societais dos fenómenos que traduzem várias fragmentações em relação à ordem social e a tradição inglesa que atenta, particularmente, nos aspectos distributivos dos processos excludentes. Estamos, portanto, na presença de um conceito que incorpora diversos fenómenos e processos que se traduzem na ruptura do próprio tecido social. Além disso, é um conceito que se define pela cumulatividade das situações, ou seja, a trajectória do indivíduo excluído é marcada por insucessos em várias esferas da vida social.

Neste contexto, torna-se fulcral dar uma definição de exclusão social tendo sempre em mente que não existe unanimidade quanto ao sentido desta expressão. Assim, Robert Castel (tradição francesa) define a exclusão social “como a fase extrema do processo de marginalização, entendido este como um percurso “descendente”, ao longo do qual se verificam sucessivas rupturas na relação do indivíduo com a sociedade.” (Robert Castel *in*

Costa, 1998; p.10). Segundo este autor a fase extrema deste fenómeno é caracterizada pela ruptura do indivíduo não só com o mercado de trabalho mas, também, com a família, os amigos e os vizinhos.

Já Hermano do Carmo define exclusão social como “um fenómeno que provoca desigualdades no que se refere ao acesso ao mercado de trabalho, a uma pensão de reforma que permita a subsistência de quem a auferir, a um rendimento suficiente para cobrir todas as despesas essenciais, a uma habitação condigna e com o mínimo considerável de condições” (Carmo, 1996; p.47). Contudo, esta definição de Hermano do Carmo limita-se muito à exclusão económica mas, na realidade, esta expressão é muito abrangente e pode verificar-se em várias dimensões da vida dos indivíduos. Neste contexto, pode dizer-se que a exclusão social ocorre quando os indivíduos não têm acesso aos direitos e deveres que lhes conferem o estatuto de cidadãos e “entre esses direitos e deveres estão incluídos naturalmente os cívicos básicos – liberdade de expressão, reunião e associação, direito à escolha dos representantes e dos governantes, direito à privacidade (...) – mas também direitos e deveres sociais e culturais ao trabalho e ao rendimento autónomo, à educação e à cultura, à habitação, ao acesso a cuidados de saúde, à posse de uma identidade positiva, à protecção social e cívica, à participação social e à pertença a grupos.” (Capucha *in Portugal que Modernidade?*, 1998; p.211).

Daqui emerge a ideia de que podemos distinguir vários tipos de exclusão: social, económica, institucional, territorial e simbólica. Alfredo Bruto da Costa (1998) dá-nos um grande contributo para esta distinção. Segundo o autor, a exclusão social verifica-se pela perda de laços entre as pessoas; laços estes que se encontram entre a família, os vizinhos, os amigos, no mercado de trabalho e na comunidade em geral. No que respeita à exclusão económica, ela caracteriza-se pela ausência de capital financeiro que possibilite satisfazer as necessidades básicas. Temos, aqui, a inexistência de salários, pensões, créditos e poupanças o que implica a exclusão dos serviços básicos da sociedade e dos mercados. Relativamente à exclusão institucional, Bruto da Costa distingue dois tipos de sistemas: por um lado, os sistemas prestadores de serviços que as sociedades tentam proteger dos mecanismos de mercado (sistema educativo, saúde, justiça, habitação); por outro, abarca instituições relacionadas com direitos cívicos e políticos (sistema burocrático, instituições de participação política). Então, a exclusão pode também impedir os indivíduos de aderirem a estes serviços que, teoricamente, são para todos. Quanto à exclusão territorial, ela define todas as situações em que atinge não só pessoas singulares e famílias mas também todo o território. É o caso dos bairros de lata, bairros degradados, bairros sociais em que as condições de vida dos seus

habitantes dificilmente podem melhorar se não forem tomadas medidas que promovam o progresso de todo o espaço ao nível da habitação, equipamentos sociais e acessibilidades. Esta exclusão territorial pode ocorrer a nível mundial, a países inteiros, que se vêm excluídos das condições de vida e de progresso existentes no resto do mundo (temos, aqui, os chamados “países do terceiro mundo”). Resta incluir, neste nível, as migrações que podem ser vistas como uma reacção dos excluídos às suas más condições de vida procurando melhorá-las nos países mais desenvolvidos. Por fim, temos a exclusão simbólica que tem a ver com a dimensão subjectiva da exclusão. Designa todo um conjunto de perdas que o excluído sofre: perda de identidade social, de auto-estima, de auto-confiança, de perspectivas de futuro, de motivações, entre outros. Temos, então, “exclusões sociais” e não “exclusão social”.

Com isto, conclui-se que a exclusão social é um fenómeno estrutural que se produz pela própria sociedade já que esta não oferece a todos os seus membros a possibilidade de beneficiar de todos os direitos que oferece nem de cumprir os deveres que lhe estão associados.

Então, podemos dizer que o alcoolismo, antes de ser um problema familiar ele é um problema social que, por afectar o indivíduo em todos os campos da sua vida, afecta também todas as classes, todos os géneros e todas as esferas da vida em sociedade directa ou indirectamente.

Capítulo 2 – Aspectos metodológicos

1. - Modelo de análise

Ao iniciar o capítulo metodológico torna-se imperativa uma apresentação mais detalhada da associação com a qual colaborei para a realização deste estudo. Como já foi referido anteriormente, esta associação destina-se a ajudar não só os doentes alcoólicos, mas também, os seus familiares, prestando-lhes apoio a vários níveis e disponibilizando, para o efeito, serviços como o atendimento ao domicílio, o programa de motivação para tratamento, o encaminhamento de doentes para tratamento, o apoio ao internamento e tratamento, a realização de reuniões semanais de auto-ajuda para doentes alcoólicos, a realização de reuniões semanais de auto-ajuda para companheiros de doentes alcoólicos, o acompanhamento psicológico individual para monitorização e avaliação do regime de abstinência, grupos psicopedagógicos, o apoio psicológico individual a familiares, o Clube da Alegria, a dinamização de sessões de informação e sensibilização para a problemática do álcool na comunidade e a dinamização de acções de formação de monitores de grupos de auto-ajuda, voluntários, profissionais da saúde, entre outros.

Então, os principais objectivos desta associação prendem-se com a prevenção primária do alcoolismo, a assistência e apoio dos alcoólicos tratados e seus familiares, a intervenção ao nível da comunidade, a promoção de estratégias de inserção familiar, profissional e social de doentes alcoólicos tratados, das suas famílias e da comunidade em geral.

Esta Associação intervém, portanto, a nível concelhio e encontra-se dividida por cinco núcleos de atendimento: S. Paio de Oleiros, Rio-Meão, Fiães, Canedo e Arrifana sendo que nem todas as actividades têm lugar em todos os núcleos. No núcleo de S. Paio de Oleiros (aquele com o qual irei colaborar) funcionam as reuniões de inter-ajuda para doentes alcoólicos, os atendimentos psicossociais aos doentes e seus familiares e o Clube da Alegria contando, para tal, com a colaboração de dois psicólogos, uma técnica de serviço social, uma socióloga, uma administrativa e 12 monitores voluntários.

Ao optar pelo alcoolismo como tema de investigação deste Mestrado deparei-me, desde logo, com as inúmeras vertentes desta problemática que poderiam ser analisadas: as suas causas, as suas consequências, o alcoolismo na sociedade, a doença para o indivíduo, entre outros. Perante tão vasto leque de oportunidades de investigação, decidi centrar a minha atenção na vivência familiar do alcoolismo enquanto doença que afecta não só o indivíduo mas todos os que o rodeiam, os chamados co-alcoólicos.

No entanto, o facto de me debruçar unicamente sobre uma vertente desta problemática, não significa que possa descurar por completo as outras vertentes a ela subjacentes, de modo a conseguir uma análise mais transversal e, por isso, mais completa desta dimensão.

Assim sendo, no decorrer da investigação foram tidas em conta as seguintes dimensões:

- A doença alcoólica;
- As origens familiares e económicas do doente e do seu actual agregado familiar;
- O próprio doente alcoólico;
- O actual agregado familiar do doente;
- Os co-alcoólicos;
- A sociedade/o meio em que estes indivíduos estão inseridos.

Com estas seis dimensões, a vivência familiar do alcoolismo será abordada em larga escala, ainda que não se possa considerar uma forma macro social.

Deste modo, ao analisar a doença alcoólica pretende-se, além de tentar perceber as suas causas e consequências directas para o indivíduo compreender, de igual modo, de que forma ela condiciona a sua vida e a vida daqueles que o rodeiam. Para tal, colocou-se como hipótese que **o alcoolismo afecta não só o doente alcoólico, mas também os seus familiares mais próximos de uma forma afectiva, económica e social na medida em que implica um elevado gasto económico e desgasta os afectos e relacionamentos interpessoais e familiares.**

Percebendo, através da revisão da literatura, que o álcool é uma droga que, além de viciar, desgasta financeiramente aqueles que dela dependem considerou-se, por bem, proceder ao levantamento das origens financeiras e familiares de doentes e co-alcoólicos, na tentativa de verificar a sua trajectória social e se havia lugar à repetição de padrões comportamentais. Então, colocou-se como hipóteses que **os doentes alcoólicos apresentam, de um modo geral, uma trajectória social descendente devido ao elevado gasto com o consumo e à perda de consciência de gestão financeira;** e que **o agregado familiar em que o indivíduo cresceu teve influência na consolidação da sua dependência pois existe uma vontade inconsciente em perpetuar o desempenho de papéis familiares até então experienciados.**

Tal como se pode verificar no primeiro capítulo, o alcoolismo é uma doença que, apesar de ser socialmente encarada como um vício, também é socialmente aceite e, muitas vezes, até encorajada. Então, tornou-se fundamental analisar de que modo o (ex) alcoólico

encarava/encara a sua doença sugerindo-se, para tal, as seguintes hipóteses: **apesar de terem convivido com o consumo abusivo de álcool desde tenra idade, é tardiamente que os doentes alcoólicos assumem a sua dependência e a consequente necessidade de tratamento devido à vergonha, reprovação social e sentimento de negação que a doença acarreta; durante o seu percurso de vida, os doentes alcoólicos sentem, frequentemente, um sentimento de abandono e comiseração por parte da família e um sentimento de culpa relativo à reprovação de que são alvo pela sociedade.**

É de salientar que, ao longo de todas as dimensões já abordadas, mesmo elas não sendo “compartimentos estanque”, existe um elemento comum: a família, seja ele o agregado actual ou a família de origem, quer do doente ou do cônjuge, facto é que a sua importância é indiscutível para se tentar perceber um pouco mais desta realidade que é o alcoolismo. Então, põem-se aqui as seguintes hipóteses: **a família pode contribuir para o prolongamento no tempo da doença alcoólica devido à vontade, ainda que inconsciente, de repetir determinados padrões comportamentais e, também, devido à vergonha social; a família tem um papel fundamental na recuperação do doente alcoólico uma vez que é dela que ele retira a sua força de vontade; mulheres filhas de progenitores alcoólicos têm tendência a procurar cônjuges alcoólicos de forma a repetir o padrão de vida em que estavam inseridas; a família depara-se, muitas vezes, com a maior irascibilidade do doente devido a uma perda de noção da força física e da própria realidade; o cônjuge do doente alcoólico apresenta uma tendência para se deixar dominar devido ao medo da agressividade do parceiro.**

Tal como temos visto, para a sociedade o alcoolismo é um vício, uma atitude a condenar e a esconder e, simultaneamente, um comportamento simbólico de entrada na idade adulta. Além disso, ao alcoólico são atribuídos uma série de estereótipos e preconceitos negativos, “rótulos sociais” que os perseguem, muitas vezes, injustamente. Então, será importante tentar desmistificar esta dicotomia pelo ponto de vista de quem a experienciou e, para isso, ninguém melhor que os próprios doentes alcoólicos e os seus familiares. Assim, hipoteticamente, **a sociedade, de um modo geral, marginaliza os doentes alcoólicos pela atribuição de estereótipos negativos associados à doença não marginalizando, contudo, a família destes doentes nutrindo por estas um sentimento de comiseração.**

Deste modo, apesar do grande objectivo desta investigação se prender com a compreensão da vivência familiar da doença alcoólica, é fundamental não deixar de ter presente que a sociedade, embora tenha várias esferas, estas não são estanques e todas se influenciam simultaneamente. Portanto, para melhor compreender e analisar a dimensão

familiar do alcoolismo e o papel da família na recuperação do doente alcoólico tornou-se, para mim, de extrema importância, incluir alguns indicadores de outras dimensões desta mesma problemática podendo, com isso, alargar a análise, melhor verificando qual o papel do alcoolismo não só na família, mas também no meio em que os indivíduos se socializaram primária e secundariamente.

Os utentes da associação com a qual colaborei, rondam os 1000 indivíduos sendo que ultimamente viu aumentar o número de presenças femininas apesar do número de utentes masculinos continuar predominante.

Assim sendo, esta investigação tem como população-alvo os membros da Associação de Alcoólicos Recuperados do concelho de Santa Maria da Feira, podendo estes entender-se como doentes alcoólicos recuperados, ou em recuperação e os respectivos membros da família que os acompanham às reuniões semanais desta mesma associação.

Do universo de utentes da associação, procedeu-se à selecção de uma amostra que, de alguma forma, traduzisse a diversidade de indivíduos em causa. Neste caso, esta amostra foi constituída por 16 pessoas: 8 doentes alcoólicos e 8 familiares, entre os 22 e os 64 anos.

Grande parte dos entrevistados frequentou apenas os primeiros anos do primeiro ciclo do Ensino Básico (quarta classe), com a excepção de uma entrevistada, filha de um doente alcoólico recuperado, que havia concluído recentemente um curso superior.

No que respeita ao estado civil, constata-se que com excepção de um entrevistado que é divorciado, todos os outros são casados, assim como todos têm filhos, com a excepção da filha do primeiro entrevistado.

Por fim, resta referir a situação na profissão onde se verifica que apenas 1 dos 16 entrevistados é trabalhador por conta própria sendo, os restantes desempregados (3 entrevistados), reformados (4 indivíduos) ou trabalhadores por conta de outrem (8 inquiridos).

Assim sendo, podemos concluir que, ao nível da escolaridade contactamos com uma população de baixo nível escolar sendo que a maioria dos entrevistados não tem, sequer, a quarta classe. E deparamo-nos, ainda, com indivíduos de baixo estatuto sócio-económico.

2. - Apresentação e justificação do método e técnicas seleccionadas

Quando se realiza um qualquer trabalho é importante ter presente que o conhecimento científico é provisório e a investigação social produz um conhecimento essencialmente compreensivo. A existência de um carácter compreensivo do conhecimento não pode ficar apenas pela descrição da realidade; o conhecimento deve conter não só a intenção compreensiva mas também a intenção racional por parte do investigador. Assim, o conhecimento não reproduz a realidade mas dá uma interpretação acerca desta alcançada através da capacidade cognitiva e intelectual do investigador.

O plano de investigação desenvolvido teve, então, por base uma metodologia de cariz qualitativo que, em termos operacionais, se traduziu na recolha de dados através da observação directa e com recurso a entrevistas semi-directivas e, ainda, na análise da informação recolhida a partir da análise de conteúdo.

É neste capítulo que serão tecidas algumas considerações sobre as razões do recurso à abordagem qualitativa e sobre os processos de construção, aplicação e avaliação dos instrumentos técnicos utilizados.

É importante salientar que esta investigação terá como ponto de partida a teoria (função de comando da teoria) que permitirá a selecção de métodos e técnicas mais adequados à obtenção da informação acerca dos indivíduos dependentes de álcool assim como das relações familiares que mantêm.

Ao escolher a análise intensiva deste objecto, procurou-se compreender esta dimensão do fenómeno na sua totalidade, intensivamente, não esquecendo nunca a multiplicidade de aspectos a ele inerentes, exigindo um elevado controlo para uma melhor recolha da informação, tentando relativizar a subjectividade e as ideias pré-concebidas sobre o objecto em análise (Greenwood cit. Em Almeida; Pinto, 1990).

Além disso, o método qualitativo privilegia uma lógica mais indutiva e admite que os próprios dados podem ser geradores de teoria; as técnicas aqui usadas requerem maior vigilância por parte do investigador “A tradição de investigação qualitativa, em ciências sociais, consiste essencialmente em estudar e em interagir com as pessoas no seu terreno, através da sua linguagem, sem recorrer a um distanciamento que levaria ao emprego de formas simbólicas estranhas ao seu meio.” (Gauthier, cit. Em Lessard-Hébert; Goyette; Boutin, 1994, p.32).

Então, tendo em conta o objecto de estudo aqui em análise, considera-se o método qualitativo como o mais apropriado aos objectivos desta investigação e, consequentemente, ao

seu objecto de estudo. De facto, tendo em conta que este é um assunto bastante delicado de abordar e que acarreta, consequentemente, inúmeros preconceitos, só uma análise intensiva e baseada na interacção poderia trazer a proximidade necessária à obtenção das informações requeridas. Paralelamente, visto que os objectivos da investigação não eram elaborar qualquer tipo de generalizações ou comparações extensivas, mas sim um conhecimento particular e aprofundado sobre estes indivíduos e as relações familiares que estabelecem, optei pela aplicação do método qualitativo.

A observação, as entrevistas e a análise de conteúdo são as técnicas mais frequentemente utilizadas nesta abordagem qualitativa sendo estas as técnicas a aplicar nesta investigação.

A observação é uma técnica imprescindível na investigação, tendo sido utilizada na fase de recolha de dados, em conjugação com outras técnicas.

A observação refere-se ao uso dos sentidos com o objectivo de adquirir os conhecimentos necessários para o quotidiano mas também é um procedimento científico porque responde a um objectivo de investigação, é sistematicamente planeada e é submetida a uma verificação e controle da sua validade e precisão. Quivy e Campenhoudt afirmam que “A observação engloba o conjunto das operações através das quais o modelo de análise é submetido ao teste dos factos e confrontado com dados observáveis.” (Quivy; Campenhoudt, 2003; p. 155).

Neste sentido, nesta investigação foi utilizada a observação directa que se baseia na observação visual da realidade em análise. A observação directa constitui “os únicos métodos de investigação social que captam os comportamentos no momento em que eles se produzem e em si mesmos, sem a mediação de um documento ou de um testemunho.” (Idem; p.196).

Genericamente, segundo António Gil (1999), a observação pode ser estruturada ou não estruturada dependendo dos meios utilizados. Por isso ele distingue a observação simples na qual o investigador permanece alheio à comunidade/grupo que estuda, observando espontaneamente os comportamentos. Aqui, o investigador é um espectador. Todavia, apesar de espontânea e simples, esta observação exige planeamento e controlo na recolha dos dados.

Então, esta observação é muito útil para estudar situações de carácter público. Porém, ela não é adequada a estudos que pretendam testar hipóteses ou descrever quantitativamente um grupo/comunidade. É, muitas vezes, usada em fases exploratórias da investigação. Assim, é preciso definir o que se vai observar e registar tudo o que é observado em diários de campo logo após a observação, não sendo aconselháveis registos no local de estudo de forma a não inibir o comportamento dos indivíduos.

Desta forma, a observação directa é o registo de comportamentos de modo espontâneo não havendo uma preparação prévia do investigador e das situações para observar. Esta observação faz-se a partir de indivíduos ou grupos mas, o que é observado, são as condutas exteriorizadas que podem ser mais ou menos registadas. Aqui, não se pode observar o sentido subjectivo directamente, o sentido que os indivíduos dão às suas acções pois este só pode ser captados de forma indirecta através da observação das suas condutas/comportamentos. A observação directa pressupõe uma interferência mínima do investigador.

Sierra Bravo (1994) considera que o que torna científica a observação directa é o facto do registo de comportamentos aparecer num projecto de investigação sociológica, o facto dela ser realizada sistematicamente, o que implica rigor quanto ao que se observa e quanto aos modos de registo; exige uma articulação teórica relativamente directa entre o tipo de observação, o modo de observação e as proposições teóricas mais gerais.

A utilização desta técnica foi pertinente por permitir o acesso a representações sobre a vida quotidiana e os principais desafios com que se depara um alcoólico em recuperação, uma vez que foi efectuada nas reuniões semanais da instituição em estudo.

Para a recolha destes dados, foram usadas grelhas de observação pormenorizadas que definiram, de modo selectivo, as diferentes categorias de comportamentos a observar (as grelhas de observação serão apresentadas em anexo).

Tendo em conta que a observação efectuada tinha como finalidade o registo das reuniões de alcoólicos da associação com a qual estou a colaborar, elas tiveram lugar semanalmente, no local onde as reuniões decorriam. Não esquecendo que este é um assunto pessoal e, portanto, privado dos indivíduos em causa o que poderia, eventualmente, causar alguma resistência por parte dos mesmos, isso não se verificou mostrando-se estes sempre disponíveis a cooperar e a relatar as suas experiências, mesmo desconhecendo o meu interesse em assistir às reuniões.

De facto, este foi um dos aspectos mais positivos da observação pois, com o passar do tempo, estes sujeitos foram-se habituando à minha presença o que os fez sentir cada vez mais à vontade para falar não só das suas experiencias pessoais, como também de assuntos banais do dia-a-dia, permitindo-me aperceber de algumas das suas representações relativamente a esses assuntos.

Porém, este grau de confiança estabelecido logo num primeiro momento constituiu um desafio para a minha posição de investigadora uma vez que no primeiro dia de observação não estava ainda preparada para um grau tão elevado de espontaneidade e proximidade destes indivíduos conseguindo, no entanto, manter a minha postura de investigadora.

A observação participante ou activa consiste na participação efectiva do investigador na vida da comunidade em estudo daí que ele assuma o papel de um membro do grupo. Por isso, a observação participante acaba por colocar no mesmo campo observador e observado o que não quer dizer que estes tenham, necessariamente, os mesmos papéis. Então, pode definir-se observação participante “como a técnica pela qual se chega ao conhecimento da vida de um grupo a partir do interior dele mesmo.” (Gil; 1999, p. 113). Ela pode ser natural, quando o investigador pertence ao grupo que investiga ou artificial, quando o investigador integra o grupo apenas para o estudar, por isso tem mais obstáculos do que na primeira uma vez que precisa de se integrar nesse grupo e se não revelar os seus objectivos tem que disfarçar para não alterar o comportamento dos elementos do grupo. Deste modo, ela permite um conhecimento exaustivo e intensivo sobre as práticas sociais do grupo em análise recorrendo-se, frequentemente, aos informantes privilegiados que facilitam o processo de inserção e aceitação no próprio campo de investigação e que neste caso, foi o Sr. José Maria, Presidente da Associação em causa. Este tipo de observação pode, ainda, operacionalizar-se com outros procedimentos técnicos como entrevistas, inquéritos, fontes documentais, entre outros.

Uma outra técnica aqui utilizada foi a entrevista. Esta pode ser definida como a técnica em que o investigador se apresenta ao investigado e lhe faz perguntas com o objectivo de obter informação que interesse à investigação. A entrevista é, portanto, uma verdadeira troca, uma forma de interacção social. (Quivy; Campenhoudt; 2003).

Assim sendo, a entrevista é mais uma arte do que uma técnica na medida em que “apresenta um tipo de comunicação bastante particular. É suscitada e pretendida, por um lado, e mais ou menos aceite ou sofrida, por outro. Possui uma finalidade precisa e põe em presença indivíduos que, em geral, não se conhecem. Baseia-se na ideia segundo a qual para saber o que pensam as pessoas basta perguntar-lhes.” (Albarelo; Digneffe; Hiernaux; Maroy; Ruquoy; Saint-Georges, 1997; p. 95).

A entrevista caracteriza-se, então, por um contacto directo entre o investigador e os seus interlocutores e por uma fraca directividade por parte do primeiro. Trata-se, assim, de uma verdadeira troca, uma forma de interacção social durante a qual o entrevistado exprime as suas opiniões acerca de um determinado assunto enquanto o investigador, por seu turno, facilita a expressão do entrevistado e evita que ele se afaste dos objectivos da investigação, permitindo-lhe um elevado grau de autenticidade e profundidade.

Centrando-nos na entrevista semi-directiva, aqui utilizada, situamo-nos num nível intermédio pois respondemos a duas exigências aparentemente contraditórias. “Por um lado,

trata-se de permitirmos que o próprio entrevistado estruture o seu pensamento em torno do objecto perspectivado, e daí o aspecto parcialmente «não directivo». Por outro lado, porém, a definição do objecto de estudo elimina do campo de interesse diversas considerações para as quais o entrevistado se deixa naturalmente arrastar, ao sabor do seu pensamento, e exige o aprofundamento de pontos que ele próprio não teria explicitado, e daí, desta vez, o aspecto parcialmente «directivo» das intervenções do entrevistador.” (Albarelló; Digneffe; Hiernaux; Maroy; Ruquoy; Saint-Georges, 1997; p.87).

Deste modo, a entrevista semi-directiva caracteriza-se por não ser inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. O entrevistador dispõe de um conjunto de perguntas guias relativamente abertas sobre as quais pretende receber uma informação por parte do entrevistado. Porém, as perguntas poderão ser colocadas numa sequência diferente daquela que inicialmente estava prevista podendo-se introduzir novas questões de forma a obter mais informações. Tanto quanto possível, o entrevistador “deixará andar o entrevistado para que este possa falar abertamente, com as palavras que desejar e pela ordem que lhe convier. O investigador apenas terá que reencaminhar a entrevista para os seus objectivos sempre que o entrevistado deles se afastar. Então, existe aqui um guião de entrevista com os temas principais a abordar que impõem um quadro de referência em que o entrevistador tem que se situar. Este guião pode integrar tópicos ou temas que depois serão desdobrados numa série de questões daí que o guião funcione como auxiliar de memória do entrevistador (os guiões de entrevista utilizados estarão presentes em anexo).

Ao seleccionar os entrevistados procurei não me centrar, dentro do possível, numa única geração de doentes em recuperação, procurando abranger sujeitos de todas as idades ali representadas, assim como diferentes escolaridades e estilos de vida numa tentativa de alargar e enriquecer a informação recolhida.

As entrevistas efectuadas tiveram lugar na própria associação, geralmente antes do início das reuniões não decorrendo, contudo, sempre no mesmo local alternando entre o gabinete do Sr. José Maria, o hall de entrada ou a própria sala de reuniões.

O facto deste tipo de entrevista permitir uma adaptação às particularidades do entrevistado, possibilitando questionar de acordo com as respostas do mesmo, não seguindo necessariamente a ordem inicialmente prevista, foi uma mais-valia pois fez com que a “conversa” decorresse mais “naturalmente” permitindo uma maior espontaneidade dos entrevistados.

Além disso, o facto de se estabelecer previamente uma estrutura da própria entrevista, simplifica a sua análise à posteriori. Paralelamente, permite um elevado grau de profundidade

dos elementos recolhidos e a sua flexibilidade e fraca directividade permitem recolher os testemunhos e as interpretações do entrevistado, respeitando sempre a sua própria linguagem, os seus quadros de referência e as categorias mentais.

Para esta investigação foram utilizadas entrevistas semi-directivas que não são inteiramente abertas, como as entrevistas livres, nem são orientadas por um grande número de perguntas rígidas, como no caso das entrevistas directivas dando, desta forma, oportunidade ao entrevistado de se exprimir livremente mas intervindo sempre que a conversa se afastasse dos objectivos. Estas entrevistas foram realizadas aos doentes alcoólicos para aceder às suas representações e vivências e aos seus familiares para perceber qual a sua percepção e influência da/na vida do doente alcoólico.

Esta técnica, pode ser enriquecida com a análise de conteúdo porque embora a entrevista seja a técnica predominante nesta investigação, a própria análise das entrevistas, muitas vezes, fornece-nos informações complementares muito preciosas.

Então, ao longo de toda esta investigação este método foi utilizado para complementar a análise das entrevistas procurando-se, através de uma análise do discurso dos entrevistados, analisar e compreender o significado da informação fundamental para o estudo do meu objecto.

A análise de conteúdo tem implícita a análise das entrevistas pelo que, após a sua realização, elas foram codificadas, ou seja, procedeu-se à agregação dos dados do texto em unidades, de forma a conseguir obter informações sobre as categorias que me propus analisar.

Esta agregação de dados foi apresentada em forma de grelha dividida em três colunas onde eram indicados os tópicos de análise, os excertos das entrevistas efectuadas e, por fim, a interpretação sintética desses mesmos excertos (o que estará presente em anexo).

Neste contexto, relativamente à análise das entrevistas, é importante referir Kvale (1996) porque ele considera que é imprescindível interpretar a informação que não está tão visível no discurso do entrevistado. Este processo começa com a condensação do que foi dito na entrevista e culmina com a apresentação dos resultados através de figuras, ou números (método ad hoc, que promove uma abordagem eclética), passando por uma fase de categorização, estruturação da narrativa e interpretação.

Jean Claude Kauffman (1996), propôs uma análise de entrevistas menos complexa do que o autor referido anteriormente, sublinhando a importância da atitude do investigador perante a informação a analisar. Para Kauffman, o investigador jamais deverá adoptar uma atitude de tédio e desinteresse pela quantidade dos dados recolhidos. A sua atitude deverá ser conduzida pela paixão e curiosidade, pela interpretação dos dados que obteve.

Kauffman na análise e interpretação dos conteúdos das entrevistas, elabora uma espécie de ficha, construída a partir de uma reescuta atenta das entrevistas, fazendo-se acompanhar por uma grelha que é preenchida ao longo da análise. A elaboração destas fichas decorre ao longo de duas partes: a transcrição das frases ditas pelo entrevistado e os comentários que o investigador realiza sobre as frases transcritas. As frases deverão ser relevantes para o nosso estudo de pesquisa, pois é a partir delas que procedemos à interpretação das entrevistas.

Ainda no sentido da análise da entrevista, o autor defende que podemos optar por uma análise categorial ou estrutural, através da criação de categorias e grelhas de análise, que nos permitem codificar a informação destas.

As categorias são compreendidas como termos genéricos, definindo concretamente os conteúdos a que se referem essas categorias. A exposição dessas categorias pode ocorrer através de um modelo por temas, ou seja, cada categoria inclui uma série de temas. Pode, também, ocorrer através de um modelo de síntese onde o investigador elabora uma ficha constituída pelas categorias criadas para as entrevistas e numa coluna ao lado sintetiza as ideias que surgem a partir destas.

Temos, também, o modelo que divide a análise entre as categorias e pequenos excertos narrados pelo entrevistado ao longo da conversação.

Por último, temos um modelo mais completo que organiza a entrevista em categorias, excertos e síntese.

Esta exposição sobre a análise das entrevistas surge, então, como complemento da análise de conteúdo uma vez que os procedimentos da primeira estão pressupostos na segunda.

Desta forma, a análise de conteúdo remete-nos para um conjunto de técnicas de análise de comunicações escritas ou não. Através de métodos próprios ela procura analisar a informação, compreender os seus significados e clarificar os principais conteúdos. A análise de conteúdo implica uma interacção e interpretação constante dos dados, para além do esforço de conceptualização do investigador na construção das categorias.

A informação obtida deve ser analisada cuidadosamente, sempre no sentido de não alterar os dados e obter um conhecimento relativo a um objecto exterior ao próprio investigador.

A subtilidade dos métodos de análise de conteúdo, no entender de Bardin (2000), corresponde à necessidade de se enriquecer a própria pesquisa já que permite a descoberta de mensagens, de conteúdos que nos poderiam passar despercebidos ou serem incompreendidos.

Além disso, funciona como prova na medida em que permite a confirmação ou infirmação das questões orientadoras.

No método qualitativo, há necessidade de interpretar o conteúdo latente dos documentos escritos ou não, de forma a compreender o comportamento humano através de conteúdos para além dos evidentes. Há uma preocupação hermenêutica, isto é, há uma procura do sentido que é dado no documento, decifrando e compreendendo o seu significado, procedendo à inferência para além dos conteúdos manifestos (Campenhoudt; Quivy, 2003).

A análise de conteúdo foi, aqui, iniciada pela definição das categorias que consiste numa “ (...) operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por re-agrupamento segundo o género, com os critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sobre um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos.” (Bardin, 2000; p.117).

O critério de categorização pode ser semântico onde se definem temas gerais, sintático agrupando verbos e adjectivos, léxico que classifica as palavras segundo o seu sentido e expressivo que classifica as diversas classificações da linguagem.

Neste caso, adoptei o critério de categorização semântico definindo os tópicos gerais que me propus analisar.

Realizado este primeiro trabalho de definição de categorias é conveniente analisar a entrevista recorrendo a três tipos de unidades de análise: unidade de registo, unidade de contexto e unidade de numeração. Neste caso, as unidades de análise foram as unidades de registo dando particular atenção aos tópicos seleccionados, tendo por base a escolha ou definição de temas, de itens (que caracterizam a entrevista no seu todo), de palavras (em que se conta quantas vezes uma palavra é empregue) e a frase.

Ao longo de toda esta investigação, este método foi utilizado para complementar a análise das entrevistas procurando-se, através de uma análise do discurso dos entrevistados, analisar e compreender o significado da informação, importante para o estudo do objecto em causa.

No decorrer da análise de conteúdo, o principal problema encontrado foi o tempo necessário para uma eficiente análise das entrevistas. Porém, consciente da importância desta técnica, esta dificuldade foi colmatada com motivação e empenho tendo presente que um trabalho desta envergadura implica sempre dificuldades que só com astúcia, dedicação e consciência das nossas limitações podem ser superadas.

Nos capítulos seguintes será apresentado o modelo de análise, a caracterização da população-alvo, assim como os resultados da pesquisa efectuada e a sua confrontação com as hipóteses sugeridas.

Capítulo 3 – Apresentação e análise dos resultados

1. – Análise das entrevistas realizadas aos doentes alcoólicos

As entrevistas efectuadas tiveram, como principal objectivo, a apropriação da vivência familiar da doença alcoólica, procurando perceber e analisar de que modo ela afecta as relações familiares dos sujeitos entrevistados e, mais do que isso, de que modo ela é percebida por estes.

Por se tratar de um assunto, na sua essência, íntimo e delicado, começou por se abordar temas de carácter geral como, por exemplo, a escolaridade, a situação na profissão, o número de filhos, entre outros que, apesar de não serem aqui analisados em profundidade, nos permitem proceder à caracterização sócio-demográfica dos indivíduos em causa.

Deste modo, apesar dos indivíduos já estarem habituados a uma presença exterior à associação, esta primeira fase da entrevista foi usada para os deixar mais à vontade e, assim, se conseguir um testemunho mais completo e desinibido e após as primeiras questões relativas à caracterização sócio-demográfica dos mesmos, procurava-se abordar diferentes categorias que conduziram à percepção dos sujeitos sobre a doença alcoólica e a vivência familiar da mesma.

Após a realização e transcrição das entrevistas, tornou-se imperativo que estas fossem cuidadosamente analisadas recorrendo-se, para o efeito, às grelhas de análise de entrevista já anteriormente referidas.

Assim, foram elaboradas duas grelhas que permitissem analisar entrevistas de doentes e de familiares separadamente. Cada grelha estava dividida por três colunas a que correspondiam as categorias a analisar, os excertos das entrevistas realizadas e a síntese da análise.

Posto isto, para tornar a análise o mais objectiva possível e, também, para conseguir “desmistificar” mais facilmente significados atribuídos a cada vivência e a cada indivíduo, a análise das entrevistas decorreu da divisão das grelhas de análise em seis categorias: a doença alcoólica, as origens (do doente e do familiar), o próprio doente, a família de origem (do doente e do familiar), os co-alcoólicos e a sociedade/meio em que os sujeitos estão inseridos.

Seguidamente, proceder-se-á à divulgação dos resultados obtidos decorrendo, esta apresentação, no seguimento da análise das entrevistas, ou seja, ela estará dividida entre entrevistas de doentes e de familiares, assim como se poderá encontrar a divisão pelas respectivas categorias de análise.

Ainda no que respeita às entrevistas, é de realçar que alguns dos entrevistados tiveram e têm um papel fundamental na associação com a qual colaborei como é o caso, por exemplo, do Presidente da associação que gentilmente se disponibilizou a dar o seu testemunho, assim como alguns monitores da própria associação.

1.1 – A doença alcoólica

No que respeita à doença alcoólica, concluiu-se que inicialmente o alcoolismo é resultado das comunidades em que os indivíduos estão inseridos, afectando económica, afectiva e socialmente, não só o doente, mas também os que o rodeiam, principalmente a sua família mais próxima. De facto, como já foi dito anteriormente, socialmente um doente alcoólico pode encontrar problemas ao nível do trabalho, da habitação, problemas financeiros, ilegalidades, vitimização, impacto sobre a educação e o treino profissional, entre outros.

Alguns dos entrevistados chegaram mesmo a referir a perda de emprego devido ao consumo de álcool indo estas constatações de encontro aos estudos de Pritchard (1986 in Fleming, 1995) que encontram correlações significativas entre o consumo e a taxa de desemprego.

Posto isto, ao influenciar negativamente a vida financeira dos indivíduos, a doença alcoólica acaba por ter repercussões em todas as esferas da vida dos mesmos chegando mesmo a afectar a vida familiar.

“O alcoolismo é uma doença e eu demorei muito tempo para perceber que esse bichinho que morava dentro de mim estava a destruir a minha vida. Ele destruiu tudo: a minha saúde, a minha relação com a minha mulher, as minhas finanças, a minha relação com os meus filhos, tudo! (...) A culpa disto é minha... quer dizer, é minha e da minha doença. Já me tentei curar tantas vezes e só agora é que estou a conseguir!” (Entrevista número 1)

Nesta entrevista é de salientar a referência ao álcool como “o bichinho” pois esta é frequentemente utilizada pelos sujeitos. Após a recuperação, este “bichinho” é algo que eles consideram estar adormecido mas que pode despertar a qualquer momento se não tiverem força de vontade ou se se deixarem “cair”. Estas “caídas” são outra das expressões frequentemente utilizadas para se referirem às recaídas alcoólicas.

“O alcoolismo é um autêntico cancro. (...) nunca dei nada de conforto à casa até à data da minha recuperação (...) sempre fiz uma vida miserável. (...) ele [álcool] atrapalhou bastante a minha vida tanto no dinheiro, em casa que nunca dava dinheiro, no trabalho, maus tratos à mulher... (...) o álcool mata!” (Entrevista número 2)

“Se calhar, se fosse preciso não tinha apartamento, não tinha carro, não tinha mulher, não tinha filhos e era capaz de já lá estar em baixo... (...) É lógico que eu só tinha dinheiro para mim e para os amigos, para os canecos, chegava a casa se não havia dinheiro tinha que haver dinheiro para os canecos... (...) a gente perde a cabeça e era o “desterro da louça”, ia tudo direitinho... (...) Há pessoas que em vez de levarem uma malga de leite ao filho para ele comer, chamam um amigo e vão para os canecos e o filho chega a casa, quer um pãozinho ou um bocado de leite e não há, mas para os amigos há sempre. Um alcoólico não olha para a família, ele olha é para os amigos, ele prefere os amigos à família... mas depois da desintoxicação ele torna-se escravo do próprio dinheiro e primeiro que um amigo lhe saque um copo de vinho, ou seja do que for, é o “cabo dos trabalhos”. ” (Entrevista número 3)

Esta é uma das transcrições que nos mostra que o alcoolismo pode, de facto, conduzir à degradação das condições económicas dos sujeitos e, com isso, a degradação das relações familiares. Além disso, os nossos entrevistados afirmam, também que, no tempo em que ainda eram alcoólicos, a esposa era o suporte do lar tanto a nível financeiro como ao nível dos laços familiares de carinho e educação.

“O alcoolismo foi a minha desgraça e foi a minha desgraça porque uma pessoa é nova e já se bebia bastante.” (Entrevista número 4)

“Se não fosse o álcool a minha vida toda tinha sido muito diferente. Olhe, começa logo com os meus pais porque se o meu pai não bebesse tinha mais cabeça e nós hoje ainda podíamos ter muito dinheiro; depois, se ele não tivesse gasto tudo em vinho, eu não tinha precisado sair da escola tão cedo e se calhar hoje até podia ter uma profissão melhor e ganhar mais dinheiro.” (Entrevista número 6)

“Agora vivo razoável mas quando andava nos copos... foi tudo. O café dava tanto dinheiro e eu perdi tudo. Agora vamos vivendo. Temos a nossa casinha. Que compremos logo depois

de casados mas depois fui para o café e perdi-me. A minha esposa lá continua na fábrica de tapetes. Sempre trabalhou muito. Ao menos ela sempre fez tudo pela casa e pelos nossos filhos.” (Entrevista número 7)

*“ (...) mesmo em casa dos meus pais nós nunca tivemos muito dinheiro. Depois **comecei a beber e houve aí uma altura que se não fosse a minha mulher eu nem sei como é que tinha sido...** coitados... agora já está melhor mas com esta crise ninguém tem dinheiro, não é? (...) Sabe, toda a gente precisa de dinheiro, não é? **E com o álcool a gente perde o dinheiro todo porque só gasta em copos... é para nós, é para os amigos, é para os amigos dos amigos... e depois claro que começa a faltar dinheiro em casa e se falta dinheiro, falta tudo... e claro depois a gente chateia-se com a mulher, a mulher chateia-se com nós e é a “tenda armada!”**”* (Entrevista número 8)

1.2 – As origens

Tal como já tinha sido referido na caracterização da amostra, os doentes alcoólicos entrevistados vêm de um estrato social médio-baixo que, com o consumo de álcool, tende a ser reforçado ou, até mesmo, a tornar-se descendente devido aos sucessivos problemas económicos e sociais que caracterizam o modo de vida de um doente alcoólico. Além disso, denota-se que a descendência do doente teve influência na consolidação da sua dependência pois o que se verifica é que estes sujeitos cresceram em meios onde o consumo de álcool é banal desde tenra idade e é visto como um meio para ultrapassar as adversidades (como, por exemplo, o frio).

São muitos os autores que vão de encontro a esta constatação, como exemplo temos Carvalho (2003) que defende que ainda há muito pouco tempo, nas aldeias portuguesas, eram servidas as sopas de “cavalo cansado” sendo o vinho usado como fonte de aquecimento e complemento de energia. Além disso, o autor refere ainda que após a década de 70, a melhoria do poder de compra e a liberalização dos costumes conduziram a uma proliferação de cervejarias e empresas de bebidas destiladas.

Também para Michel (2002) o álcool é uma droga subestimada, pois a nossa cultura encara-o como fonte integrante de uma vida tida como normal. Assim, ele integra praticamente todos os ambientes e situações: fins-de-semana, lazer, viagens e trabalho.

“Sempre me dei bem com os meus pais (...) tínhamos bom ambiente familiar (...) sempre vivemos bem financeiramente. Além disso o meu pai era muito amigo dos filhos e sempre

ajudou como pode. Eu vivia muito bem. Estávamos num nível muito alto (...) agora vivo com a pensão de invalidez que não é má mas é muito menos do que eu recebia.” (Entrevista número 1)

*“Quando eu casei eu já trazia o álcool comigo desde criança! A minha juventude (...) já foi toda embebida em álcool por causa das tradições, os costumes da nossa casa: **“bebe meu menino que te aqueça!”**, **“bebe meu menino que dá força!”**, as tradições das sopas de **“cavalo cansado”** (...)” (Entrevista número 2)*

*“Nunca tive grandes atritos com os meus pais, **embora os meus pais bebessem...** (...) O meu pai era madeireiro e a minha mãe trabalhava na escola.” (Entrevista número 3)*

*“Nunca me faltou nada. Nem a mim nem ao meu irmão. Vivíamos numa casa nossa. (...) **Agora temos mais despesas, quer dizer quando bebia era difícil.**” (Entrevista número 5)*

“ (...) estavam sempre os dois a discutir porque o meu pai cada vez ficava mais enterrado no álcool, nós cada vez tínhamos menos dinheiro, eles cada vez discutiam mais... até me lembro que de um momento para o outro já ninguém ia lá a casa porque eles estavam sempre a discutir... mas, então, connosco a ficar cada vez mais pobres, os meus pais obrigaram-me a sair da escola e a ir trabalhar. (...) mesmo em frente a minha casa tinha um tasco e então os meus pais discutiam por causa do álcool e o meu pai, para não aturar a minha mãe metia-se na tasca em frente a nossa casa.” (Entrevista número 6)

A última transcrição mostra um exemplo da forma como o alcoolismo pode, de alguma forma, influenciar ou, até, alterar a posição socioeconómica dos indivíduos. Aqui, estão presentes factores de exclusão social como o abandono escolar precoce que, além de contribuir para a exclusão social pode ajudar na conquista de um emprego precário; os problemas familiares que, a determinada altura levaram a que nenhum dos seus amigos frequentasse a sua casa; e os problemas económicos devido ao consumo exagerado de bebidas alcoólicas.

“O meu pai já faleceu. Trabalhava na agricultura e a minha mãe está em casa. Já está velhota para trabalhar. Também já trabalhou muito... (...) Trabalhava em casa a cortar e a escolher rolhas. (...) Vivíamos com muita dificuldade porque éramos 7 irmãos pequenos e o

meu pai nos campos dos senhores e a minha mãe nas rolhas não ganhavam muito. Nós ajudávamos em casa. Quer dizer as minhas três irmãs mais novas ficavam com a minha mãe. Os rapazes iam com o meu pai ou dividíamos: uns com a minha mãe nas rolhas e outros com o meu pai. Era uma vida difícil mas levava-se.” (Entrevista número 7)

“ (...) os meus pais sempre me apoiaram muito em tudo. Mesmo quando eu precisei de dinheiro... eu até acho que eles passavam fome se fosse preciso para me ajudar... e se calhar até passaram mesmo... eles nunca tiveram muito dinheiro, sempre foi contadinho mas sempre me apoiaram em tudo por isso é que a gente se dava bem, não é? A gente gosta de se sentir apoiado.” (Entrevista número 8)

1.3 – O doente alcoólico

O consumo de álcool não é admitido como doença por falta de consciência desta enquanto tal é, sim, pensado como vício e hábito. Uma vez que estão inseridos numa comunidade em que o consumo de álcool é banal não o consideram como desviante mas como integrante na sociedade e entre os demais levando a que o consumo exagerado desta substância não seja sinónimo de qualquer preocupação por parte destes indivíduos.

Esta situação pode, também ficar a dever-se ao facto do álcool ser uma droga legalizada e totalmente incorporada na nossa cultura. No entanto, apesar desta aceitação social, o alcoolismo pode conduzir a comportamentos desviantes sendo mesmo considerado uma doença equivalente a uma “intoxicação crónica”.

Autores como Roussaux, Faora-kreit e Hers (1996), consideram que o alcoolismo pode estar na base de muitos comportamentos violentos originados por frustrações e tensões que com o consumo de álcool vêm ao de cima afectando todos aqueles que lhes estão mais próximos.

“ (...) Primeiro eu achava que o problema não era meu, depois percebi que tinha um problema e só mais tarde é que soube que era uma doença. (...) Nunca tive coragem para procurar ajuda.” (Entrevista número 1)

“O que é preciso é que realmente se admita que se tem uma doença, que se prepare para uma caminhada que não tem fim.(...) eu vivia aquela ilusão de que o álcool aquece, o álcool faz-te esquecer os teus problemas.” (Entrevista número 2)

A entrevista transcrita é apenas um exemplo da unanimidade dos entrevistados quando afirmam que o primeiro passo para a recuperação é a vontade do doente. Este facto estava já presente nas reuniões a que assisti uma vez que frequentemente se apelava não só ao sentido de verdade do alcoólico em recuperação, mas também à sua força de vontade, garantindo que sem ela seria praticamente impossível concluir com sucesso o tratamento iniciado. De encontro a esta constatação, vem a entrevista seguinte pois, ao afirmar que um alcoólico nunca se assume como doente vem corroborar a ideia de que só se assumindo é que poderá dar o primeiro passo para uma desintoxicação com sucesso.

*“Sabes que a doença do alcoolismo é uma incógnita. O alcoolismo pode descender de pais para filhos que é o hereditário. O resto não se sabe... podemos ter começado, por exemplo, numa brincadeira de amigos, um desentendimento familiar... quando bebemos por beber basta o primeiro que a partir daí, **tomando-lhe o gosto é sempre a andar...** agora uma pessoa não se sente... um alcoólico nunca se assume como alcoólico. (...) **Não há nenhum alcoólico que se assuma como alcoólico, venha quem vier...** (...) **Eles sabem mas não querem deitar para o mundo que estão doentes porque eu acho que quem sente mais é a família e os amigos mais próximos, para ele passa tudo ao lado.** Pá, prontos... só ele é que sabe, só ele é que pensa, só ele é que sabe o que está a fazer... se uma pessoa disser a um individuo alcoólico “faz isto” ele diz que aquilo que está é que está bem feito e tal... ele contrareia as palavras dos outros, **ele pensa que está acima dos outros e não está (...)**”*
(Entrevista número 3)

*“**No princípio a gente não dá caso, faz-se de conta que não é nada.** (...) é uma doença mesmo perigosa... **um alcoólico é um drogado autêntico, é uma droga barata que se encontra em qualquer lado.**”* (Entrevista número 4)

Este excerto da entrevista número 4 vem alertar, uma vez mais, para a forma como o consumo de álcool está, de certo modo, enraizado nos nossos costumes e, conseqüentemente, nas sociedades. De facto, ao dizer que no início não se apercebe do consumo exagerado e ao afirmar que o álcool se pode encontrar em qualquer lado, vem chamar a atenção para a atitude permissiva da sociedade face ao consumo de bebidas alcoólicas.

*“**Acho que foi na primeira reunião que me apercebi que o álcool é uma doença.**”* (Entrevista número 5)

“ (...) a gente só faz o que quer e com o álcool não pensa (...) falta comida, falta limpeza, falta dinheiro, falta tudo e é aí que a gente nem que não queira começa a ter que pensar bem na nossa vida e então eu comecei a lembrar-me de como era em casa dos meus pais e de como era o meu pai e vi que realmente estava igualzinho a ele e foi só aí que percebi que a minha mulher é que tinha razão e que eu estava mal por causa do álcool.” (Entrevista número 6)

“ (...) influenciou muito. O meu pai chegou a dar uma valente coça por chegar bêbado a casa. Nesse dia vinha mesmo mal. Quer dizer, uns amigos vieram trazer-me que eu não me aguentava das canetas. Depois bebia mas não vinha tão alterado. Sabia quando devia parar. Quando casei a coisa melhorou mas depois... Comecei a trabalhar num café, era gerente e vinha um e vinha outro e a gente acompanhava nos copitos. Depois chegava a casa tarde porque tinha que fechar o café e a minha esposa os primeiros tempos ainda esperava por mim mas eu chegava mal e quase nem falava com ela e se falasse era para mandá-la calar ou para discutir. Depois ela deixou de esperar por mim. Eu chegava e ela já dormia ou fazia que dormia e aí ia ver televisão na sala e acabava por ficar por ali. De manhã eram umas dores de cabeça mas lá ia para o café e à tarde já não era nada e voltava a beber. Era assim todos os dias até um dia... (...) As dívidas já eram muitas. Os fornecedores começaram, a tocar à campainha lá de casa e deixei o café. Entretanto fui à médica de família e ela mandou fazer exames e o resultado foi princípios de cirrose. E ela disse que ou parava com a bebida ou então ia à vida.” (Entrevista número 7)

“Foi há uns anos atrás, um dia que eu fui ao médico... ele já me tinha avisado muitas vezes que eu devia deixar isto mas a gente não percebe e como já bebe desde miúdo pensa que não faz mal... nesse dia ele teve mais uma conversa seria comigo e estava lá a minha mulher e tudo e foi quando eu percebi que precisava mesmo de ajuda. E então vim falar aqui com o Sr. Zé Maria e ele ajudou-me muito.” (Entrevista número 8)

1.4 – A família do doente

Nesta dimensão não foi encontrado um comportamento padrão relativo às famílias dos doentes. Apesar de alguns entrevistados terem um passado marcado pelo alcoolismo dos progenitores ou de um relacionamento conflituoso com os mesmos, por outro lado temos indivíduos com uma socialização tida como normal, ou seja, sem antecedentes alcoólicos.

Apesar desta dupla tendência dos resultados, pode afirmar-se que o alcoolismo pode ter como origem múltiplas variáveis podendo estas ser de origem biológica, psicológica, sócio cultural ou a junção de todos estes factores.

Assim, tendo o alcoolismo uma causa genética, pessoal ou familiar, facto é que ele acaba por influenciar de maneira decisiva a vida dos indivíduos.

“Sempre me dei bem com os meus pais (...) tínhamos bom ambiente familiar.” (Entrevista número 1)

“ (...) me prejudicou gravemente na família tanto os meus pais, a minha mãe, os meus irmãos.” (Entrevista número 2)

*“ (...) embora os meus pais bebessem... **o meu pai tinha lá as bebedeiras dele e havia sempre aqueles desacetos, aqueles barulhos e tal...** mas prontos... tanto é que o meu pai por volta dos 75 anos já não era beber aquilo que bebia... embora quando ele saia do trabalho aquilo era **“aquela máquina”, era barulho em casa, virava-se à minha mãe e aquelas coisas todas... era aquilo que eu fazia, sabes? Isso nós somos o espelho deles.**”* (Entrevista número 3)

*“ (...) **eles [os pais] não eram alcoólicos mas nós éramos todos filhos alcoólicos.** (...) o falecido pai da minha mulher era alcoólico e morreu alcoólico e ela já sabia o que era o alcoólico.”* (Entrevista número 4)

*“ (...) no princípio do casamento ainda me juntava com o pai dela e olhe... é melhor nem lembrar. **Depois ela começou a evitar ir a casa dos pais dela para não me sentar a beber com ele.** (...) fazia o que queria (...) eu nunca tinha hora de chegar e se me perguntassem alguma coisa não respondia.”* (Entrevista número 5)

“Era mais ou menos [a relação com os pais]. Era boa mas depois houve aí uma altura em que eu os culpava de tudo e ganhei muita raiva. Só depois quando comecei a fazer o tratamento é que a psicóloga me explicou que não devia culpá-los... era assim, a minha relação com eles era mais ou menos, a relação deles é que era má e depois eles discutiam e a gente ficava ali no meio e eu como andava sempre com o meu pai a minha mãe achava que eu tomava o partido dele e depois discutia comigo mas eu não ligava nenhuma, não estava para a aturar...” (Entrevista número 6)

*“Familiar não. Tinha um senhor que o meu pai fazia o campo dele, semeava as batatas e assim... ele tinha muito dinheiro e gostava da pinga. Tinha uma cave com uma garrafeira... ui, ui!! **Eu como ia mais com o meu pai às vezes ia beber uns copitos com esse senhor mas sem o meu pai saber. Mas entretanto ia sozinho às escondidas para a garrafeira. As garrafas eram tantas que nem dava conta. E levava para os meus amigos da escola também provarem. Fazíamos cada festança no pinhal.**”* (Entrevista número 7)

Com o excerto da sétima entrevista facilmente se encara o alcoolismo como um fenómeno transversal não só no que respeita à sociedade como às diferentes gerações. O que está aqui presente é a já referida situação de influência em que um amigo vai influenciando outro e assim sucessivamente. Neste caso, a influência parte do patrão do pai do actual doente.

1.5 – Os co-alcoólicos

Desde logo salienta-se o sofrimento de todo o agregado familiar, a par do medo e dos conflitos, o que vem de encontro ao facto de muitos entrevistados nos dizerem que quando existe um alcoólico na família, todo o agregado está “doente” pois todo ele acaba por ser vítima desta situação. Então, ela provém do excessivo consumo de álcool que acarreta problemas económicos e que, por sua vez, vêm agravar conflitos interpessoais já existentes ou patentes.

Por outro lado, é unânime que o apoio da família é imprescindível à recuperação com sucesso do doente alcoólico.

Segundo Edwards, Marshall e Cook (1999), o envolvimento familiar pode concretizar-se pela experiência do impacto do comportamento do alcoólico, pelo facto do familiar ser

conivente com o alcoólico e seus comportamentos ou, de um modo tido como mais positivo, se o familiar consegue intervir e, deste modo, ajudar no processo de reabilitação.

Do mesmo modo, Jackson (1954 in Edwards, Marshall e Cook, 1999) consideram que as reacções da esposa e da família seguem uma sequência predizível. De facto, ainda que se tenha em conta que “cada caso é um caso” e que não existem duas trajectórias iguais, facto é que em determinados momentos é possível reconhecer a existência de determinadas fases: a admissão de que a bebida constitui um problema não só do individuo mas de toda a família, juntamente com as tentativas de controlar e/ou prevenir o comportamento-problema.

*“Em relação aos meus filhos, não tenho dúvida nenhuma. Adoro-os a todos. Em relação à minha ex-mulher (...) **sei que ela me podia ter ajudado mais e se ela o tivesse feito talvez não tivesse prolongado tanto a minha doença** (...) os meus filhos são muito importantes para mim, são eles que me dão força”* (Entrevista número 1)

*“ (...) Havia falta de diálogo à mesa, falta de lhe ter dado o carinho necessário como pai. **Eu nunca cheguei a dar aos meus filhos aquilo que eles mereciam de um pai.** (...) Quem fez tudo foi a mãe, foi pai e foi mãe. (...) ela [a esposa] ainda está a ser acompanhada por psiquiatras, **são coisas que marcam para toda a vida.** (...) **começou a desenvolver-se um clima tão forte em minha casa de desespero, agressividade, palavrões, maus tratos de tal forma que nunca mais houve entendimento até ao dia em que eu me curei.** (...) a esposa também sofre e precisa de ser tratada (...) ela já viveu uma vida debaixo da mentira (...) **a primeira vitamina que o doente toma é o apoio de casa.**”* (Entrevista número 2)

Tal como já foi referido, o excerto anterior vem confirmar que enquanto um dos indivíduos está doente, é o cônjuge que se torna o “pilar” da casa dependendo deles, entre outras coisas, o sustento do lar e a educação das crianças. Além disso, vem de encontro à perspectiva de que o álcool muda os indivíduos tornando-os mais violentos (física ou psicologicamente) para com quem os rodeia.

*“Uma pessoa quando bebe faz coisas que... do “arco da velha”. (...) **era um bocado mau, batia na mulher e companhia limitada.** (...) **quem sente mais é a família e os amigos mais próximos, para ele passa tudo ao lado.** (...) há sempre “sarrabulho” porque depois ainda há a desconfiança porque o alcoólico desconfia que a mulher anda metida com outros e vai debaixo da cama ver se está lá o dito cujo... um individuo, naquela cabeça pensa tudo e mais*

*alguma coisa e não é para o bem, é tudo para o mal... a mim chegou-me quase a acontecer, um tipo vem desconfiado, chega a casa a mulher diz alguma coisa e “trumba”, já está! Felizmente isso acabou, hoje se houver discussão eu vou dar uma volta e quando chega já passou mas antigamente eeehhhh trumba! Caldo entornado! (...) há pessoas que dizem que quando morrerem vão consoladas mas aí é preciso lembrá-los que deixam cá uma boa mulher e que não falta quem lhe queira pôr a mão. E é a partir daí que o indivíduo pensa duas vezes... essa é uma boa forma de ele andar para a frente. A mim disseram-me para eu me tratar mas eu nunca fui excluído da família, eu precisei da ajuda deles e eles deram mas sei que há pessoas que são encostadas para canto... (...) **é preciso ter a sorte da família não nos abandonar, de ter uma família que nos apoie...as famílias que não dão apoio muitas vezes até são famílias de poucos recursos, poucos recursos e que não têm formação...** eu nunca tive aquele desamparo, é lógico que se atravessa uma fase assim um bocado chata mas aguenta-se como se pode. (...) O que é que eu sentia? Era a minha mulher! Lá está as tais situações, a desconfiança... tudo mentiras, tudo imaginação de um alcoólico... e todos passam por essa fase, e mesmo que não passe, qualquer pessoa que apanhe um pifo numa festa ou assim, uma pessoa está a falar e ele já não está bem, ele está com “um olho no burro e outro na carroça” porque o problema é precisamente esse, mesmo que não seja um alcoólico assumido, ou mesmo que não seja um alcoólico mesmo, ele tem essas fases na mesma, tanto faz ser doente alcoólico como não ser. Todo aquele que beba bebidas alcoólicas tem sempre essa fase de desconfiança, todos nós somos assim, tanto faz ser o homem como a mulher, é igualzinho. (...) **há famílias que apoiam e outras que enterram. Ele é um ser humano, é da mesma família, é preciso ajudar, ir para a frente... (...)**” (Entrevista número 3)*

De encontro às palavras do primeiro entrevistado, vem a terceira entrevista. Se no primeiro caso tínhamos um indivíduo que acreditava que com o apoio da esposa poderia ter-se curado mais rapidamente, o terceiro entrevistado vem dizer que existem famílias que, por não prestarem o devido apoio, acabam por contribuir para a doença persista.

Além disso, nos excertos desta categoria, está presente a constante violência física e psicológica exercida sobre os familiares dos doentes.

“ (...) chegava-se à mesa, olhava-se para o comer e 3 vezes 9 são 27! A patroa ralhava e era a guerra armada! Ralhava-se com a patroa, ralhava-se com os filhos, com o genro (...) tudo isso contribui para o mau estar da família. (...) eu fiz muitas asneiras, muita coisa mal

feita... eu era facas, era mesas... no outro dia a minha mulher punha na varanda para toda a gente ver e o que é que ela merecia? **Uma carga de porrada! Peguei numa faca e cortei a porta da cozinha toda porque ela estava fechada lá dentro...** mas eu sabia que ela tinha razão. (...) **embora triste, embora a chorar, ela tinha a obrigação de conviver porque eu era o marido dela.** (...) as nossas mulheres estão mais doentes que nós, saturadas (...) **a família é muito importante, muito importante porque o alcoólico sem ela não vai a lado nenhum.** (...) **é mulher, é filhos, é netos sempre cheios de medo.**” (Entrevista número 4)

“Quando bebia não tinha noção do que fazia à minha mulher. Quando não estava bêbado tínhamos uma relação muito boa (...) quando bebia estragava tudo (...) sem a minha mulher não estaria aqui.” (Entrevista número 5)

“ (...) as coisas lá em casa estavam a ficar muito más e a minha mulher disse-me ou te vais tratar ou eu saio de casa. (...) eu disse para ela ir à vida dela que eu ficava bem sozinho, achava que ficava melhor sem ela. E ela foi e foi uma desgraça! (...) as coisas eram muito complicadas lá em casa. E eram complicadas porquê? Por causa do vinho! A gente bebe de manhã à noite e depois nem consegue pensar e quando chega a casa é um 31 por tudo e por nada e muitas vezes a gente até nem sabe mesmo porque é que é! Se a mulher não estiver em casa quando nós chegamos é porque tem outro, é porque é uma vadia, nem que ela tenha saído só para ir às compras à loja. Se a mulher está em casa quando a gente chega aí o problema há-de ser outro, ou é porque a roupa não está no sítio, ou é porque não nos apetece comer aquela comida, ou é porque a filha não está... olhe, estupidezes... nós estávamos sempre a discutir por minha causa, porque eu estava sempre a pegar com tudo e com todos e foi por isso que ela se chateou, coitada! Já não devia aguentar mais mesmo... e se eu me puser a pensar bem, nem sei como é que ela voltou para mim porque quando ela saiu de casa era para ser de vez, está a perceber? Mas nós gostávamos muito um do outro e quando eu fiz o tratamento fui ter com ela dizer que me tinha ido curar mas que precisava da ajuda dela para conseguir ficar longe do álcool. E ela decidiu voltar para mim e hoje somos muito felizes!” (Entrevista número 6)

“Os meus filhos eram quase estranhos. A minha filha ainda me tentava ajudar mas o meu filho fugia de mim. A minha esposa era como já lhe disse. Enfim... eu não sabia tratá-los bem. Agora estou a tentar recuperar o tempo perdido. (...) Sem eles não estaria aqui.” (Entrevista número 7)

O excerto da sétima entrevista é mais um exemplo de como a família assume lugares distintos antes e depois da recuperação do doente pois, se antes do tratamento ela é encarada como algo que serve para o “descarregar” de frustrações e de todo o tipo de violência, durante e depois do tratamento ela passa a ocupar um lugar de destaque na vida do doente levando-o mesmo a assumir que sem ela a sua recuperação seria impossível.

“ (...) a gente mete-se nos copos e depois tudo serve para a gente pegar com quem não tem culpa... no caso era a minha mulher. Nunca lhe bati nem nada disso mas era sempre pegados por tudo e por nada e isso mata as pessoas...isso às vezes dói mais que uma bofetada... (...) achava que ela tinha que viver para mim e para me aturar e que tinha que fazer tudo e mais alguma coisa para me agradar... agora já não penso assim... (...) Se não fossem eles... a minha mulher e os meus filhos eu nunca tido arranjado coragem para deixar de beber... eles é que me deram força...” (Entrevista número 8)

1.6 – A sociedade

Nenhum dos doentes entrevistados se sentiu excluído enquanto consumia álcool no entanto, quando decidiu fazer o tratamento, essa situação foi alterada porque passou a sentir-se posto de parte pelos amigos que anteriormente o acompanhavam. Isto pode ficar a dever-se ao facto dos entrevistados estarem inseridos num meio onde o consumo de álcool é banal em todas as idades e, se estivermos perante um indivíduo que durante toda a sua vida consumiu álcool, podemos estranhar que ele deixe de o fazer por não percebermos o porquê da sua atitude. Assim, o facto dos amigos do doente não encararem o alcoolismo como doença vem influenciar e condicionar o apoio prestado quando algum indivíduo decide iniciar o processo de recuperação uma vez que deixam de o considerar como “par”. De facto, tal como dizia o Presidente da associação, estamos perante um problema de falta de informação que a associação se esforça por combater.

Concluindo, o álcool pode prejudicar muitos aspectos da integração social e levar a várias perdas mas, habitualmente, ele contribui, apenas para a causalidade desses prejuízos. O impacto social do consumo excessivo de álcool raramente pode ser compreendido de forma unicausal ou unilateral pois a perturbação do bem-estar social é tão importante quanto as perturbações físicas e mentais com as quais interage.

“Sou padrinho de quase todos os rapazes (...) este é um meio pequeno, todos os homens bebem e quem não bebe quase é olhado de lado! (...) Quando se entra em algum lado, a primeira coisa que nos perguntam é se queremos beber alguma coisa e se pedimos água toda a gente acha estranho (...) às vezes é muito difícil dizer que não.” (Entrevista número 1)

“ (...) eu fui desprezado por todos porque eu estragava tudo, estragava os convívios, as festas, eu estragava tudo e como estragava fui excluído na totalidade. Agora não discriminam tanto mas no princípio, quando eu tomei a decisão de formar a Associação, eu sei que fui muito mal tratado, eu fui insultado (...) chegaram ao ponto de me chamar padre do reino de deus mas esses amigos que me chamaram esses nomes, eu não ganhei rancor porque eu estava a ver a minha imagem neles, eu sabia que eles estavam doentes e por isso nunca liguei a isso. (...) os próprios taberneiros vêm-nos lá dentro e pensam “estas pessoas vêm para aqui para me tirar os clientes (...) acabam por aceitar e depois até nos alertam para alguns casos porque eles não perdem com isso.” (Entrevista número 2)

Na análise desta categoria, a segunda e terceira entrevistas vêm comprovar a aceitação do consumo de álcool por parte da sociedade não só de uma forma geral ao nível, por exemplo, dos taberneiros mas também a um nível mais particular quando falam, por exemplo, dos pais de crianças que incentivam o consumo de álcool das mesmas.

“ (...) enquanto nós bebemos um cálice de bagaço que equivale, por exemplo, a 15 cervejas ou a 5 copos de vinho, os shots têm um teor muito mais elevado de álcool... um absinto pode ir até noventa e tal de álcool se for puro... e é miúdos novitos a beber disso, não olham a meios e depois sofrem as consequências... (...) é preciso ter cuidado porque por exemplo não se pode dizer a uma mulher que ela é alcoólica porque ela tem vergonha e diz logo que é mentira... (...) Isto é assim, a sociedade, ou o meio em que nós vivemos olha-nos com uns olhos quando nós ainda não estamos bem doentes, quando começamos a atravessar uma fase mais chata olham-nos de outra maneira, isto é, por vezes a sociedade despreza-nos. Mas quando nós deixamos de beber, ou fazemos uma desintoxicação, automaticamente nós passamos a ter uma outra sociedade e toda a gente se chega a nós. Muitas vezes as pessoas até têm inveja porque nós não tínhamos nada e agora já temos isto e aquilo... portanto, aos olhos da sociedade, quando bebemos somos uma coisa e quando deixamos de beber somos outra totalmente diferente. Quem deixa de beber tem outras responsabilidades, tem a responsabilidade de ter um trabalho assegurado, para quê? Para dar bem-estar à família.

*(...) A seguir a isso tem a sociedade que agora que ele deixou de beber o olha com outros olhos, já não é aquilo que era... o bebedolas, o borrachola agora é o Sr. Fulano. (...) Eu hoje sinto-me triste porque já vi, e ouvi casos em que as meninas e os meninos vão a uma festa e os próprios pais apoiaram e até se riem deles terem apanhado um pifo... (...) ainda hoje se usa nas aldeias, quando as senhoras andam grávidas, para terem meninos de boa saúde, dão-lhes sopas de cavalo cansado e Luisas e gemadas que é ovo mexido com vinho... dizem que é para dar força... se desse força os alcoólicos eram todos atletas! (...) nós temos de respeitar as pessoas mas o álcool não tem respeito... as pessoas deixam de ser o Sr. Fulano para ser o filho da p****!*” (Entrevista número 3)

“ (...) Se eu não fosse beber o patrão topava porque além de ser um grande amigo meu, mais novo que eu, e que também era da vagabundice mas era patrão (...) cheguei da recuperação fui ao escritório e disse: “está aqui o teu empregado, alcoólico recuperado pronto a voltar ao trabalho” e ele barafustou, chamou-me uns nomes (...) enquanto eu andava no meio deles nunca ninguém me desprezou. Depois que deixei de pagar, comecei a ser palhaço, eles começaram a virar-me as costas.” (Entrevista número 4)

Este excerto da quarta entrevista é um exemplo claro da discriminação de que os doentes são alvo depois de iniciarem o tratamento pois se até então eram todos “amigos dos copos” (como afirma a esposa de um dos entrevistados), a partir daí é como se nada mais tivessem em comum.

“Os meus amigos também bebiam umas cervejitas e ficávamos todos alegres mas eles paravam mais cedo que eu. Depois comecei a sentir alguns olhares diferentes dos vizinhos (...) no meu grupo de amigos ficou um clima diferente... às vezes parece que já não sou do grupo.” (Entrevista número 5)

“ (...) de um momento para o outro já ninguém ia lá a casa porque eles [os pais] estavam sempre a discutir (...) a tasca que eu tinha em frente a minha casa estava sempre cheia e se algum dia alguém dos do costume não ia toda a gente estranhava! Aqui toda a gente é amigo dos copos!” (Entrevista número 6)

“Lá no café éramos todos iguais, todos amigos. Depois o café fechou e perdi muitos contactos. Agora também prefiro não estar com eles. Falo com um ou outro mas é melhor assim. (...) eu sei que lá na fábrica da minha mulher diziam isto e aquilo de mim e depois quando entrei na associação diziam que não ia conseguir mas a minha mulher não dava ouvidos e esteve sempre do meu lado. As pessoas às vezes falam muito mas não sabem nada.” (Entrevista número 7)

“ (...) antes de eu ir para Coimbra fazer o tratamento os meus amigos também bebiam todos como eu... andávamos sempre juntos. Depois de eu deixar de beber é que parece que eles não perceberam e deixaram de me encarar bem...” (Entrevista número 8)

2. – Análise das entrevistas realizadas aos co-alcoólicos

2.1 – A doença alcoólica

Como já foi referido, inicialmente o alcoolismo é resultado das comunidades em que os indivíduos estão inseridos tornando, desta forma, o consumo de álcool habitual em qualquer idade e sob qualquer condição. Contudo, este consumo, quando exagerado, vem afectar económica, afectiva e socialmente não só o doente mas também aqueles que o rodeiam. Esta situação faz com que doentes e familiares entrem num círculo vicioso pois o doente começa por beber socialmente, depois passa ao consumo diário de bebidas alcoólicas fazendo com que os seus meios de subsistência possam não ser suficientes para colmatar as necessidades familiares e, então, quando se apercebe de todos os problemas que o rodeiam, bebe “para esquecer”.

Paralelamente, as relações entre marido e mulher são afectadas negativamente pois gera-se um clima de tensão entre o casal, agravado pelas dificuldades económicas cada vez mais presentes originando, entre outras situações, alguns episódios de violência doméstica que as esposas se esforçam por manter em segredo.

“O álcool influenciou muito a minha vida porque quando ele estava alcoolizado, ele não trabalhava, dava más palavras (...) Às vezes o patrão vinha chamá-lo a casa e ele dizia que não estava e estava (...) Só me chateava com ele quando ele ia buscar dinheiro onde eu o tinha para os vícios, nem se preocupava se eu devia a A ou B ou C, nada, nunca se preocupou.” (Entrevista número 10)

*“A nossa vida começou a andar para trás. (...) ele tinha que recuperar se não já tinha “batido a bota”, ah pois tinha! Mesmo em dinheiros, **ele gastava tudo em vinho e cigarros, vivíamos “à rasquinha”.** (...) tinha poucas condições em casa que estava toda podre, tinha janelas partidas, tinha perçianas partidas, estava toda podre, pagávamos um dinheirão pela renda e depois de tudo isto já não dava a cabeça. (...) Nesta vida trabalhei muito, primeiro trabalhava na fábrica, depois fui para a escola e ainda fazia coisas para fora porque **tinha que sustentar a ele e aos vícios dele que ele ganhava um ordenado mas era só para vinho e cigarros.**”* (Entrevista número 11)

*“Eu não sabia o que era o álcool até ver o meu marido chegar a casa completamente alterado. A princípio tentei ajudar, mantive a mesma postura de boa esposa mas depois começaram as coisas a piorar muito e eu comecei a ignorar. **Mais valia dormir e deixá-lo sozinho do que ouvir insultos e discussões que acordavam os meus filhos e os perturbavam na escola.**”* (Entrevista número 15)

O excerto anterior vem re-afirmar não só o papel da esposa como suporte do lar antes do tratamento do marido, mas também vem chamar a atenção para a influência do alcoolismo em todos os membros do agregado, nomeadamente os filhos que podem mesmo, em algumas situações ver comprometido o seu futuro escolar devido à situação familiar vivida.

*“eu tinha filhos para criar... às vezes nem eu sei como é que consegui... sem dinheiro... as crianças... foi muito triste... graças a deus ele hoje já está bem... (...) **a única coisa que eu tinha medo era de chegar ao fim do mês e de não ter dinheiro para pagar as contas por ele gastar tudo em vinho, ou de não poder dar de comer aos miúdos por não ter dinheiro**”* (Entrevista número 16)

2.2 – As origens

Os entrevistados provêm de um estrato social médio-baixo e, o convívio com doentes alcoólicos, com os conflitos interpessoais trazidos pelo consumo excessivo de álcool e com os sucessivos problemas económicos, no trabalho, de habitação, entre outros, há uma tendência para reforçar esta trajectória ou, até mesmo, para torná-la descendente.

É também de notar que a descendência do cônjuge pode ter sido influente na escolha do parceiro uma vez que a grande maioria dos entrevistados descendem de progenitores

alcoólicos e o facto de toda a vida terem convivido com essa situação, pode levá-las a optar pela escolha de um parceiro com as mesmas características dos seus progenitores.

Aqui, pode verificar-se a tendência já referida por Edwards, Marshall e Cook (1999) de que a esposa deseja que o marido seja alcoólico, ou seja, uma grande proporção de esposas, por ter tido um progenitor alcoólico, vai procurar repetir o padrão na escolha do cônjuge, ainda que esta situação seja inconsciente.

“O meu pai era administrador de uma fábrica. A minha mãe é doméstica.” (Entrevista número 9)

*“A minha mãe era empregada na casa de uns senhores e o meu pai trabalhava na terra. (pausa) **trabalhava na terra e era um bebedito! Era o que ele sabia fazer melhor até, era beber!**”* (Entrevista número 12)

“ (...) os meus pais trabalham. Aliás fizeram sempre um grande esforço para que não nos faltasse nada, a mim e aos meus irmãos. A minha mãe, coitadita... lá na costura, em casa, e com os meus irmãos de volta dela e o meu pai trabalhava numa fábrica de cortiça mas com o problema dele acabou por ser despedido. Agora faz uns biscates a trolha.” (Entrevista número 13)

“ (...) a minha mãe é que fazia tudo em casa mas como andava sempre de mau humor por causa do meu pai, andava sempre doente e cansada e então, como ela deixou de poder fazer as coisas, tinha que fazer eu. (...) O meu pai trabalhava numa fábrica.” (Entrevista número 14)

*“O meu pai era carpinteiro. Ainda faz umas coisas em casa mas nada de especial. A minha mãe trabalhava nos tapetes e por isso é que eu fui para lá mas agora já está em casa. (...) Era muito boa e mesmo depois de casada, com os problemas do álcool era com eles que desabafava. Eles muitas vezes **diziam para deixá-lo mas eu não conseguia. Era o pai dos meus filhos e eu aguentava. Mas os meus pais sempre me ajudaram muito.**”* (Entrevista número 15)

“ (...) eles [os pais] sempre foram meus amigos. Ficaram muito tristes também quando eu lhes contei do meu marido mas depois perceberam que apesar disso era com ele que eu queria ficar e ajudaram-me.” (Entrevista número 16)

2.3 – O doente alcoólico

Por estarem inseridos numa comunidade onde o consumo de álcool é banal e não tido como desviante, inicialmente, este não é admitido como doença mas pensado como vício e hábito. Só com o início do tratamento é que este indivíduo passa a ser encarado como doente e como alguém que precisa de ajuda para a recuperação com sucesso.

Ao longo das entrevistas foi visível que o consumo de álcool tornava os sujeitos violentos, ou agressivos para com os seus familiares instalando, deste modo, um clima de medo e angústia constante.

Simultaneamente, muitos dos nossos entrevistados confessaram a infracção de algumas normas sociais e jurídicas o que se prende, essencialmente com a condução sob o efeito do álcool e violência doméstica. A este respeito e seguindo a perspectiva de Lenke (1990 in Edwards, Marshall e Cook, 1999), existe uma correlação positiva entre o consumo de álcool e os índices de agressão ou homicídio o que é, de resto, totalmente confirmado por alguns dos entrevistados quando admitem usar objectos como facas e catanas para perseguir as esposas.

*“Ele nunca foi mau para os filhos, nunca. E para mim também não era, só quando estava bêbado é que... uma vez começou a “mandar vir” comigo e disse que eu tinha um amante debaixo da cama mas não era, era a imagem dele que estava a reflectir nos vidros mas como ele não acreditou começou à porrada. Era o cérebro dele que já estava gasto. Mas é normal, não é? **Uma bolacha, uns empurrões é normal.** Mas ele nunca foi mau pai, nunca tive problemas. (...) **O álcool destruía-o. Destruía tudo! O álcool é uma miséria.** Tanto faz ser em mulheres como em homens, ele destrói tudo. (...) Eu ainda não sabia. **Naquela altura não se dizia que era doente do álcool, a gente dizia que era um vício. Naquele tempo não era como agora. Há 15 e 20 anos a gente não sabia. Era o bêbado, era este e aquele... eu chamava-lhe bêbado mas ele não dizia nada. Nem era assim agressivo como a gente ouve... para o fim já estava a ser assim um bocadinho mas nunca foi muito mau.**”* (Entrevista número 10)

A entrevista número 10 vem, entre outras coisas, enfatizar a importância da informação na prevenção do alcoolismo pois se há uns anos atrás ele era desconhecido como doença hoje, graças à informação, ele começa a ser encarado como tal.

*“ (...) ele já bebia um bocado mas depois soube de uma tragédia da minha cunhada que resolveu separar-se do marido e aquilo mexeu muito com a cabeça do Agostinho e ele começou a embriagar-se cada vez mais porque foi ele que descobriu a pessoa com quem ela estava envolvida. (...) Depois começou a beber mais e mais e mais, fomos morar para Silvalde a pensar que aquilo acalmava mas cada vez bebia mais. Até que o Manel, que é um rapaz de lá da instituição, foi lá a nossa casa para ver se o Agostinho queria ir para a associação. Mas ele disse que não ia, que não era alcoólico porque não se queria convencer que tinha de se curar. (...) **Quando eu casei, eu já sabia que ele bebia uma pinguinha, mas não era nada exagerado, não era para andar a cair.** Mas depois desse episódio ele bebia mesmo muito, começava a beber de manhã, vê lá! **Mas o problema é que o álcool o mudava completamente, quando ele se levantava era um e depois já ficava outro.**” (Entrevista número 11)*

*“Nós somos jovens, achamos sempre que é uma coisa normal... uma cerveja aqui, outra ali... ele ficava alegre mas era engraçado até. Depois é que foi piorando (...) chegava tarde e o cheiro era evidente, jantava e ainda bebia ao jantar. Depois discutia porque fazia barulho a arrumar a cozinha, porque eu trazia as toalhas do cabeleireiro para passar, discutia porque eu chegava tarde, sobretudo, ao fim de semana, e o jantar não estava pronto (...) **Senti que estava a viver o mesmo filme do meu pai.** (...) **Chegou a levantar-me a mão algumas vezes mas nunca bateu a sério... uns apertões no braço, uns nomes feios que me chamava mas bater como o meu pai não.**” (Entrevista número 13)*

Ao analisar estas entrevistas, é visível que tanto o álcool como a violência doméstica são encarados como algo não muito grave ou, até mesmo, como “normal”.

*“Ainda passei um mau bocado... era sempre a discutir por tudo e nada, nunca estava nada como ele queria e num dia queria de uma maneira e no dia a seguir já queria de outra... **sempre a discutir, sempre a discutir...**” (Entrevista número 14)*

*“Eu conheci o meu marido e ele não andava nisto. Eu sabia dos copos da juventude mas pensei que estava ultrapassado mas com a ida dele para o café começou a chegar a casa tão mal... Eu esperava sempre por ele para saber como tinha corrido e se queria alguma coisa mas ele tratava-me mal, **discutia por tudo e por nada...**”* (Entrevista número 15)

Nesta categoria é também visível que, no entender das entrevistadas, o consumo exagerado de álcool acentua determinadas características do doente como, por exemplo, a violência física e psicológica exercida.

2.4 – A família

Nesta categoria procurou analisar-se não a família do doente mas a família do co-alcoólico na medida em que se pretendia analisar se este já havia tido algum contacto familiar com o alcoolismo. Neste sentido, verificou-se que a maior parte dos entrevistados são descendentes de progenitores consumidores de álcool ou têm um passado conflituoso com os seus progenitores.

De facto, se comparados, podemos concluir que, na maior parte dos casos, a relação estabelecida entre pai e mãe das entrevistadas é, em muito, similar à relação estabelecida entre as mesmas e o respectivo cônjuge na medida em que são visíveis conflitos interpessoais, problemas económicos, profissionais, entre outros.

Por outro lado, verificou-se que os filhos dos doentes alcoólicos são afectados negativamente tanto a nível emocional como educacional. De facto, verifica-se que muitas vezes pais e filhos evitam situações de responsabilidade, ou seja, os pais fogem a situações de stress refugiando-se no consumo de álcool, apresentando-se como modelos de “evitamento de responsabilidade” para os seus filhos que fazem uma aplicação directa deste tipo de comportamento no percurso escolar. De facto, todas as entrevistadas são filhas de doentes alcoólicos e apresentam, simultaneamente, um baixo nível escolar.

“O colega a quem eu pedi ajuda já era tratado. De resto... quer dizer, o meu pai também e, às vezes, também andava assim a cair, mas não era como o meu homem. Nunca tive problemas em casa porque o meu pai gostava das coisas muito direitinhas e só começou a beber quando começou a deitar foguetes nas festas e assim. Usava-se fazer aquelas malgas de vinho com pão e tudo, mas nunca me deu para isso! Mas também tenho um irmão que se

anda a tratar aqui na associação mas nunca foi do tipo de partir tudo.” (Entrevista número 10)

“Conhecia o rapaz que o levou para a associação, o Manel, conheci o meu falecido pai mas esse já morreu há muitos anos com uma cirrose e uma doença nos pulmões. Eu lembro-me pouco do meu pai, mas lembro-me que a minha mãe estava sempre a ralhar com ele porque ele bebia, bebia, bebia e não comia nada. Foi daí que surgiu a fraqueza dos pulmões e ele morreu disso e da cirrose.” (Entrevista número 11)

*“Olhe, quando a gente é pequenita a gente tem uma família, não é? Que é a família dos nossos pais, dos nossos irmãos, a família onde a gente cresce, não é? Pois, mas eu não tive. Quer dizer, eu tive mas eu não tive ao mesmo tempo, está a perceber? É assim, o meu pai bebia até cair para o lado e a minha mãe para evitar de ele fazer asneiras, andava sempre atrás dele mas eram outros tempos e as mulheres não mandavam nada e **era o pai bêbado que mandava lá em casa**, era assim. Por isso é que eu digo que tinha família mas ao mesmo tempo era como se não tivesse porque **ele até podia gostar muito de nós mas não se preocupava nem comigo nem com a minha mãe, está a perceber? E depois, como se isso não chegasse, quando casei, passado uns tempos, também descobri que o meu marido se metia nos copitos**. Mas aí... ai, nem queira saber... foi um sofrimento muito grande porque achei que as coisas iam ser como com os meus pais (...) **se o meu pai tivesse bebido pouco era má [a relação com os pais] porque a minha mãe mandava vir com ele, se o meu pai tivesse bebido muito era muito má porque ele mandava vir com ela e ela respondia e ele batia-lhe a ela e batia-me a mim**. Era assim. Depois houve uma altura em que a minha mãe andava muito em baixo e era eu que tinha que fazer tudo em casa porque ela já não queria fazer nada porque o meu pai estava sempre a reclamar de tudo... mas era quase sempre muito má (...) quando a minha mãe estava mal era eu que tinha que lavar, cozinhar, passar a ferro, arrumar a casa, tudo. E como eu sabia que ela ficava assim por causa do meu pai tentava dar-lhe a atenção que ele não dava. E também foi um bocado por isso que eu casei (...)” (Entrevista número 12)*

Este excerto da entrevista número 12 é um exemplo da repetição inconsciente dos padrões familiares na medida em que temos o exemplo de um descendente de progenitores alcoólicos que de alguma forma repetiu a situação familiar em que vivia. No entanto, é necessária alguma sensibilidade antes de fazer este tipo de afirmação uma vez que nunca se

terá a certeza se esta foi uma escolha inconsciente ou se, por outro lado, as entrevistadas não tiveram outra saída a não ser o assumir o controlo da situação. O que me leva a afirmar que é a repetição de um padrão familiar é o facto de a grande maioria das entrevistadas descender de progenitores alcoólicos e nenhuma delas ter abandonado o marido. Efectivamente, aquelas que o fizeram eram descendentes de famílias sem precedentes alcoólicos. No entanto, é necessário, ainda, ter em conta que poderá ser mais difícil o abandono do marido se a esposa for financeiramente dependente do mesmo.

“Nunca fomos uma família muito normal. O meu pai saía cedo e chegava tarde, já bêbedo. Depois discutia com a minha mãe... qualquer coisa era motivo para discussão (...) Ela [a mãe] incentivava-me a estudar e dava-me força. Às vezes vinha dormir comigo e chorávamos as duas por viver este pesadelo. Com o meu pai comecei por ter medo, depois fui crescendo e passei a ter raiva e agora, mais velha, sinto pena e vontade de ajudá-lo. Agora ele tem estado melhor. (...) Eu cuidava dos meus irmãos. Era como mãe aí e tentava protegê-los para que não se apercebessem da violência lá de casa.” (Entrevista número 13)

“Era assim, a minha mãe é que fazia tudo em casa mas como andava sempre de mau humor por causa do meu pai, andava sempre doente e cansada e então, como ela deixou de poder fazer as coisas, tinha que fazer eu. (...) Era muito miúda e tive que crescer muito depressa por causa dos problemas que eles tinham mas dava-me bem com os dois. Gostava muito deles e sabia que precisavam os dois de carinho e de atenção. (...) em primeiro o meu pai gostava de ir beber os copitos dele e a minha mãe não gostava que ele fosse. Depois a minha mãe também começou a beber, ainda hoje estou para descobrir porquê e então era sempre “dia de festa” lá em casa porque eles andavam sempre ao barulho, sempre aos gritos... e depois não havia dinheiro para nada... era um bocado triste a gente ver os nossos pais assim...” (Entrevista número 14)

“Era muito boa [a relação com os pais] e mesmo depois de casada, com os problemas do álcool era com eles que desabafava” (Entrevista número 15)

2.5 – Os co-alcoólicos

Ao longo da realização das entrevistas foi possível perceber que estes são indivíduos que, pelo convívio diário e consequente contacto directo com a doença alcoólica, também eles estão “doentes” e/ou a precisar, de alguma forma, de ajuda a vários níveis nomeadamente, psicológico, económico, de habitação, social, entre outros.

O que foi possível verificar foi que o consumo diário e excessivo de álcool torna o doente implicativo, agressivo e/ou violento com aqueles que lhe estão mais próximos, nomeadamente o agregado familiar, o que faz prevalecer nestas casas um constante clima de medo, angústia e sofrimento. Deste modo, os conflitos latentes e patentes aqui presentes, vão atingir não só o doente mas todo o seu agregado.

Assim, a esposa tem de lidar com problemas afectivos e situações reais, concretas que fazem parte do seu quotidiano. Os problemas emocionais estão ao nível da ansiedade, medo e infelicidade, podendo existir um elemento de dúvida sobre si mesma (ou auto-acusação) e ela própria começa a sentir-se desvalorizada ou esgotada.

Com efeito, ela começa por tentar ajudar o cônjuge mas, não tendo resultados, tende a aumentar o distanciamento, a raiva, o medo ou a culpa. Em casos extremos, o casamento pode mesmo terminar ou continuar durante anos numa fase designada de “subterfúgios” sendo aqui o contacto físico e emocional reduzido ao máximo.

Paralelamente, após a tomada de consciência do alcoolismo enquanto doença, é visível a importância da família na recuperação do doente sendo unânime a opinião de que sem esta a recuperação se tornaria muito mais difícil ou, até mesmo, impossível. O que vai de encontro à perspectiva de Hapetian (1997) que considera que a resolução do problema de dependência alcoólica passa pelo envolvimento da família na recuperação. O consumo abusivo de álcool é uma doença complexa, prolongada e sujeita a recaídas mas passíveis de tratamento. Segundo a mesma autora, esta recuperação é favorecida se a família deixar transparecer ao doente que gosta dele mas não daquilo que ele faz e que não pode contar com ela para continuar a consumir mas que tem todo o seu apoio para se tratar.

“ (...) acho que ele só foi procurar ajuda por nós, porque sabia que o álcool estava a matar tudo o que o rodeava, incluindo a relação dele connosco. Por isso acho que somos nós que também acabamos por lhe dar força para ele continuar sem beber.” (Entrevista número 9)

“Eu cheguei a ter que lavá-lo, está a perceber? Eu tinha tanto nojo de estar na cama à beira dele que pegava numa toalha molhada e ia lavá-lo. Mas hoje estou aqui para o ajudar até ao fim na doença e no álcool, eu hei-de lutar até ao fim! (...) Sabe, às vezes sentia-me um bocado abandonada por ele, sabe como é. Eu queria sair mas ele só ia para as tascas. Sabe como é? Novita era a “cadelita” ali encostada à espera dele.” (Entrevista número 10)

“Ele começava a beber de manhã até à noite, depois mandaram-no embora do trabalho porque ele já não estava capaz de fazer as coisas que lhe pediam, e depois implicava com o comer, atirava com os pratos da comida... chegou a ser mau para mim... tudo por causa do álcool. (...) Sentia pena dele mas outras vezes queria que ele desaparecesse, o sofrimento era tanto...” (Entrevista número 11)

“ (...) ainda passei um mau bocado... tentou matar-me umas poucas de vezes e tudo com facas e catanas... ainda há dias andava a arrumar umas coisas lá em casa e descobrimos uma catana que ele tinha escondido para me “acertar o passo”. (...) a gente também precisa de ajuda porque se não eles até podem ficar bons mas se a gente não entender porque é que eles faziam o que faziam, nunca os vai perdoar e se a gente não os perdoar e não os apoiar é mais difícil eles ficarem bons. Mas também é por isso que a gente é casado, não é? Se não olhe lá, quando ele era bêbado eu não fugi da beira dele, nem me separei nem nada e agora que ele se quer pôr bom é que eu vou embora? Não, não é assim! A gente é casado para os bons e para os maus momentos, é como diz o outro: “é para o que der e vier”! (...) senti eu, sentiram os meus filhos, sentiram os meus netos, toda a gente já sentiu medo dele. Quando ele bebia ficava muito mau sabe? Era cada cena que ele fazia, que vergonha!” (Entrevista número 12)

“ (...) houve um dia em que eu já estava tão fartinha dele que disse que ou ele deixava o vinho ou eu ia-me embora com a filha dele. Só uns meses depois... ah uns meses largos é que ele veio ter comigo a dizer que se tinha ido curar e que precisava da minha ajuda. (...) Acima de tudo eu acho que fui eu, quando o deixei, que lhe abri os olhos e depois vinha com ele às reuniões e isso (...) Quantas e quantas vezes eu não achei que ele me fosse bater... um dia ainda me chegou a dar um empurrão mas só foi isso. Era mais as discussões...” (Entrevista número 14)

Com estas entrevistas, tornam-se patentes e bem explícitas as situações de medo e angústia referidas no início da análise desta categoria. Com efeito, como já foi visto, o consumo de álcool torna os doentes alcoólicos “diferentes” aos olhos das suas esposas fazendo com que se tornem mais violentos e desconfiados aumentando, deste modo, as situações de desconforto emocional sentidas pela sua família.

*“Os miúdos às vezes iam lá dormir e tudo só para distraírem do ambiente pesado que era lá em casa. (...) **sobretudo medo pelos meus filhos** mas ele nunca lhes fez mal. **A mim chamava-me nomes mas não passou daí.** Algumas vezes tive medo que passasse mas não. (...) **era uma gritaria...** e depois os miúdos acordavam e eu ia acalmá-los, chegava ao quarto e ele já dormia profundamente. Eu chorava baixinho para não incomodá-lo, saía para trabalhar e ele ainda dormia. Depois passei a não esperar por ele. Deitava os miúdos e ia dormir. Às vezes não estava a dormir mas fazia de conta só para não o aturar. Entretanto as pessoas começaram a bater à porta a pedir dinheiro e ele deixou o café mas continuou a beber até ir à médica. (...) Agora estamos bem. Ele não bebe, vamos às reuniões da associação, os meus filhos estão felizes, falam com o pai e tenho muita fé que vá continuar assim. Estamos todos juntos a lutar todos os dias para continuar assim. Também as contas estão mais equilibradas o que ajuda muito. E os meus pais sempre presentes. Também lhes tenho que agradecer muito.”* (Entrevista número 15)

*“Foi assim, eu sabia que havia gente que bebia muito, porque a gente vê, não é? A gente é só sair à rua que vê as pessoas nos tascos e assim... mas eu nunca tinha estado assim de perto com alguém que bebesse e quando eu comecei a perceber que o meu marido era um desses fiquei muito desiludida com ele... **ele ia para o tasco beber com os amigos e depois vinha para casa e eu é que tinha que “levar com ele”,** está a perceber? **Ele bebia muito... e depois estávamos sempre chateados, andávamos sempre “à turra e à massa” e a gente fica triste com isso...** mas eu nunca desisti dele, nunca... (...) **acho que se não fossemos eu e os filhos ele não tinha conseguido...** é aquela coisa, a gente tem que apoiar, não é? É da nossa família, é o nosso marido e a gente prometeu que era na saúde e na doença até que a morte nos separe, não é? Por isso tem que ajudar e felizmente a morte ainda não nos separou mas se não fossemos nós ele não tinha conseguido, disso não tenho dúvidas. Ele ainda às vezes me pergunta como é que eu tinha paciência para o aturar a ele e às bebedeiras dele... e é verdade, a gente estava sempre a discutir, sempre, sempre pegados... era por demais... (ri-se) quando ele me pergunta isso eu digo que também não sei como é que o aguentei! (ri-se)*

mas é só a brincar, eu não tinha coragem de o largar... ele nunca me bateu, nem nada, era só mesmo as chatices... as chatices e a falta de dinheiro...” (Entrevista número 16)

2.6 – A sociedade

Ao longo de toda esta análise foi várias vezes enfatizado que estes sujeitos estavam inseridos em meios onde o consumo de álcool é banalizado e aceite pela maioria da população não como doença mas como hábito, o que vai, obrigatoriamente, influenciar ou condicionar o comportamento destes indivíduos desde tenra idade.

Durante a análise das entrevistas foi, então, possível compreender que este facto é uma das causas possíveis para que o sujeito se sinta integrado enquanto consumidor excessivo de álcool e passe a sentir-se posto de parte quando decide iniciar o tratamento de recuperação.

Por outro lado, mesmo apesar do consumo de álcool ser habitual para o meio em que os sujeitos estão inseridos, foi interessante verificar que a maioria das entrevistadas admitiu sentir-se envergonhada pelo comportamento do parceiro chegando mesmo a escondê-lo em determinada altura.

De facto, de forma a manter a fachada, a família circunscreve-se mantendo em segredo o seu problema podendo, numa fase mais avançada do mesmo, isolar-se dos seus amigos, vizinhos e restantes familiares.

Esta situação deve-se ao facto do doente alcoólico ser frequentemente apontado como aquele que sai dos padrões normais de comportamento social sendo este associado a comportamento desviante. O que se verifica é que desde jovens é estabelecida uma espécie de meta onde nos fazem crer que, com o consumo da primeira bebida alcoólica, nos tornaremos adultos estando aqui o impulso para a acção. A sociedade vai, de certa forma, encorajar um determinado tipo de comportamento até atingirmos uma certa idade, para depois, quando esse mesmo comportamento se torna doença, ser considerado desviante ou fora dos padrões normais de conduta, daí que seja necessário encobri-lo ou marginalizá-lo. Esta marginalização vai condicionar todo o comportamento e postura social tanto do doente como da sua família, ou seja, cada vez se isolam mais o que pode levar a um agravamento do problema.

“Aqui o álcool é uma coisa banal, faz parte do dia-a-dia. Toda a gente bebe e admira quem deixa de beber mas ninguém tem coragem de o fazer ou de incentivar alguém a fazê-lo, o que torna tudo muito mais difícil...” (Entrevista número 9)

A afirmação desta entrevistada faz-nos recorrer à entrevista do Presidente da associação que, a determinada altura, afirma que quando se dedicou à abertura da associação foi, muitas vezes, difamado pois algumas pessoas (como, por exemplo, os taberneiros) ou até outros doentes (que outrora tinham sido amigos dele) não compreendiam o porquê da sua atitude.

“Eu ia com ele para todo o lado, buscá-lo e tudo. E eu falava sempre com as outras pessoas. Nunca tive complexo dele. Sentia-me triste, não é? (...) Mas não tinha assim vergonha nem vontade de esconder. Nada! Nunca!” (Entrevista número 10)

“ (...) fomos excluídas da família por causa disso e por ele beber. É que a mãe dele dizia que ele nunca deixava de beber, ela e a minha mãe. Foi assim... mas depois, mais tarde, foi passando o tempo e tudo e elas foram vendo que realmente se enganaram acerca disso. Quer-se dizer, algumas vezes eu escondi o problema dele porque ele batia-me e ainda me chegou a pisar e tudo e eu escondia, dizia que não tinha sido ele, que tinha caído ou que tinha dado com a testa na escada ou assim. Mas depois era tantas vezes que já não conseguia esconder porque elas desconfiavam logo, as minhas colegas e assim. Depois ele vinha para casa para dormir e passado um bocado aparecia na escola para trabalhar mas ninguém o excluiu porque ele era bom funcionário, além de beber era bom funcionário e eles tiveram paciência, chamaram-no lá ao gabinete para ele se ir tratar e foi tudo junto...” (Entrevista número 11)

“Sabe que aqui toda a gente bebe. Quando ele deixou de beber é que ficou sem amigos porque os amigos que ele tinha antes eram amigos dos copos mas assim postos de parte não senti.” (Entrevista número 12)

*“As clientes da minha mãe tratavam-na como uma coitadinha. Acho que algumas iam lá só por pena. Nem precisavam da costura dela mas pronto... Embora ela nunca se abrisse com ninguém. Com o meu marido, todos os vizinhos sabem que ele bebia mas nunca perguntaram nada. Eu também falo só com a minha mãe e a minha patroa. De resto não porque **não quero que olhem para mim com “má cara” e que tenham pena como tinham da minha mãe.** (...) Fica sempre aquela coisa “aquele bêbado que bate na mulher” mas o que importa é que agora estamos no bom caminho. Sinto-me mais forte para enfrentar esta batalha.”* (Entrevista número 13)

“ (...) nunca deixamos de ir a lado nenhum nem de fazer nada! Nem antes nem depois de ele se tratar.” (Entrevista número 14)

*“Ui, lá na fábrica era um diz que disse. E porque “ela leva na tromba” e “ele é um bebedolas”, “f*** o dinheiro todo no vinho e os filhos andam a passar fome”... era deste género. Aquilo afectava-me mas não mostrava. Só quando chegava a casa é que chorava e a minha mãe lá me dizia “não liques, vozes de burro não chegam ao céu” e assim foi. Hoje sei que muitas dizem que isto é passageiro mas já lá vai um ano. (...) ninguém diga “desta água não beberei” porque hoje estamos bem mas amanhã... é viver um dia de cada vez.” (Entrevista número 15)*

Excertos como os últimos lembram-nos que a doença alcoólica é, ainda hoje, muitas vezes encarada com preconceito por parte de terceiros e com vergonha por parte dos doentes e das suas famílias devido ao medo da discriminação de que possam ser alvo. Além disso, devemos aqui retomar a entrevista de um dos monitores da associação quando afirma que a uma mulher não se pode dizer que ela é alcoólica pois ela negará o facto de imediato por vergonha.

“ (...) os amigos dele também eram todos uns bebedolas! Coitados, antes eu pensava assim, agora sei que são pessoas doentes e que precisam muito de ajuda. Uma pessoa nem imagina o que eles passam quando vão-se tratar... mas é para o bem deles... e da família deles!” (Entrevista número 16)

Posto isto, após a análise das entrevistas a doentes e co-alcoólicos verifica-se que ambos tiveram vivências familiares (ascendentes e descendentes) muito idênticas, marcadas maioritariamente pelo consumo excessivo de álcool e pelo sofrimento perante a impotência, o medo e a angústia trazidas pela doença.

Capítulo 4 – Considerações finais

Após a apresentação e análise dos dados obtidos a partir da pesquisa empírica, seguir-se-á a confrontação desses resultados com as hipóteses teóricas inicialmente formuladas.

Começou-se, assim, por abordar a doença alcoólica, colocando como hipótese que “o alcoolismo afecta não só o doente alcoólico, mas também os seus familiares mais próximos de uma forma afectiva, económica e social na medida em que implica um elevado gasto económico e desgasta os afectos e relacionamentos interpessoais e familiares”, o que foi aqui confirmado pelos entrevistados ao admitirem que com o alcoolismo a sua situação económica, familiar, de trabalho, entre outras, sofreu perdas significativas.

De facto, tal como sabemos, nenhuma dimensão da nossa vida é estanque, cada dimensão é diferente da outra mas todas se relacionam integrando e influenciando a vida do sujeito. Esta constatação torna-se mais patente quando falamos de algum tipo de problema como, por exemplo, o alcoolismo que, ao afectar a saúde do indivíduo vai afectar, quase inevitavelmente todas as outras dimensões da sua vida: ele frequentemente gasta o seu ordenado na bebida, deixa de ter condições de ajudar a esposa financeiramente, perde capacidades para executar eficientemente as suas tarefas profissionais e, deste modo, acaba por desgastar as suas relações familiares e profissionais, entre outras. este desgaste conduz-nos a uma série de “problemas sociais” referidos no primeiro capítulo como fracassos no desempenho de determinados papéis como, por exemplo, o papel de trabalhador, vizinho, amigo, pai, entre outros, não se processando apenas a nível individual mas, inevitavelmente, atingindo a sua família.

Uma outra categoria em análise, referia-se às origens dos nossos entrevistados e tinha como hipóteses que: “os doentes alcoólicos apresentam, de um modo geral, uma trajetória social descendente devido ao elevado gasto com o consumo e à perda de consciência de gestão financeira” e que “o agregado familiar em que o indivíduo cresceu teve influência na consolidação da sua dependência pois existe uma vontade inconsciente em perpetuar o desempenho de papéis familiares até então experienciados”. No que respeita à primeira hipótese, foi possível verificar que todos os entrevistados são provenientes de um estrato social médio-baixo que, com a doença alcoólica mostrou uma tendência para diminuir, ou seja, o consumo diário de álcool acarreta despesas diárias que fazem com que o doente releve para segundo plano as necessidades económicas da família. Já no segundo caso, não será possível confirmar a hipótese em causa que, de qualquer forma, apelaria a uma abordagem

extensiva. Verifica-se, no entanto, uma tendência para que filhos de pais alcoólicos sejam alcoólicos.

A colocação destas hipóteses relativas às origens dos entrevistados, leva-nos ao alcoolismo como factor de influência da situação socioeconómica dos indivíduos, na medida em que ele pode contribuir para uma saída precoce da escola (como foi referido pelos filhos de alcoólicos provenientes de famílias de baixos rendimentos) que se ficava a dever não só às carências económicas, mas também à falta de contributo financeiro de um dos elementos para o agregado familiar e que, entre outras consequências, poderia contribuir para a conquista de um emprego precário; aos problemas familiares que constituíam, muitas vezes, o primeiro factor de exclusão familiar das crianças e dos próprios adultos na medida em que as discussões são muitas vezes percebidas por familiares e amigos; e ainda, os problemas económicos decorrentes do consumo exagerado de álcool que estão frequentemente relacionados com precárias condições habitacionais, má alimentação por falta de recursos, entre outros.

No que respeita ao doente alcoólico foram colocadas as seguintes hipóteses: “apesar de terem convivido com o consumo abusivo de álcool desde tenra idade, é tardiamente que os doentes alcoólicos assumem a sua dependência e a consequente necessidade de tratamento devido à vergonha, reprovação social e sentimento de negação que a doença acarreta”; “Durante o seu percurso de vida, os doentes alcoólicos sentem, frequentemente, um sentimento de abandono e comiseração por parte da família e um sentimento de culpa relativo à reprovação de que são alvo pela sociedade”.

De facto, por estarem inseridos em meios onde o consumo de álcool é banal e incentivado desde crianças e por pertencerem a agregados onde, pelo menos, um dos progenitores era alcoólico, o que torna o convívio com a doença alcoólica tido como normal, estes sujeitos não encaram o consumo diário e excessivo de álcool como doença e, portanto, é tardiamente que assumem a sua dependência e consequente necessidade de tratamento. Porém, este convívio com a doença faz com que os sujeitos não sintam qualquer espécie de vergonha ou embaraço perante a sociedade o que leva a que esta hipótese não possa ser confirmada.

Paralelamente, apesar de terem consciência do sentimento de comiseração por parte da família, estes não são alvo de qualquer recriminação da sociedade em que se inserem e, portanto, a segunda hipótese desta categoria também não poderá ser confirmada. Nesta categoria é importante realçar que os sujeitos entrevistados consideram que o consumo diário

exagerado de bebidas alcoólicas está directamente relacionado com uma apetência para comportamentos violentos.

No que concerne à família dos entrevistados afirmou-se que “a família pode contribuir para o prolongamento no tempo da doença alcoólica devido à vontade, ainda que inconsciente, de repetir determinados padrões comportamentais e, também, devido à vergonha social” e que “a família tem um papel fundamental na recuperação do doente alcoólico uma vez que é dela que ele retira a sua força de vontade”. Estas hipóteses poderiam ser transformadas numa só na medida em que estão interligadas referindo-se, apenas, a diferentes fases da vida dos sujeitos.

De facto, como se tem afirmado ao longo desta investigação, existe uma falta de consciência do alcoolismo enquanto doença o que, inevitavelmente, contribui para o prolongamento no tempo da mesma devido à vergonha sentida pelas esposas de determinados comportamentos do marido que, com o álcool, tem tendência a tornar-se agressivo; então, como toda a vida conviveu com doentes alcoólicos (progenitores, amigos, vizinhos, entre outros) a própria família do doente vai contribuir para o prolongamento no tempo da doença.

Por outro lado, tomada a decisão de iniciar o processo de tratamento e recuperação, a família é vista pelo doente como a sua principal fonte de força, coragem e determinação para que ele seja concluído com sucesso, o que nos leva a confirmar as duas hipóteses acima enunciadas.

Assim, é possível afirmar que o envolvimento familiar com o doente alcoólico pode ocorrer a vários níveis: pela experiência em si do comportamento do alcoólico, pela convivência com os comportamentos do alcoólico ou pela intervenção e ajuda no processo de recuperação.

Além disso, nesta categoria é, ainda, possível referir as situações de influência para o consumo que muitas vezes têm lugar não só no grupo de amigos, mas também dentro de casa, podendo ocorrer até com os progenitores.

Mais próximos do doente estão os chamados co-alcoólicos dos quais se colocou como hipótese que: “mulheres filhas de progenitores alcoólicos têm tendência a procurar cônjuges alcoólicos de forma a repetir o padrão de vida em que estavam inseridas”, “a família depara-se, muitas vezes, com a maior irascibilidade do doente devido a uma perda de noção da força física e da própria realidade” e que “o cônjuge do doente alcoólico apresenta uma tendência para se deixar dominar devido ao medo da agressividade do parceiro”.

Com a análise desta categoria é possível afirmar que a grande parte dos co-alcoólicos entrevistados são descendentes de progenitores alcoólicos o que leva a crer que, na escolha do

cônjuge há uma tendência para a procura de características similares às que estas estavam habituadas e com as quais se identificam (homogamia), o que nos leva a confirmar a primeira hipótese desta categoria.

Ao longo desta investigação foi, também, várias vezes enunciado pelos entrevistados a propensão dos indivíduos para a violência física e psicológica quando estavam sob o efeito do álcool e o medo e angústia sentidos pelos familiares aquando esse acontecimento, o que nos faz validar a segunda e terceira hipóteses colocadas para esta categoria.

Paralelamente, é importante referir a consciência destes sujeitos que frequentemente afirmam que quando existe um alcoólico numa família, todo o agregado está doente pois todos sofrem, directa ou indirectamente, as consequências desta doença. Além disso, deve-se ainda salientar o desconforto emocional presente não só nas esposas mas em todo o agregado que vive, constantemente, debaixo de medos, angústias e vergonhas aliados a um sentimento de impotência perante a situação.

Por outro lado, apesar de antes do início do tratamento toda o agregado sair lesado com a doença alcoólica de um dos seus membros, facto é que durante o processo de recuperação a família, com especial destaque para o cônjuge, torna-se a principal unidade de apoio do doente, acompanhando-o no tratamento e motivando-o durante e depois do processo de cura.

Finalmente, resta analisar a categoria respeitante à sociedade. Para tal, colocou-se como hipótese que “a sociedade, de um modo geral, marginaliza os doentes alcoólicos pela atribuição de estereótipos negativos associados à doença não marginalizando, contudo, a família destes doentes nutrindo por estas um sentimento de comiseração”.

Esta categoria e, consequentemente, esta hipótese, leva-nos a fazer uma divisão simbólica entre a sociedade em geral e o meio em que se inserem os entrevistados. De facto, tal como já tinha sido referido na revisão do estado da arte, apesar da sociedade, de um modo geral, ter plena e perfeita consciência dos riscos que o álcool acarreta, facto é que ainda existe uma pequena parte da população inserida em meios como o dos nossos entrevistados, que considera o consumo diário e excessivo de álcool como banal e, por isso, não marginaliza os doentes alcoólicos nem lhes atribui qualquer tipo de “rótulo social”. No entanto, neste meio, o que é recriminado é o comportamento violento destes indivíduos (em casa ou na rua), separando-o por falta de consciência, ou não, da ingestão de bebidas alcoólicas.

Deste modo, esta hipótese não pode ser confirmada na sua totalidade pois apesar de ser nutrido um sentimento de comiseração pelas famílias, este facto não se prende ao alcoolismo mas à violência física e psicológica de que são alvo, sendo o alcoolismo aqui

encarado como uma variável autónoma deste fenómeno e não contributiva para a aplicação de “rótulos sociais” ou qualquer tipo de marginalização dos sujeitos.

Após a análise destas categorias torna-se imprescindível a recuperação da pergunta da partida: **de que modo o alcoolismo afecta a vivência familiar dos indivíduos?**

Ao longo de toda a pesquisa foi visível que estas famílias, numa determinada altura da sua existência, não puderam ser integradas no tipo de família tido como normal. Deste modo, se analisarmos a situação na sua totalidade e englobarmos as dificuldades económicas, os problemas no trabalho ou a perda de emprego, as precárias condições habitacionais, as carências afectivas, entre outros, ao pôr em causa o que estaria na origem de todas estas dificuldades, facilmente se poderia concluir que o único motivo comum a todos os entrevistados era a ingestão diária excessiva de bebidas alcoólicas.

Então, recuperando uma das conclusões a que chegamos de que o alcoolismo afecta económica, psicológica, familiar e socialmente não só os doentes mas também aqueles que os rodeiam, facilmente podemos concluir que a doença alcoólica influencia e condiciona a vivência familiar dos sujeitos na medida em que ela não pode ser encarada como uma dimensão isolada da vida dos mesmos mas deve ser vista como uma doença que afecta a vários níveis (económico, psicológico, familiar, social, entre outros) doente e familiares.

Por tudo o que foi dito ao longo deste trabalho, encaro a doença alcoólica mais do que como a doença de certos indivíduos mas, acima de tudo, como uma doença social, incentivada, encoberta e camuflada por redes de indivíduos, ainda que por falta de consciência ou de informação.

Bibliografia

ALARCÃO, Madalena (2003) – *Do uso ao abuso do álcool: fragmentos de vidas familiares*. In *Álcool, tabaco e jogo – do lazer aos consumos de risco*. Coimbra: Editora Quarteto.

ALARCÃO, Madalena (2000) – *(Des)Equilíbrios Familiares*. 1ª ed. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-21-X.

ALMEIDA, João Ferreira de; PINTO, José Madureira (1995) – *A Investigação nas Ciências Sociais*. 4ª ed. Lisboa: Editorial Presença. Dep. Leg. Nº 25712/89.

ANTUNES, Maria T. C. – *Os jovens e o consumo de bebidas alcoólicas*. Referência. Coimbra: nº 1. 1998.

BARDIN, Laurence (2000) – *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BELL, Judith (1997) – *Como realizar um projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva.

Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra (1997) – *Álcool e o organismo*. Número 2. Coimbra [s. n.].

BORGES, Luis, [et al] (1993) – *Os adolescentes e o álcool*: Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia, ISSN. Vol. II, nº 1.

BREDA, João (1997) – *Bebidas alcoólicas e jovens escolares: um estudo sobre consumos, conhecimentos e atitudes*. Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra. ISSN Ano 0, nº 0.

CARVALHO, Alvaro A. (2002) – *As bebidas alcoólicas em Portugal*. Relatório de Primavera 2002 do OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública.

CARVALHO, Alvaro A. (2003) – *Bebidas alcoólicas – problema de saúde pública*. Álcool, tabaco e jogo: do lazer aos casos de risco. Coimbra: Editora Quarteto.

CORDEIRO, Mário (1996) – *Os efeitos do álcool*. Adolescentes. Porto. Ano nº 3.

CORREIA, Ana Cristina (2000) – *Bar aberto a menores de 18*. Revista Activa. Lisboa: [s.n.]. ISSN. nº 120.

DÍAZ, J. Aizpiri; FRÍAS, J. F. Marcos () – *Actualización del tratamiento del alcoholismo*. Espanha: Editora Masson. ISBN: 84-458-0466-9.

EDWARDS, Griffith; MARSHALL, E. Jane; COOK, Christopher C. H. (1999) – *O Tratamento do Alcoolismo: um guia para profissionais da saúde*. 3ª ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda. ISBN: 85-7307-469-8.

FLEMING, Manuela (1995) – *Família e Toxicodependência*. Porto: Edições Afrontamento. ISBN: 972-36-0396-9.

GAMEIRO, Aires (1979) – *Depender do álcool: considerados simples para quem ajuda e para quem é ajudado*. 3ª ed.. Telhal: Edições “O Arauto”.

GAMEIRO, Aires (1998) – *Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas em Portugal – 1985, 1991, 1997*. [S I]: Editorial Hospitalidade.

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin (1993) – *O Inquérito, teoria prática*. Oeiras: Celta. ISBN: 972-8027-70-2.

GIL, António Carlos (1999) – *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5ª ed. São Paulo: Editora Atlas. ISBN: 85-224-2270-2.

HAPETIAN, Isabel (1997) – *Famílias: entender a toxicodependência*. Lisboa: Editorial Verbo. Depósito Legal nº 113056/97.

MARTI, José Maria F. (1996) – *Psicologia infantil e juvenil: adolescência*. Lisboa: Liarte.

MELLO, Maria Lucilia Mercês de (1981) – *O alcoolismo em Portugal – alguns dados gerais*. In Informação sobre o álcool e seus riscos. Lisboa: Comissão de combate ao alcoolismo.

MELLO, Maria Lucilia Mercês de [et al.] (1988) – *Manual de Alcoologia para o clínico geral*. Coimbra: Delagrangue.

MELLO, M.L.; BARRIAS, J.; e BREDAS, J. (2001) – *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

MICHEL, Oswaldo R. (2002) – *Álcool, drogas e alucinações: como tratar*. Rio de Janeiro: Editora Revinter.

LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald (1994) – *Investigação Qualitativa. Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN: 972-9295-75-1.

OFFER, Daniel; BOXER, Andrew (1995) – *O desenvolvimento normal do adolescente: tratamento de psiquiatria da infância e adolescência*. In LEWIS, Melvin – tratado de psiquiatria de infância e adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas.

PAIS, José Machado; CABRAL, Manuel Villaverde (coord.) (2003) – *Condutas de risco, práticas culturais e atitudes perante o corpo – resultados de um inquérito aos jovens portugueses*. Oeiras: Celta Editora. ISBN: 972-774-159-2.

PALHA, A. Pacheco (1989) – *A problemática do alcoolismo em Portugal*. In Colóquio sobre A Problemática do alcoolismo em Portugal. Lisboa: Publicações II Centenário da Academia das Ciências de Lisboa.

PIRES, Isabel Cristina (1989) – *Álcool e imaginário colectivo*. Boletim do Centro Regional de Alcoologia Maria Lucília Mercês de Mello. Coimbra: Centro Regional de Alcoologia de Coimbra. ISSN Ano III, nº 8.

QUIVY, Raymond; CHAMPENHOUDT, LucVan (2003) – *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 3º ed. Lisboa: Gradiva. ISBN: 972-662-275-1.

RAMOS, Sérgio de Paula; BERTOLETE, José Manoel (1997) – *Alcoolismo Hoje*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN: 85-7307-236-9.

ROSA, Armando (1993) – *Os filhos de alcoólicos e o insucesso escolar*. Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia. Coimbra: Centro Regional de Alcoologia de Coimbra. ISSN Vol. II, nº 2 suple.

ROUSSAUX, Jean-Paul; FAORA-KREIT; HERS, Denis (1996) – *L'alcoolique en famille: dimension familiales des alcoolismes et implications thérapeutiques*. Bruxes: Boeck-Wesmael. ISBN: 2-8041-2264-6.

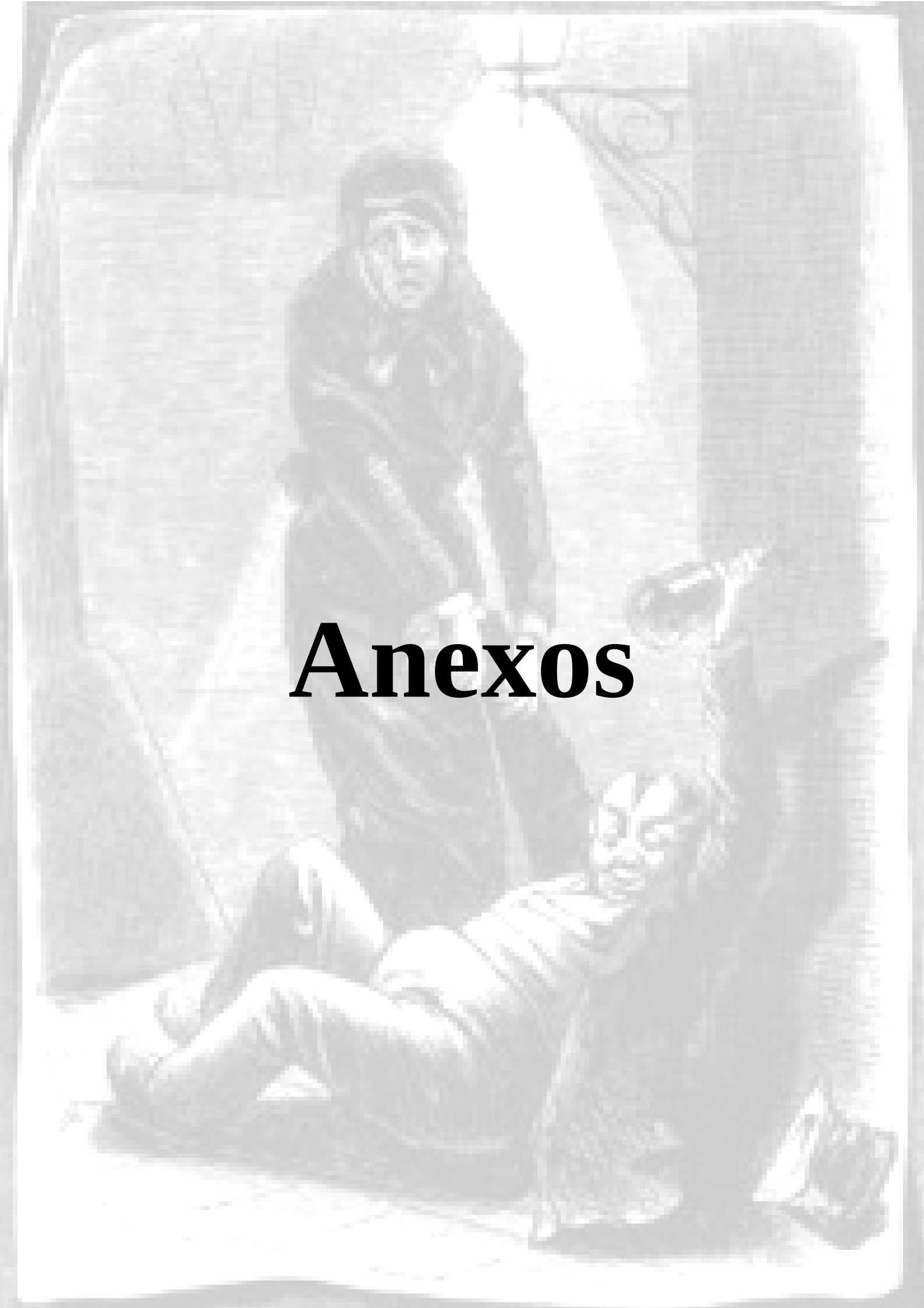
SAMPAIO, D. A. (1997) – *A cinza do tempo*. Lisboa: Editorial Caminho.

SANTOS, Idalina Amona (1999) – *Alcoolismo na adolescência – que intervenção?*. Revista Nursing. Lisboa: ano 12, nº 136.

SCHUCKIT, Marc (1991) – *Abuso de álcool e drogas: uma orientação clínica do diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Editora Artes Médica.

TRINDADE, Isabel; CORREIA, Rita (1999) – *Adolescentes e álcool: estudo do comportamento de consumo de álcool na adolescência. Análise Psicológica*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. ISSN Série XVII, nº 3 (Julho/Setembro de 1999).

ZAGO, J. A. (1996) – *Considerações sobre os aspectos psicossociais, clínicos e terapêuticos da dogradiação*. Informação Psiquiátrica.

A black and white photograph with a grainy, high-contrast texture. It depicts a scene in a hallway with arched doorways. A man in a dark, heavy jacket and a hat stands in the center, looking towards the camera. He is positioned over another man who is lying on the floor. The man on the floor is wearing a light-colored, horizontally striped shirt and dark trousers, and he is looking up at the standing man. The lighting is dramatic, with strong highlights and deep shadows, creating a somber and intense atmosphere.

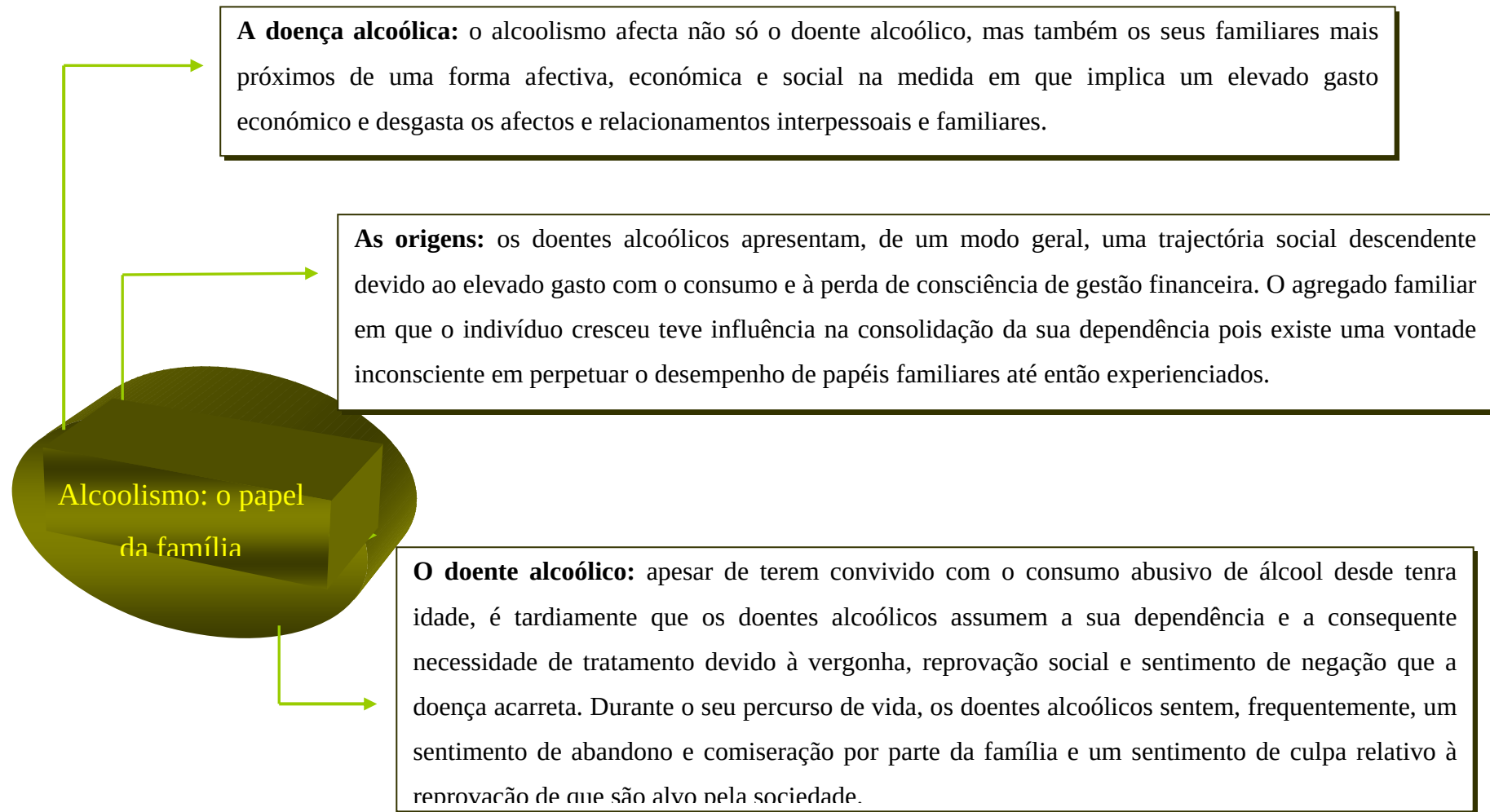
Anexos

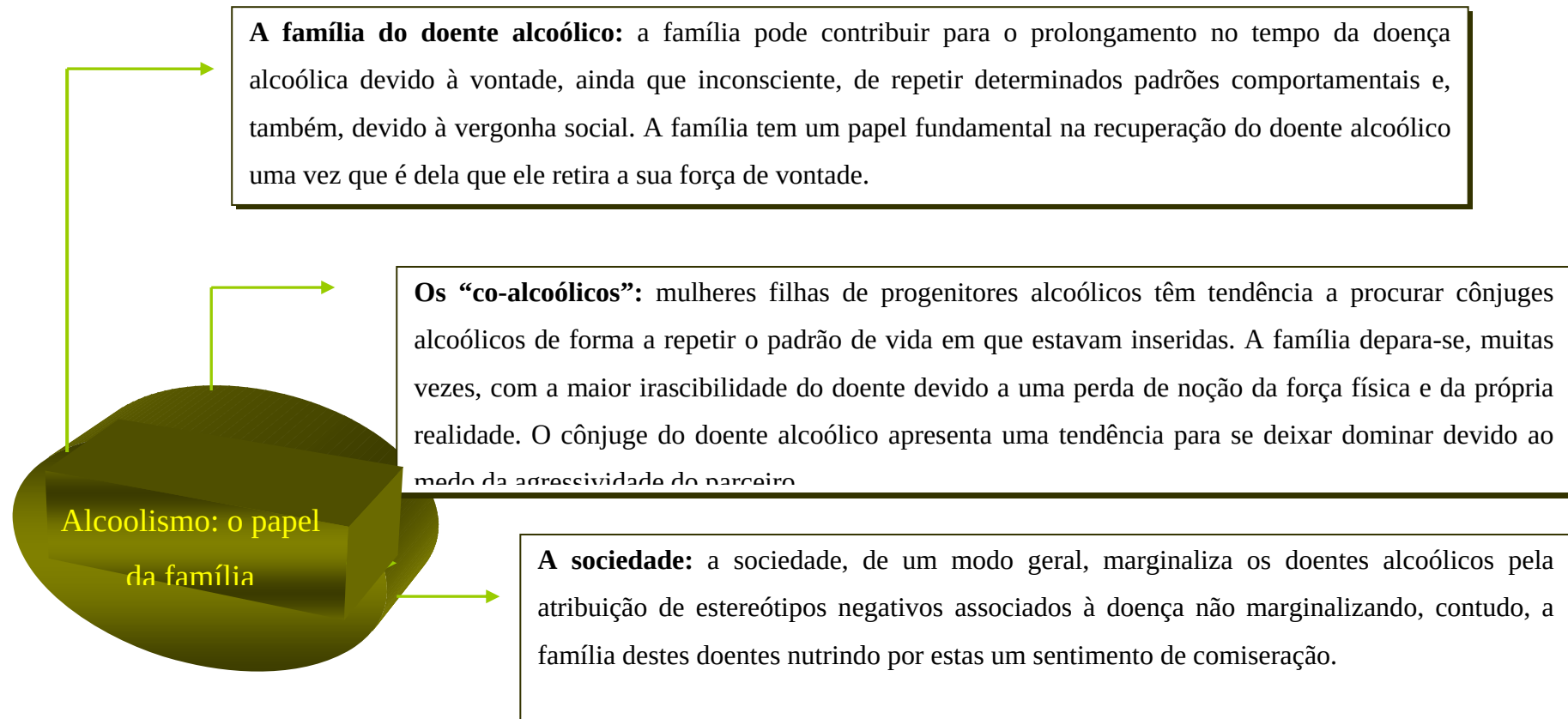
Índice de anexos

Parte 1 – Modelo de análise.....	88
Anexo 1 – Esquema do modelo de análise.....	88
 Parte 2 – Grelhas de observação.....	 90
Anexo 2 – Modelo de grelha de observação.....	90
Anexo 3 – Grelha de observação de 21 de Abril de 2009.....	91
Anexo 4 – Grelha de observação de 28 de Abril de 2009.....	94
Anexo 5 – Grelha de observação de 05 de Maio de 2009.....	97
Anexo 6 – Grelha de observação de 12 de Maio de 2009.....	100
 Parte 3 – Entrevistas aos doentes alcoólicos.....	 103
Anexo 7 – Guião de entrevista aos doentes alcoólicos.....	103
Anexo 8 – Grelha de análise das entrevistas aos doentes alcoólicos.....	104
 Parte 4 – Entrevistas aos familiares dos doentes alcoólicos.....	 125
Anexo 9 – Guião de entrevista aos familiares dos doentes alcoólicos.....	125
Anexo 10 – Grelha de análise das entrevistas aos familiares dos doentes alcoólicos.....	126

Parte 1 – Modelo de análise

Anexo 1 – Esquema do modelo de análise





Parte 2 – Grelhas de observação

Anexo 2 - Modelo de grelha de observação

CATEGORIA	DIMENSÕES	INDICADORES	DESCRIÇÃO
I. Cenário das práticas culturais	1. Coordenadas temporais 2. Coordenadas espaciais	Relação tempo/prática cultural Local da prática cultural Ambiência	
II. Actores sociais	3. Perfil-tipo 4. Modos de apresentação 5. Linguagem não-verbal 6. Tipos de interacção 7. Relação com o espaço físico	Idade, género Vestuário, acessórios Comportamentos, atitudes, relacionamentos Gestos, olhares, posturas corporais Distanciamento, apropriação	
III. Actividades	8. Descrição das actividades 9. Envolvimento	Tipo de actividade, acessórios utilizados Interesse, participação, assiduidade	

Anexo 3 – Grelha de observação de 21 de Abril de 2009

CATEGORIA	DIMENSÕES	INDICADORES	DESCRIÇÃO
I. Cenário das práticas culturais	1. Coordenadas temporais	Relação tempo/prática cultural	A associação tem sede num piso subterrâneo do antigo Hospital Psiquiátrico de São Paio de Oleiros. Ao entrar, temos uma televisão do lado direito, uma secretária (com telefone e computador) do lado esquerdo, uma máquina de café em frente e 7 cadeiras espalhadas pelo espaço. Atrás da secretária temos um móvel de arquivo que tem em cima algumas esculturas em fósforo. Neste espaço vemos, ainda, uma homenagem ao Presidente e fundador da Associação presente numa fotografia e uma placa dourada com a homenagem. As reuniões têm lugar às terças-feiras, às 20h30, numa sala com lugar para cerca de 40 pessoas sentadas. Ao entrar, a tonalidade azulada das paredes e chão, rapidamente se faz sentir. As janelas localizam-se perto do tecto (por ser uma sala subterrânea só janelas altas chegariam à rua), têm forma rectangular e podem considerar-se pequenas. Numa ponta da sala, temos uma mesa com 4 cadeiras reservada ao Presidente da associação e a 2 monitores que o
	2. Coordenadas espaciais	Local da prática cultural Ambiência	

			acompanham em todas as reuniões. Esta mesa é de madeira, coberta por uma toalha e destaca-se por estar posicionada em cima de um estrado. Em frente a ela, estão cerca de 40 cadeiras, também de madeira, reservadas aos doentes e familiares que assistem semanalmente às reuniões. A sala encontra-se como que dividida a meio por uma coluna, também ela azul. Este espaço está cuidadosamente decorado com vasos de plantas verdes, esculturas em fósforo feitas pelo Presidente da associação, 2 armários ao fundo da sala e, ao longo das paredes são visíveis quadros de aviso e condenação ao consumo de bebidas alcoólicas. As reuniões têm lugar às terças-feiras, às 20h30.
II. Actores sociais	3. Perfil-tipo 4. Modos de apresentação 5. Linguagem não-verbal	Idade, género Vestuário, acessórios Comportamentos, atitudes, relacionamentos Gestos, olhares, posturas	Na reunião do dia 21 de Abril, estavam presentes cerca de 27 pessoas (10 casais e 7 homens sozinhos), com idades compreendidas entre os 30 e os 55 anos. Aparentemente, vestem-se de forma prática (fato-de-treino, sapatilhas, calças de ganga...) e não apresentam qualquer sinal exterior de riqueza. Até a reunião começar, estes permanecem no hall inicial a tomar café e/ou a conversar. Pela postura relaxada e conversa mantida, pode deduzir-se

	6. Tipos de interacção	corporais	que existe uma grande confiança entre estes indivíduos pois todos falam com todos apesar de, inicialmente, se denotar uma pequena divisão entre homens e mulheres.
	7. Relação com o espaço físico	Distanciamento, apropriação	
III. Actividades	8. Descrição das actividades	Tipo de actividade, acessórios utilizados	A reunião começa à hora marcada, 20h30. O Sr. José (Presidente da Associação e de mesa) começa por esclarecer o tema da reunião: o tipo de álcool que é ingerido pelos indivíduos revelando, de forma chocante, que este era o mesmo vendido pelas farmácias. Depois, fala sobre a honestidade necessária ao sucesso do tratamento do alcoólico. A reunião decorre sem qualquer intervenção dos doentes ou familiares só participando estes quando lhes era colocada, pelo Sr. José, alguma pergunta directa. O discurso do Presidente da associação é baseado na sua experiência pessoal, na morte de uma mendiga causada pelo consumo de álcool e em algumas citações de um livro.
	9. Envolvimento	Interesse, participação, assiduidade	

Anexo 4 - Grelha de observação de 28 de Abril de 2009

CATEGORIA	DIMENSÕES	INDICADORES	DESCRIÇÃO
I. Cenário das práticas culturais	1. Coordenadas temporais	Relação tempo/prática cultural	A associação tem sede num piso subterrâneo do antigo Hospital Psiquiátrico de São Paio de Oleiros. Ao entrar, temos uma televisão do lado direito, uma secretária (com telefone e computador) do lado esquerdo, uma máquina de café em frente e 7 cadeiras espalhadas pelo espaço. Atrás da secretária temos um móvel de arquivo que tem em cima algumas esculturas em fósforo. Neste espaço vemos, ainda, uma homenagem ao Presidente e fundador da Associação presente numa fotografia e uma placa dourada com a homenagem. As reuniões têm lugar às terças-feiras, às 20h30, numa sala com lugar para cerca de 40 pessoas sentadas. Ao entrar, a tonalidade azulada das paredes e chão, rapidamente se faz sentir. As janelas localizam-se perto do tecto (por ser uma sala subterrânea só janelas altas chegariam à rua), têm forma rectangular e podem considerar-se pequenas. Numa ponta da sala, temos uma mesa com 4 cadeiras reservada ao Presidente da associação e a 2 monitores que o
	2. Coordenadas espaciais	Local da prática cultural Ambiência	

			acompanham em todas as reuniões. Esta mesa é de madeira, coberta por uma toalha e destaca-se por estar posicionada em cima de um estrado. Em frente a ela, estão cerca de 40 cadeiras, também de madeira, reservadas aos doentes e familiares que assistem semanalmente às reuniões. A sala encontra-se como que dividida a meio por uma coluna, também ela azul. Este espaço está cuidadosamente decorado com vasos de plantas verdes, esculturas em fósforo feitas pelo Presidente da associação, 2 armários ao fundo da sala e, ao longo das paredes são visíveis quadros de aviso e condenação ao consumo de bebidas alcoólicas. As reuniões têm lugar às terças-feiras, às 20h30.
II. Actores sociais	3. Perfil-tipo 4. Modos de apresentação 5. Linguagem não-verbal 6. Tipos de interacção	Idade, género Vestuário, acessórios Comportamentos, atitudes, relacionamentos Gestos, olhares, posturas corporais	Na reunião do dia 28 de Abril, estavam presentes 29 pessoas (12 casais e 5 homens sozinhos), com idades compreendidas entre os 30 e os 55 anos. Todos eles se vestem de forma prática (fato-de-treino, sapatilhas, calças de ganga...) e não apresentam qualquer sinal exterior de riqueza. Até a reunião começar, estes permanecem no hall inicial a tomar café e/ou a conversar. Todos falam com todos apesar de, inicialmente, se denotar uma pequena divisão entre homens e mulheres e dois casais que

	7. Relação com o espaço físico	Distanciamento, apropriação	esperavam, da parte de fora do edifício, que a reunião começasse.
III. Actividades	8. Descrição das actividades 9. Envolvimento	Tipo de actividade, acessórios utilizados Interesse, participação, assiduidade	A reunião começa com 20 minutos de atraso, apesar do Sr. José se encontrar na sala desde as 20h30. Este começa a reunião e cerca de 5 minutos mais tarde entram os 2 casais que esperavam no exterior ao que o Sr. José mostra o seu desagrado. À semelhança da última reunião, o Sr. Presidente esclarece que o tema da presente será as “caidelas” (nome que chama às recaídas dos doentes alcoólicos). É então que, depois de falar sobre a sua experiencia pessoal, se dirige a um dos ouvintes perguntando, directamente se estava tudo bem com ele, se tinha prestado atenção ao que tinha dito e se tinha consciência que a associação tinha sempre forma de descobrir quando os doentes estavam a mentir. E é aí que volta a abordar a importância da honestidade dos actos dos doentes alcoólicos para o sucesso do tratamento. A reunião volta a decorrer sem qualquer outra intervenção dos doentes ou familiares.

Anexo 5 - Grelha de observação de 05 de Maio de 2009

CATEGORIA	DIMENSÕES	INDICADORES	DESCRIÇÃO
I. Cenário das práticas culturais	1. Coordenadas temporais	Relação tempo/prática cultural	A associação tem sede num piso subterrâneo do antigo Hospital Psiquiátrico de São Paio de Oleiros. Ao entrar, temos uma televisão do lado direito, uma secretária (com telefone e computador) do lado esquerdo, uma máquina de café em frente e 7 cadeiras espalhadas pelo espaço. Atrás da secretária temos um móvel de arquivo que tem em cima algumas esculturas em fósforo. Neste espaço vemos, ainda, uma homenagem ao Presidente e fundador da Associação presente numa fotografia e uma placa dourada com a homenagem. As reuniões têm lugar às terças-feiras, às 20h30, numa sala com lugar para cerca de 40 pessoas sentadas. Ao entrar, a tonalidade azulada das paredes e chão, rapidamente se faz sentir. As janelas localizam-se perto do tecto (por ser uma sala subterrânea só janelas altas chegariam à rua), têm forma rectangular e podem considerar-se pequenas. Numa ponta da sala, temos uma mesa com 4 cadeiras reservada ao Presidente da associação e a 2 monitores que o
	2. Coordenadas espaciais	Local da prática cultural Ambiência	

			acompanham em todas as reuniões. Esta mesa é de madeira, coberta por uma toalha e destaca-se por estar posicionada em cima de um estrado. Em frente a ela, estão cerca de 40 cadeiras, também de madeira, reservadas aos doentes e familiares que assistem semanalmente às reuniões. A sala encontra-se como que dividida a meio por uma coluna, também ela azul. Este espaço está cuidadosamente decorado com vasos de plantas verdes, esculturas em fósforo feitas pelo Presidente da associação, 2 armários ao fundo da sala e, ao longo das paredes são visíveis quadros de aviso e condenação ao consumo de bebidas alcoólicas. As reuniões têm lugar às terças-feiras, às 20h30.
II. Actores sociais	3. Perfil-tipo 4. Modos de apresentação 5. Linguagem não-verbal	Idade, género Vestuário, acessórios Comportamentos, atitudes, relacionamentos Gestos, olhares, posturas	Na reunião do dia 05 de Maio, estavam presentes cerca de 23 pessoas (8 casais e 7 homens sozinhos), com idades compreendidas entre os 30 e os 55 anos. Hoje, excepcionalmente, as mulheres mostram uma aparência cuidada: algumas trazem o cabelo arranjado, sapatos de tacão alto; ao contrário dos homens que continuam a vestir-se de forma prática (fato-de-treino, sapatilhas, calças de ganga...) sem qualquer sinal exterior de riqueza.

	6. Tipos de interação	corporais	Até a reunião começar, estes permanecem no hall inicial a tomar café e/ou a conversar. Hoje, mais do que em dias anteriores, nota-se uma maior divisão entre homens e mulheres nos grupos formados para conversar.
	7. Relação com o espaço físico	Distanciamento, apropriação	
III. Actividades	8. Descrição das actividades	Tipo de actividade, acessórios utilizados	Às 20h35 o Sr. José começa a reunião tendo por base do seu discurso um livro de onde tira algumas citações que vai esclarecendo, abordando assuntos como as recaídas, os diferentes tipos de tratamento, o internamento e a importância de manter a esperança enquanto se espera por este. Quando já faltava pouco para terminar a reunião, um dos doentes pede para intervir e relatar a sua experiência de alcoólico recuperado, ao que toda a gente concorda. No final desta intervenção, o Sr. José apela ao aumento das intervenções por parte dos doentes.
	9. Envolvimento	Interesse, participação, assiduidade	

Anexo 6 - Grelha de observação de 12 de Maio de 2009

CATEGORIA	DIMENSÕES	INDICADORES	DESCRIÇÃO
I. Cenário das práticas culturais	1. Coordenadas temporais	Relação tempo/prática cultural	A associação tem sede num piso subterrâneo do antigo Hospital Psiquiátrico de São Paio de Oleiros. Ao entrar, temos uma televisão do lado direito, uma secretária (com telefone e computador) do lado esquerdo, uma máquina de café em frente e 7 cadeiras espalhadas pelo espaço. Atrás da secretária temos um móvel de arquivo que tem em cima algumas esculturas em fósforo. Neste espaço vemos, ainda, uma homenagem ao Presidente e fundador da Associação presente numa fotografia e uma placa dourada com a homenagem. As reuniões têm lugar às terças-feiras, às 20h30, numa sala com lugar para cerca de 40 pessoas sentadas. Ao entrar, a tonalidade azulada das paredes e chão, rapidamente se faz sentir. As janelas localizam-se perto do tecto (por ser uma sala subterrânea só janelas altas chegariam à rua), têm forma rectangular e podem considerar-se pequenas. Numa ponta da sala, temos uma mesa com 4 cadeiras reservada ao Presidente da associação e a 2 monitores que o
	2. Coordenadas espaciais	Local da prática cultural Ambiência	

			acompanham em todas as reuniões. Esta mesa é de madeira, coberta por uma toalha e destaca-se por estar posicionada em cima de um estrado. Em frente a ela, estão cerca de 40 cadeiras, também de madeira, reservadas aos doentes e familiares que assistem semanalmente às reuniões. A sala encontra-se como que dividida a meio por uma coluna, também ela azul. Este espaço está cuidadosamente decorado com vasos de plantas verdes, esculturas em fósforo feitas pelo Presidente da associação, 2 armários ao fundo da sala e, ao longo das paredes são visíveis quadros de aviso e condenação ao consumo de bebidas alcoólicas. As reuniões têm lugar às terças-feiras, às 20h30.
II. Actores sociais	3. Perfil-tipo 4. Modos de apresentação 5. Linguagem não-verbal	Idade, género Vestuário, acessórios Comportamentos, atitudes, relacionamentos Gestos, olhares, posturas corporais	Na reunião do dia 12 de Maio, estavam presentes 29 pessoas (11 casais e 7 homens sozinhos), com idades compreendidas entre os 30 e os 55 anos. Vestem-se de forma prática (fato-de-treino, sapatilhas, calças de ganga...) e não apresentam qualquer sinal exterior de riqueza. Até a reunião começar, estes permanecem no hall inicial a tomar café e/ou a conversar. Hoje convidam-me, também a mim, para me juntar a eles a tomar café e a conversar. Junta-se, também, o Sr. José Maria.

	6. Tipos de interação	Distanciamento, apropriação	
	7. Relação com o espaço físico		
III. Atividades	8. Descrição das atividades	Tipo de actividade, acessórios utilizados	A reunião começa com cerca de 10 minutos de atraso. À semelhança da primeira reunião assistida, O Sr. José começa por falar sobre a sua experiência pessoal, salientando a importância do doente ser verdadeiro não só com os outros mas também consigo mesmo para o sucesso do tratamento. Desta vez, opta por interagir mais com os doentes que o ouvem perguntando, a alguns deles, e confirmando com as suas esposas, se estava tudo bem e/ou como corria a sua vida. No final da reunião algumas esposas destes doentes optam por falar das suas experiências enquanto familiares próximos relatando alguns episódios sucedidos por causa do álcool e algumas estratégias que usavam para que os maridos não recaíssem.
	9. Envolvimento	Interesse, participação, assiduidade	

Parte 3 – Entrevistas aos doentes alcoólicos

Anexo 7 – Guião de entrevista aos doentes alcoólicos

- Nome, idade, estado civil, escolaridade, número de filhos, profissão do próprio e do cônjuge, profissão dos pais (enquanto morava com eles).
- Considera que o alcoolismo influenciou a sua vida particular, familiar e/ou dos seus familiares?
- Como caracteriza a sua relação com os seus pais?
- Pode descrever-me a situação económica da sua família de origem?
- Nota alguma diferença da situação económica que me descreveu para a situação económica actual?
- Quando percebeu que era doente alcoólico?
- Quando decidiu procurar ajuda?
- O que sentia/sente relativamente ao seu cônjuge e filhos?
- Considera que a sua família tem um papel importante na sua recuperação?
- Como se sentia relativamente à comunidade em que está inserido?
- Considera ter sido discriminado?

Anexo 8 – Grelha de análise das entrevistas aos doentes alcoólicos

Categorias	Excertos	Síntese
Doença Alcoólica	<i>“O alcoolismo é uma doença e eu demorei muito tempo para perceber que esse bichinho que morava dentro de mim estava a destruir a minha vida. Ele destruiu tudo: a minha saúde, a minha relação com a minha mulher, as minhas finanças, a minha relação com os meus filhos, tudo! (...) A culpa disto é minha... quer dizer, é minha e da minha doença. Já me tentei curar tantas vezes e só agora é que estou a conseguir!”</i> (Entrevista número 1) <i>“O alcoolismo é um autêntico cancro. (...) nunca dei nada de conforto à casa até à data da minha recuperação (...) sempre fiz uma vida miserável. (...) ele [álcool] atrapalhou bastante a minha vida tanto no dinheiro, em casa que nunca dava dinheiro, no trabalho, maus tratos à mulher... (...) o álcool mata!”</i> (Entrevista número 2) <i>“Se calhar, se fosse preciso não tinha apartamento, não tinha carro, não tinha mulher, não tinha filhos e era capaz de já lá estar em baixo... (...) É lógico que eu só tinha dinheiro para mim e</i>	Inicialmente o alcoolismo é resultado das comunidades em que os indivíduos estão inseridos, afectando económica, afectiva e socialmente, não só o doente, mas também os que o rodeiam.

	<i>para os amigos, para os canecos, chegava a casa se não havia dinheiro tinha que haver dinheiro para os canecos... (...) a gente perde a cabeça e era o “desterro da louça”, ia tudo direitinho... (...) Há pessoas que em vez de levarem uma malga de leite ao filho para ele comer, chamam um amigo e vão para os canecos e o filho chega a casa, quer um pãozinho ou um bocado de leite e não há, mas para os amigos há sempre. Um alcoólico não olha para a família, ele olha é para os amigos, ele prefere os amigos à família... mas depois da desintoxicação ele torna-se escravo do próprio dinheiro e primeiro que um amigo lhe saque um copo de vinho, ou seja do que for, é o “cabo dos trabalhos”” (Entrevista número 3)</i> <i>“O alcoolismo foi a minha desgraça e foi a minha desgraça porque uma pessoa é nova e já se bebia bastante.” (Entrevista número 4)</i> <i>“Se não fosse o álcool a minha vida toda tinha sido muito diferente. Olhe, começa logo com os meus pais porque se o meu pai não bebesse tinha mais cabeça e nós hoje ainda podíamos ter muito dinheiro; depois, se ele não tivesse gasto tudo em vinho, eu</i>	
--	--	--

	<i>não tinha precisado sair da escola tão cedo e se calhar hoje até podia ter uma profissão melhor e ganhar mais dinheiro.”</i> (Entrevista número 6) <i>“Agora vivo razoável mas quando andava nos copos... foi tudo. O café dava tanto dinheiro e eu perdi tudo. Agora vamos vivendo. Temos a nossa casinha. Que compremos logo depois de casados mas depois fui para o café e perdi-me. A minha esposa lá continua na fábrica de tapetes. Sempre trabalhou muito. Ao menos ela sempre fez tudo pela casa e pelos nossos filhos.”</i> (Entrevista número 7) <i>“ (...) mesmo em casa dos meus pais nós nunca tivemos muito dinheiro. Depois comecei a beber e houve aí uma altura que se não fosse a minha mulher eu nem sei como é que tinha sido... coitados... agora já está melhor mas com esta crise ninguém tem dinheiro, não é? (...) Sabe, toda a gente precisa de dinheiro, não é? E com o álcool a gente perde o dinheiro todo porque só gasta em copos... é para nós, é para os amigos, é para os amigos dos amigos... e depois claro que começa a faltar dinheiro em casa e se falta dinheiro, falta tudo... e claro depois a gente chateia-se com a</i>	
--	---	--

	<i>mulher, a mulher chateia-se com nós e é a tenda armada!”</i> (Entrevista número 8)	
As origens	<i>“Sempre me dei bem com os meus pais (...) tínhamos bom ambiente familiar (...) sempre vivemos bem financeiramente. Além disso o meu pai era muito amigo dos filhos e sempre ajudou como pode. Eu vivia muito bem. Estávamos num nível muito alto (...) agora vivo com a pensão de invalidez que não é má mas é muito menos do que eu recebia.”</i> (Entrevista número 1) <i>“Quando eu casei eu já trazia o álcool comigo desde criança! A minha juventude (...) já foi toda embebida em álcool por causa das tradições, os costumes da nossa casa: “bebe meu menino que te aqueça!”, “bebe meu menino que dá força!”, as tradições das sopas de “cavalo cansado”</i> (Entrevista número 2) <i>“Nunca tive grandes atritos com os meus pais, embora os meus pais bebessem... (...) O meu pai era madeireiro e a minha mãe trabalhava na escola.”</i> (Entrevista número 3) <i>“Nunca me faltou nada. Nem a mim nem ao meu irmão. Vivíamos numa casa nossa. (...) Agora temos mais despesas, quer dizer</i>	Os doentes alcoólicos vêm de estratos sociais médio-baixos que com o consumo de álcool tendem a reforçar esta trajetória ou até mesmo torná-la descendente. Paralelamente, denota-se que a descendência do doente teve influência na consolidação da sua dependência.

	<i>quando bebia era difícil.” (Entrevista número 5)</i> <i>“ (...) estavam sempre os dois a discutir porque o meu pai cada vez ficava mais enterrado no álcool, nós cada vez tínhamos menos dinheiro, eles cada vez discutiam mais... até me lembro que de um momento para o outro já ninguém ia lá a casa porque eles estavam sempre a discutir... mas, então, connosco a ficar cada vez mais pobres, os meus pais obrigaram-me a sair da escola e a ir trabalhar. (...) mesmo em frente a minha casa tinha um tasco e então os meus pais discutiam por causa do álcool e o meu pai, para não aturar a minha mãe metia-se na tasca em frente a nossa casa.” (Entrevista número 6)</i> <i>“O meu pai já faleceu. Trabalhava na agricultura e a minha mãe está em casa. Já está velhota para trabalhar. Também já trabalhou muito... (...) Trabalhava em casa a cortar e a escolher rolhas. (...) Vivíamos com muita dificuldade porque éramos 7 irmãos pequenos e o meu pai nos campos dos senhores e a minha mãe nas rolhas não ganhavam muito. Nos ajudávamos em casa. Quer dizer as minhas três irmãs mais novas ficavam com a minha mãe. Os rapazes iam com o meu pai ou dividíamos: uns com a</i>	
--	---	--

	<i>minha mãe nas rolhas e outros com o meu pai. Era uma vida difícil mas levava-se.” (Entrevista número 7)</i> <i>“ (...) os meus pais sempre me apoiaram muito em tudo. Mesmo quando eu precisei de dinheiro... eu até acho que eles passavam fome se fosse preciso para me ajudar... e se calhar até passaram mesmo... eles nunca tiveram muito dinheiro, sempre foi contadinho mas sempre me apoiaram em tudo por isso é que a gente se dava bem, não é? A gente gosta de se sentir apoiado.” (Entrevista número 8)</i>	
O doente alcoólico	<i>“ (...) Primeiro eu achava que o problema não era meu, depois percebi que tinha um problema e só mais tarde é que soube que era uma doença. (...) Nunca tive coragem para procurar ajuda.” (Entrevista número 1)</i> <i>“O que é preciso é que realmente se admita que se tem uma doença, que se prepare para uma caminhada que não tem fim.(...) eu vivia aquela ilusão de que o álcool aquece, o álcool faz-te esquecer os teus problemas. (Entrevista número 2)</i> <i>“Sabes que a doença do alcoolismo é uma incógnita. O</i>	O consumo de álcool não é admitido como doença por falta de consciência desta enquanto tal, é pensado como vício e hábito. Uma vez que estão inseridos numa comunidade em que o consumo de álcool é banal não o consideram como desviante.

	<i>alcoholismo pode descender de pais para filhos que é o hereditário. O resto não se sabe... podemos ter começado, por exemplo, numa brincadeira de amigos, um desentendimento familiar... quando bebemos por beber basta o primeiro que a partir daí, tomando-lhe o gosto é sempre a andar... agora uma pessoa não se sente... um alcoólico nunca se assume como alcoólico. (...) Não há nenhum alcoólico que se assuma como alcoólico, venha quem vier... (...) Eles sabem mas não querem deitar para o mundo que estão doentes porque eu acho que quem sente mais é a família e os amigos mais próximos, para ele passa tudo ao lado. Pá, prontos... só ele é que sabe, só ele é que pensa, só ele é que sabe o que está a fazer... se uma pessoa disser a um individuo alcoólico “faz isto” ele diz que aquilo que está é que está bem feito e tal... ele contrareia as palavras dos outros, ele pensa que está acima dos outros e não está (...)” (Entrevista número 3)</i> <i>“No princípio a gente não dá caso, faz-se de conta que não é nada. (...) é uma doença mesmo perigosa... um alcoólico e um drogado autentico, é uma droga barata que se encontra em qualquer lado.” (Entrevista número 4)</i>	
--	---	--

	<i>“Acho que foi na primeira reunião que me apercebi que o álcool é uma doença.” (Entrevista número 5)</i> <i>“ (...) a gente só faz o que quer e com o álcool não pensa (...) falta comida, falta limpeza, falta dinheiro, falta tudo e é aí que a gente nem que não queira começa a ter que pensar bem na nossa vida e então eu comecei a lembrar-me de como era em casa dos meus pais e de como era o meu pai e vi que realmente estava igualzinho a ele e foi só aí que percebi que a minha mulher é que tinha razão e que eu estava mal por causa do álcool.” (Entrevista número 6)</i> <i>“ (...) influenciou muito. O meu pai chegou a dar uma valente coça por chegar bêbado a casa. Nesse dia vinha mesmo mal. Quer dizer, uns amigos vieram trazer-me que eu não me aguentava das canetas. Depois bebia mas não vinha tão alterado. Sabia quando devia parar. Quando casei a coisa melhorou mas depois... Comecei a trabalhar num café, era gerente e vinha um e vinha outro e a gente acompanhava nos copitos. Depois chegava a casa tarde porque tinha que fechar o café e a minha esposa os primeiros tempos ainda esperava por mim mas eu chegava mal e</i>	
--	--	--

	<i>quase nem falava com ela e se falasse era para mandá-la calar ou para discutir. Depois ela deixou de esperar por mim. Eu chegava e ela já dormia ou fazia que dormia e aí ia ver televisão na sala e acabava por ficar por ali. De manhã eram umas dores de cabeça mas lá ia para o café e à tarde já não era nada e voltava a beber. Era assim todos os dias até um dia... (...) As dívidas já eram muitas. Os fornecedores começaram, a tocar à campainha lá de casa e deixei o café. Entretanto fui à médica de família e ela mandou fazer exames e o resultado foi princípios de cirrose. E ela disse que ou parava com a bebida ou então ia à vida.” (Entrevista número 7)</i> <i>“Foi há uns anos atrás, um dia que eu fui ao médico... ele já me tinha avisado muitas vezes que eu devia deixar isto mas a gente não percebe e como já bebe desde miúdo pensa que não faz mal... nesse dia ele teve mais uma conversa seria comigo e estava lá a minha mulher e tudo e foi quando eu percebi que precisava mesmo de ajuda. E então vim falar aqui com o Sr. Zé Maria e ele ajudou-me muito.” (Entrevista número 8)</i>	
A família do doente	<i>“Sempre me dei bem com os meus pais (...) tínhamos bom ambiente familiar.” (Entrevista número 1)</i>	Nesta dimensão não foi encontrado um comportamento padrão relativo às

	<i>“ (...) me prejudicou gravemente na família tanto os meus pais, a minha mãe, os meus irmãos.” (Entrevista número 2)</i> <i>“ (...) embora os meus pais bebessem... o meu pai tinha lá as bebedeiras dele e havia sempre aqueles desacetos, aqueles barulhos e tal... mas prontos... tanto é que o meu pai por volta dos 75 anos já não era beber aquilo que bebia... embora quando ele saia do trabalho aquilo era “aquela máquina”, era barulho em casa, virava-se à minha mãe e aquelas coisas todas... era aquilo que eu fazia, sabes? Isso nós somos o espelho deles.” (Entrevista número 3)</i> <i>“ (...) eles [os pais] não eram alcoólicos mas nós éramos todos filhos alcoólicos. (...) o falecido pai da minha mulher era alcoólico e morreu alcoólico e ela já sabia o que era o alcoólico.” (Entrevista número 4)</i> <i>“ (...) no princípio do casamento ainda me juntava com o pai dela e olhe... é melhor nem lembrar. Depois ela começou a evitar ir a casa dos pais dela para não me sentar a beber com ele. (...) fazia o que queria (...) eu nunca tinha hora de chegar e se me</i>	famílias dos doentes. Apesar de alguns entrevistados terem um passado marcado pelo alcoolismo dos progenitores ou de um relacionamento conflituoso com os mesmos, por outro lado temos indivíduos com uma socialização tida como normal, ou seja, sem antecedentes alcoólicos.
--	--	---

	<i>perguntassem alguma coisa não respondia.” (Entrevista número 5)</i> <i>“Era mais ou menos [a relação]. Era boa mas depois houve aí uma altura em que eu os culpava de tudo e ganhei muita raiva. Só depois quando comecei a fazer o tratamento é que a psicóloga me explicou que não devia culpa-los... era assim, a minha relação com eles era mais ou menos, a relação deles é que era má e depois eles discutiam e a gente ficava ali no meio e eu como andava sempre com o meu pai a minha mãe achava que eu tomava o partido dele e depois discutia comigo mas eu não ligava nenhuma, não estava para a aturar...” (Entrevista número 6)</i> <i>“Familiar não. Tinha um senhor que o meu pai fazia o campo dele, semeava as batatas e assim... ele tinha muito dinheiro e gostava da pinga. Tinha uma cave com uma garrafeira... ui, ui!! Eu como ia mais com o meu pai às vezes ia beber uns copitos com esse senhor mas sem o meu pai saber. Mas entretanto ia sozinho às escondidas para a garrafeira. As garrafas eram tantas que nem dava conta. E levava para os meus amigos da escola também provarem. Fazíamos cada festança no pinhal.” (Entrevista</i>	
--	---	--

	número 7)	
Os co-alcoólicos	<i>“Em relação aos meus filhos, não tenho dúvida nenhuma. Adoro-os a todos. Em relação à minha ex-mulher (...) sei que ela me podia ter ajudado mais e se ela o tivesse feito talvez não tivesse prolongado tanto a minha doença (...) os meus filhos são muito importantes para mim, são eles que me dão força”</i> (Entrevista número 1) <i>“ (...) Havia falta de diálogo à mesa, falta de lhe ter dado o carinho necessário como pai. Eu nunca cheguei a dar aos meus filhos aquilo que eles mereciam de um pai. (...) Quem fez tudo foi a mãe, foi pai e foi mãe. (...) ela [a esposa] ainda está a ser acompanhada por psiquiatras, são coisas que marcam para toda a vida. (...) começou a desenvolver-se um clima tão forte em minha casa de desespero, agressividade, palavrões, maus tratos de tal forma que nunca mais houve entendimento até ao dia em que eu me curei. (...) a esposa também sofre e precisa de ser tratada (...) ela já viveu uma vida debaixo da mentira (...) a primeira vitamina que o doente toma é o apoio de casa.”</i> (Entrevista número 2) <i>“Uma pessoa quando bebe faz coisas que... do “arco da velha”.</i>	Desde logo salienta-se o sofrimento de todo o agregado familiar, a par do medo e dos conflitos. Esta situação provém do excessivo consumo de álcool que acarreta problemas económicos que por sua vez agrava conflitos interpessoais. Por outro lado, é unânime que o apoio da família é imprescindível à recuperação com sucesso do doente alcoólico.

	(...) era um bocado mau, batia na mulher e companhia limitada. (...) quem sente mais é a família e os amigos mais próximos, para ele passa tudo ao lado. (...) há sempre “sarrabulho” porque depois ainda há a desconfiança porque o alcoólico desconfia que a mulher anda metida com outros e vai debaixo da cama ver se está lá o dito cujo... um individuo, naquela cabeça pensa tudo e mais alguma coisa e não é para o bem, é tudo para o mal... a mim chegou-me quase a acontecer, um tipo vem desconfiado, chega a casa a mulher diz alguma coisa e “trumba”, já está! Felizmente isso acabou, hoje se houver discussão eu vou dar uma volta e quando chega já passou mas antigamente eeehhhh trumba! Caldo entornado! (...) há pessoas que dizem que quando morrerem vão consoladas mas aí é preciso lembrá-los que deixam cá uma boa mulher e que não falta quem lhe queira pôr a mão. E é a partir daí que o individuo pensa duas vezes... essa é uma boa forma de ele andar para a frente. A mim disseram-me para eu me tratar mas eu nunca fui excluído da família, eu precisei da ajuda deles e eles deram mas sei que há pessoas que são encostadas para canto... (...) é preciso ter a sorte da família não nos abandonar, de ter uma família que nos apoie...as famílias que não dão apoio muitas vezes até são famílias de poucos recursos, poucos recursos e que	
--	---	--

	<i>não têm formação... eu nunca tive aquele desamparo, é lógico que se atravessa uma fase assim um bocado chata mas aguenta-se como se pode. (...) O que é que eu sentia? Era a minha mulher! Lá está as tais situações, a desconfiança... tudo mentiras, tudo imaginação de um alcoólico... e todos passam por essa fase, e mesmo que não passe, qualquer pessoa que apanhe um pifo numa festa ou assim, uma pessoa está a falar e ele já não está bem, ele está com “um olho no burro e outro na carroça” porque o problema é precisamente esse, mesmo que não seja um alcoólico assumido, ou mesmo que não seja um alcoólico mesmo, ele tem essas fases na mesma, tanto faz ser doente alcoólico como não ser. Todo aquele que beba bebidas alcoólicas tem sempre essa fase de desconfiança, todos nós somos assim, tanto faz ser o homem como a mulher, é igualzinho. (...) há famílias que apoiam e outras que enterram. Ele é um ser humano, é da mesma família, é preciso ajudar, ir para a frente... (...)” (Entrevista número 3)</i> <i>“ (...) chegava-se à mesa, olhava-se para o comer e 3 vezes 9 são 27! A patroa ralhava e era a guerra armada! Ralhava-se com a patroa, ralhava-se com os filhos, com o genro (...) tudo isso contribui para o mau estar da família.(...) eu fiz muitas asneiras,</i>	
--	---	--

	<i>muita coisa mal feita... eu era facas, era mesas... no outro dia a minha mulher punha na varanda para toda a gente ver e o que é que ela merecia? Uma carga de porrada! Peguei numa faca e cortei a porta da cozinha toda porque ela estava fechada lá dentro... mas eu sabia que ela tinha razão. (...) embora triste, embora a chorar, ela tinha a obrigação de conviver porque eu era o marido dela. (...) as nossas mulheres estão mais doentes que nós, saturadas (...) a família é muito importante, muito importante porque o alcoólico sem ela não vai a lado nenhum. (...) é mulher, é filhos, é netos sempre cheios de medo.” (Entrevista número 4)</i> <i>“Quando bebia não tinha noção do que fazia à minha mulher. Quando não estava bêbado tínhamos uma relação muito boa (...) quando bebia estragava tudo (...) sem a minha mulher não estaria aqui.” (Entrevista número 5)</i> <i>“ (...) as coisas lá em casa estavam a ficar muito más e a minha mulher disse-me ou te vais tratar ou eu saio de casa. (...) eu disse para ela ir à vida dela que eu ficava bem sozinho, achava que ficava melhor sem ela. E ela foi e foi uma desgraça! (...) as coisas eram muito complicadas lá em casa. E eram complicadas porquê?</i>	
--	---	--

Por causa do vinho! A gente bebe de manhã à noite e depois nem consegue pensar e quando chega a casa é um 31 por tudo e por nada e muitas vezes a gente até nem sabe mesmo porque é que é! Se a mulher não estiver em casa quando nós chegamos é porque tem outro, é porque é uma vadia, nem que ela tenha saído só para ir às compras à loja. Se a mulher está em casa quando a gente chega aí o problema há-de ser outro, ou é porque a roupa não está no sítio, ou é porque não nos apetece comer aquela comida, ou é porque a filha não está... olhe, estupidezes... nós estávamos sempre a discutir por minha causa, porque eu estava sempre a pegar com tudo e com todos e foi por isso que ela se chateou, coitada! Já não devia aguentar mais mesmo... e se eu me puser a pensar bem, nem sei como é que ela voltou para mim porque quando ela saiu de casa era para ser de vez, está a perceber? Mas nós gostávamos muito um do outro e quando eu fiz o tratamento fui ter com ela dizer que me tinha ido curar mas que precisava da ajuda dela par conseguir ficar longe do álcool. E ela decidiu voltar para mim e hoje somos muito felizes!” (Entrevista número 6)

“Os meus filhos eram quase estranhos. A minha filha ainda me

	<i>tentava ajudar mas o meu filho fugia de mim. A minha esposa era como já lhe disse. Enfim... eu não sabia tratá-los bem. Agora estou a tentar recuperar o tempo perdido. (...) Sem eles não estaria aqui.” (Entrevista número 7)</i> <i>“ (...) a gente mete-se nos copos e depois tudo serve para a gente pegar com quem não tem culpa... no caso era a minha mulher. Nunca lhe bati nem nada disso mas era sempre pegados por tudo e por nada e isso mata as pessoas...isso às vezes dói mais que uma bofetada... (...) achava que ela tinha que viver para mim e para me aturar e que tinha que fazer tudo e mais alguma coisa para me agradar... agora já não penso assim... (...) Se não fossem eles... a minha mulher e os meus filhos eu nunca tido arranjado coragem para deixar de beber... eles é que me deram força...” (Entrevista número 8)</i>	
A sociedade	<i>“Sou padrinho de quase todos os rapazes (...) este é um meio pequeno, todos os homens bebem e quem não bebe quase é olhado de lado! (...) Quando se entra em algum lado, a primeira coisa que nos perguntam é se queremos beber alguma coisa e se pedimos água toda a gente acha estranho (...) às vezes é muito difícil dizer que não.” (Entrevista número 1)</i>	Nenhum dos doentes entrevistados se sentiu excluído enquanto consumia álcool, no entanto quando decidiu fazer o tratamento essa situação foi alterada porque passou a sentir-se posto de parte pelos amigos que

	<i>“ (...) eu fui desprezado por todos porque eu estragava tudo, estragava os convívios, as festas, eu estragava tudo e como estragava fui excluído na totalidade. Agora não discriminam tanto mas no principio, quando eu tomei a decisão de formar a Associação, eu sei que fui muito mal tratado, eu fui insultado (...) chegaram ao ponto de me chamar padre do reino de deus mas esses amigos que me chamaram esses nomes, eu não ganhei rancor porque eu estava a ver a minha imagem neles, eu sabia que eles estavam doentes e por isso nunca liguei a isso. (...) os próprios taberneiros vêm-nos lá dentro e pensam “estas pessoas vêm para aqui para me tirar os clientes (...) acabam por aceitar e depois até nos alertam para alguns casos porque eles não perdem com isso.” (Entrevista número 2)</i> <i>“ (...) enquanto nós bebemos um cálice de bagaço que equivale, por exemplo, a 15 cervejas ou a 5 copos de vinho, os shots têm um teor muito mais elevado de álcool... um absinto pode ir até noventa e tal de álcool se for puro... e é miúdos novitos a beber disso, não olham a meios e depois sofrem as consequências... (...) é preciso ter cuidado porque por exemplo não se pode dizer a uma</i>	anteriormente o acompanhavam.
--	---	--------------------------------------

	mulher que ela é alcoólica porque ela tem vergonha e diz logo que é mentira... (...) Isto é assim, a sociedade, ou o meio em que nós vivemos olha-nos com uns olhos quando nós ainda não estamos bem doentes, quando começamos a atravessar uma fase mais chata olham-nos de outra maneira, isto é, por vezes a sociedade despreza-nos. Mas quando nós deixamos de beber, ou fazemos uma desintoxicação, automaticamente nós passamos a ter uma outra sociedade e toda a gente se chega a nós. Muitas vezes as pessoas até têm inveja porque nós não tínhamos nada e agora já temos isto e aquilo... portanto, aos olhos da sociedade, quando bebemos somos uma coisa e quando deixamos de beber somos outra totalmente diferente. Quem deixa de beber tem outras responsabilidades, tem a responsabilidade d éter um trabalho assegurado, para quê? Para dar bem-estar à família. (...) A seguir a isso tem a sociedade que agora que ele deixou de beber o olha com outros olhos, já não é aquilo que era... o bebedolas, o borrachola agora é o Sr. Fulano. (...) Eu hoje sinto-me triste porque já vi, e ouvi casos em que as meninas e os meninos vão a uma festa e os próprios pais apoiaram e até se riem deles terem apanhado um pifo... (...) ainda hoje se usa nas aldeias, quando as senhoras andam grávidas, para terem meninos de boa saúde, dão-	
--	---	--

	<i>lhes sopas de cavalo cansado e Luisas e gemadas que é ovo mexido com vinho... dizem que é para dar força... se desse força os alcoólicos eram todos atletas! (...) nós temos de respeitar as pessoas mas o álcool não tem respeito... as pessoas deixam de ser o Sr. Fulano para ser o filho da p***!" (Entrevista número 3)</i> <i>" (...) Se eu não fosse beber o patrão topava porque além de ser um grande amigo meu, mais novo que eu, e que também era da vagabundice mas era patrão (...) cheguei da recuperação fui ao escritório e disse: "está aqui o teu empregado, alcoólico recuperado pronto a voltar ao trabalho" e ele barafustou, chamou-me uns nomes (...) enquanto eu andava no meio deles nunca ninguém me desprezou. Depois que deixei de pagar, comecei a ser palhaço, eles começaram a virar-me as costas." (Entrevista número 4)</i> <i>"Os meus amigos também bebiam umas cervejitas e ficávamos todos alegres mas eles paravam mais cedo que eu. Depois comecei a sentir alguns olhares diferentes dos vizinhos (...) no meu grupo de amigos ficou um clima diferente... às vezes parece que já não sou do grupo." (Entrevista número 5)</i>	
--	--	--

	<i>“ (...) de um momento para o outro já ninguém ia lá a casa porque eles [os pais] estavam sempre a discutir (...) a tasca que eu tinha em frente a minha casa estava sempre cheia e se algum dia alguém dos do costume não ia toda a gente estranhava! Aqui toda a gente é amigo dos copos!”</i> (Entrevista número 6) <i>“Lá no café éramos todos iguais, todos amigos. Depois o café fechou e perdi muitos contactos. Agora também prefiro não estar com eles. Falo com um ou outro mas é melhor assim. (...) eu sei que lá na fábrica da minha mulher diziam isto e aquilo de mim e depois quando entrei na associação diziam que não ia conseguir mas a minha mulher não dava ouvidos e esteve sempre do meu lado. As pessoas às vezes falam muito mas não sabem nada.”</i> (Entrevista número 7) <i>“ (...) antes de eu ir para Coimbra fazer o tratamento os meus amigos também bebiam todos como eu... andávamos sempre juntos. Depois de eu deixar de beber é que parece que eles não perceberam e deixaram de me encarar bem...”</i> (Entrevista número 8)	
--	--	--

Parte 4 – Entrevistas aos familiares dos doentes alcoólicos

Anexo 9 – Guião de entrevista aos familiares dos doentes alcoólicos

- Nome, idade, estado civil, escolaridade, número de filhos, profissão do próprio e do cônjuge, profissão dos pais (enquanto morava com eles).
- Considera que o alcoolismo teve influência na sua relação familiar?
- Como caracteriza a sua relação com os seus pais?
- Algum dos seus pais era alcoólico?
- Alguma vez sentiu que estava a desempenhar o papel que cabia ao seu pai/mãe?
- Considera que tem um papel importante na recuperação do seu marido/esposa?
- Alguma vez sentiu medo de algum tipo de comportamento do seu marido/esposa?
- Considera que o álcool torna o seu marido/esposa mais violento?
- O que sente relativamente ao comportamento do seu marido/esposa?
- Alguma vez se sentiu (ou sentiu que a sua família) marginalizado pela sociedade?

Anexo 10 – Grelha de análise das entrevistas aos familiares dos doentes alcoólicos

Categorias	Excertos	Síntese
Doença alcoólica	<i>“O álcool influenciou muito a minha vida porque quando ele estava alcoolizado, ele não trabalhava, dava más palavras (...) Às vezes o patrão vinha chamá-lo a casa e ele dizia que não estava e estava (...) Só me chateava com ele quando ele ia buscar dinheiro onde eu o tinha para os vícios, nem se preocupava se eu devia a A ou B ou C, nada, nunca se preocupou.”</i> (Entrevista número 10) <i>“A nossa vida começou a andar para trás. (...) ele tinha que recuperar se não já tinha “batido a bota”, ah pois tinha! Mesmo em dinheiros, ele gastava tudo em vinho e cigarros, vivíamos “à rasquinha”. (...) tinha poucas condições em casa que estava toda podre, tinha janelas partidas, tinha percianas partidas, estava toda podre, pagávamos um dinheirão pela renda e depois de tudo isto já não dava a cabeça.(...) Nesta vida trabalhei muito, primeiro trabalhava na fábrica, depois fui para a escola e ainda fazia coisas para fora porque tinha que sustentar a ele e aos vícios dele que ele ganhava um ordenado mas era só para vinho e cigarros.”</i> (Entrevista número 11)	Inicialmente o alcoolismo é resultado das comunidades em que os indivíduos estão inseridos afectando económica, afectiva e socialmente não só o doente mas também aqueles que o rodeiam. Paralelamente só passa a ser encarado como doença, passível de tratamento, depois de já ter sido iniciado o processo de recuperação.

	<i>“Eu não sabia o que era o álcool até ver o meu marido chegar a casa completamente alterado. A princípio tentei ajudar, mantive a mesma postura de boa esposa mas depois começaram as coisas a piorar muito e eu comecei a ignorar. Mais valia dormir e deixá-lo sozinho do que ouvir insultos e discussões que acordavam os meus filhos e os perturbavam na escola.” (Entrevista número 15)</i> <i>“ (...) eu tinha filhos para criar... às vezes nem eu sei como é que consegui...sem dinheiro... as crianças... foi muito triste... graças a deus ele hoje já está bem... (...) a única coisa que eu tinha medo era de chegar ao fim do mês e de não ter dinheiro para pagar as contas por ele gastar tudo em vinho, ou de não poder dar de comer aos miúdos por não ter dinheiro” (Entrevista número 16)</i>	
As origens	<i>“O meu pai era administrador de uma fábrica. A minha mãe é doméstica.” (Entrevista número 9)</i> <i>“A minha mãe era empregada na casa de uns senhores e o meu pai trabalhava na terra. (pausa) trabalhava na terra e era um bebedito! Era o que ele sabia fazer melhor até, era beber!” (Entrevista número 12)</i> <i>“ (...) os meus pais trabalham. Aliás fizeram sempre um grande esforço</i>	Os entrevistados provêm de estratos sociais médio-baixos e, o convívio com doentes alcoólicos e com os conflitos trazidos pelo consumo de álcool tendem a reforçar esta trajetória ou, até mesmo, torná-la descendente. É também de notar que a descendência do cônjuge pode ter sido influente na escolha do parceiro.

	<i>para que não nos faltassem nada, a mim e aos meus irmãos. A minha mãe, coitadita... lá na costura, em casa, e com os meus irmãos de volta dela e o meu pai trabalhava numa fábrica de cortiça mas com o problema dele acabou por ser despedido. Agora faz uns biscates a trolha.” (Entrevista número 13)</i> <i>“ (...) a minha mãe é que fazia tudo em casa mas como andava sempre de mau humor por causa do meu pai, andava sempre doente e cansada e então, como ela deixou de poder fazer as coisas, tinha que fazer eu. (...) O meu pai trabalhava numa fábrica.” (Entrevista número 14)</i> <i>“O meu pai era carpinteiro. Ainda faz umas coisas sem casa mas nada de especial. A minha mãe trabalhava nos tapetes e por isso é que eu fui para lá mas agora já está em casa. (...) Era muito boa e mesmo depois de casada, com os problemas do álcool era com eles que desabafava. Eles muitas vezes diziam para deixá-lo mas eu não conseguia. Era o pai dos meus filhos e eu aguentava. Mas os meus pais sempre me ajudaram muito.” (Entrevista número 15)</i> <i>“ (...) eles [os pais] sempre foram meus amigos. Ficaram muito tristes também quando eu lhes contei do meu marido mas depois perceberam</i>	
--	---	--

	<i>que apesar disso era com ele que eu queria ficar e ajudaram-me.”</i> (Entrevista número 16)	
O doente alcoólico	<i>“Ele nunca foi mau para os filhos, nunca. E para mim também não era, só quando estava bêbado é que... uma vez começou a “mandar vir” comigo e disse que eu tinha um amante debaixo da cama mas não era, era a imagem dele que estava a reflectir nos vidros mas como ele não acreditou começou à porrada. Era o cérebro dele que já estava gasto. Mas é normal, não é? Uma bolacha, uns empurrões é normal. Mas ele nunca foi mau pai, nunca tive problemas. (...) O álcool destruía-o. Destruía tudo! O álcool é uma miséria. Tanto faz ser em mulheres como em homens, ele destrói tudo. (...) Eu ainda não sabia. Naquela altura não se dizia que era doente do álcool, a gente dizia que era um vício. Naquele tempo não era como agora. Há 15 e 20 anos a gente não sabia. Era o bêbado, era este e aquele... eu chamava-lhe bêbado mas ele não dizia nada. Nem era assim agressivo como a gente ouve... para o fim já estava a ser assim um bocadinho mas nunca foi muito mau.”</i> (Entrevista número 10) <i>“ (...) ele já bebia um bocado mas depois soube de uma tragédia da minha cunhada que resolveu separar-se do marido e aquilo mexeu muito com a cabeça do Agostinho e ele começou a embebedar-se cada vez mais</i>	O consumo de álcool não é admitido como doença por falta de consciência desta enquanto tal, é pensado como vício e hábito. Uma vez que estão inseridos numa comunidade em que o consumo de álcool é banal não o consideram como desviante.

	<i>porque foi ele que descobriu a pessoa com quem ela estava envolvida. (...) Depois começou a beber mais e mais e mais, fomos morar para Silvalde a pensar que aquilo acalmava mas cada vez bebia mais. Até que o Manel, que é um rapaz de lá da instituição, foi lá a nossa casa para ver se o Agostinho queria ir para a associação. Mas ele disse que não ia, que não era alcoólico porque não se queria convencer que tinha de se curar. (...) Quando eu casei, eu já sabia que ele bebia uma pinguinha, mas não era nada exagerado, não era para andar a cair. Mas depois desse episódio ele bebia mesmo muito, começava a beber de manhã, vê lá! Mas o problema é que o álcool o mudava completamente, quando ele se levantava era um e depois já ficava outro.” (Entrevista número 11)</i> <i>“Nós somos jovens, achamos sempre que é uma coisa normal... uma cerveja aqui, outra ali... ele ficava alegre mas era engraçado até. Depois é que foi piorando (...) chegava tarde e o cheiro era evidente, jantava e ainda bebia ao jantar. Depois discutia porque fazia barulho a arrumar a cozinha, porque eu trazia as toalhas do cabeleireiro para passar, discutia porque eu chegava tarde, sobretudo, ao fim de semana, e o jantar não estava pronto (...) Senti que estava a viver o mesmo filme do meu pai.(...) Chegou a levantar-me a mão algumas vezes mas nunca bateu a sério... uns apertões no braço, uns nomes feios que me chamava</i>	
--	--	--

	<i>mas bater como o meu pai não.” (Entrevista número 13)</i> <i>“Ainda passei um mau bocado... era sempre a discutir por tudo e nada, nunca estava nada como ele queria e num dia queria de uma maneira e no dia a seguir já queria de outra... sempre a discutir, sempre a discutir...” (Entrevista número 14)</i> <i>“Eu conheci o meu marido e ele não andava nisto. Eu sabia dos copos da juventude mas pensei que estava ultrapassado mas com a ida dele para o café começou a chegar a casa tão mal... Eu esperava sempre por ele para saber como tinha corrido e se queria alguma coisa mas ele tratava-me mal, discutia por tudo e por nada...” (Entrevista número 15)</i>	
A família	<i>“O colega a quem eu pedi ajuda já era tratado. De resto... quer dizer, o meu pai também e, às vezes, também andava assim a cair, mas não era como o meu homem. Nunca tive problemas em casa porque o meu pai gostava das coisas muito direitinhas e só começou a beber quando começou a deitar foguetes nas festas e assim. Usava-se fazer aquelas malgas de vinho com pão e tudo, mas nunca me deu para isso! Mas também tenho um irmão que se anda a tratar aqui na associação mas nunca foi do tipo de partir tudo.” (Entrevista número 10)</i>	Nesta categoria verificou-se que a maior parte dos entrevistados são provenientes de progenitores consumidores de álcool ou com um passado conflituoso com os progenitores.

	<i>“Conhecia o rapaz que o levou para a associação, o Manel, conheci o meu falecido pai mas esse já morreu há muitos anos com uma cirrose e uma doença nos pulmões. Eu lembro-me pouco do meu pai, mas lembro-me que a minha mãe estava sempre a ralhar com ele porque ele bebia, bebia, bebia e não comia nada. Foi daí que surgiu a fraqueza dos pulmões e ele morreu disso e da cirrose.” (Entrevista número 11)</i> <i>“Olhe, quando a gente é pequenita a gente tem uma família, não é? Que é a família dos nossos pais, dos nossos irmãos, a família onde a gente cresce, não é? Pois, mas eu não tive. Quer dizer, eu tive mas eu não tive ao mesmo tempo, está a perceber? É assim, o meu pai bebia até cair para o lado e a minha mãe para evitar de ele fazer asneiras, andava sempre atrás dele mas eram outros tempos e as mulheres não mandavam nada e era o pai bêbado que mandava lá em casa, era assim. Por isso é que eu digo que tinha família mas ao mesmo tempo era como se não tivesse porque ele até podia gostar muito de nós mas não se preocupava nem comigo nem com a minha mãe, está a perceber? E depois, como se isso não chegasse, quando casei, passado uns tempos, também descobri que o meu marido se metia nos copitos. Mas aí... ai, nem queira saber... foi um sofrimento muito grande porque achei que as coisas iam ser como com os meus pais (...) se o meu pai tivesse bebido pouco era má porque a</i>	
--	---	--

	<i>minha mãe mandava vir com ele, se o meu pai tivesse bebido muito era muito má porque ele mandava vir com ela e ela respondia e ele batia-lhe a ela e batia-me a mim. Era assim. Depois houve uma altura em que a minha mãe andava muito em baixo e era eu que tinha que fazer tudo em casa porque ela já não queria fazer nada porque o meu pai estava sempre a reclamar de tudo... mas era quase sempre muito má (...) quando a minha mãe estava mal era eu que tinha que lavar, cozinhar, passar a ferro, arrumar a casa, tudo. E como eu sabia que ela ficava assim por causa do meu pai tentava dar-lhe a atenção que ele não dava. E também foi um bocado por isso que eu casei (...)” (Entrevista número 12)</i> <i>“Nunca fomos uma família muito normal. O meu pai saía cedo e chegava tarde, já bêbedo. Depois discutia com a minha mãe... qualquer coisa era motivo para discussão (...) Ela [a mãe] incentivava-me a estudar e dava-me força. Às vezes vinha dormir comigo e chorávamos as duas por viver este pesadelo. Com o meu pai comecei por ter medo, depois fui crescendo e passei a ter raiva e agora, mais velha, sinto pena e vontade de ajudá-lo. Agora ele tem estado melhor. (...) Eu cuidava dos meus irmãos. Era como mãe aí e tentava protegê-los para que não se apercebessem da violência lá de casa.” (Entrevista número 13)</i>	
--	--	--

	<i>“Era assim, a minha mãe é que fazia tudo em casa mas como andava sempre de mau humor por causa do meu pai, andava sempre doente e cansada e então, como ela deixou de poder fazer as coisas, tinha que fazer eu. (...) Era muito miúda e tive que crescer muito depressa por causa dos problemas que eles tinham mas dava-me bem com os dois. Gostava muito deles e sabia que precisavam os dois de carinho e de atenção. (...) em primeiro o meu pai gostava de ir beber os copitos dele e a minha mãe não gostava que ele fosse. Depois a minha mãe também começou a beber, ainda hoje estou para descobrir porquê e então era sempre “dia de festa” lá em casa porque eles andavam sempre ao barulho, sempre aos gritos... e depois não havia dinheiro para nada... era um bocado triste a gente ver os nossos pais assim...” (Entrevista número14)</i> <i>“Era muito boa [a relação com os pais] e mesmo depois de casada, com os problemas do álcool era com eles que desabafava” (Entrevista número 15)</i>	
Os co-alcoólicos	<i>“ (...) acho que ele só foi procurar ajuda por nós, porque sabia que o álcool estava a matar tudo o que o rodeava, incluindo a relação dele connosco. Por isso acho que somos nós que também acabamos por lhe</i>	Aqui, é de salientar os conflitos latentes e patentes que atingem não só o doente mas todo o seu agregado. Além disso, é visível a

	<i>dar força para ele continuar sem beber.” (Entrevista número 9)</i> <i>“Eu cheguei a ter que lavá-lo, está a perceber? Eu tinha tanto nojo de estar na cama à beira dele que pegava numa toalha molhada e ia lavá-lo. Mas hoje estou aqui para o ajudar até ao fim na doença e no álcool, eu hei-de lutar até ao fim! (...) Sabe, às vezes sentia-me um bocado abandonada por ele, sabe como é. Eu queria sair mas ele só ia para as tascas. Sabe como é? Novita era a “cafelita” ali encostada à espera dele.” (Entrevista número 10)</i> <i>“Ele começava a beber de manhã até à noite, depois mandaram-no embora do trabalho porque ele já não estava capaz de fazer as coisas que lhe pediam, e depois implicava com o comer, atirava com os pratos da comida... chegou a ser mau para mim... tudo por causa do álcool.(...) Sentia pena dele mas outras vezes queria que ele desaparecesse, o sofrimento era tanto...” (Entrevista número 11)</i> <i>“ (...) ainda passei um mau bocado... tentou matar-me umas poucas de vezes e tudo com facas e catanas... ainda há dias andava a arrumar umas coisas lá em casa e descobrimos uma catana que ele tinha escondido para me “acertar o passo”. (...) a gente também precisa de</i>	importância da família na recuperação do doente sendo unânime a opinião de que sem esta a recuperação se tornaria muito mais difícil ou, até mesmo, impossível.
--	--	--

	<i>ajuda porque se não eles até podem ficar bons mas se a gente não entender porque é que eles faziam o que faziam, nunca os vai perdoar e se a gente não os perdoar e não os apoiar é mais difícil eles ficarem bons. Mas também é por isso que a gente é casado, não é? Se não olhe lá, quando ele era bêbado eu não fugi da beira dele, nem me separei nem nada e agora que ele se quer pôr bom é que eu vou embora? Não, não é assim! A gente é casado para os bons e para os maus momentos, é como diz o outro: “é para o que der e vier”! (...) senti eu, sentiram os meus filhos, sentiram os meus netos, toda a gente já sentiu medo dele. Quando ele bebia ficava muito mau sabe? Era cada cena que ele fazia, que vergonha!” (Entrevista número 12)</i> <i>“ (...) houve um dia em que eu já estava tão fartinha dele que disse que ou ele deixava o vinho ou eu ia-me embora com a filha dele. Só uns meses depois... ah uns meses largos é que ele veio ter comigo a dizer que se tinha ido curar e que precisava da minha ajuda. (...) Acima de tudo eu acho que fui eu, quando o deixei, que lhe abri os olhos e depois vinha com ele às reuniões e isso (...) Quantas e quantas vezes eu não achei que ele me fosse bater... um dia ainda me chegou a dar um empurrão mas só foi isso. Era mais as discussões...” (Entrevista número 14)</i>	
--	---	--

	“Os miúdos às vezes iam lá dormir e tudo só para distraírem do ambiente pesado que era lá em casa. (...) sobretudo medo pelos meus filhos mas ele nunca lhes fez mal. A mim chamava-me nomes mas não passou daí. Algumas vezes tive medo que passasse mas não. (...) era uma gritaria... e depois os miúdos acordavam e eu ia acalmá-los, chegava ao quarto e ele já dormia profundamente. Eu chorava baixinho para não incomodá-lo, saía para trabalhar e ele ainda dormia. Depois passei a não esperar por ele. Deitava os miúdos e ia dormir. Às vezes não estava a dormir mas fazia de conta só para não o aturar. Entretanto as pessoas começaram a bater à porta a pedir dinheiro e ele deixou o café mas continuou a beber até ir á média. (...) Agora estamos bem. Ele não bebe, vamos às reuniões da associação, os meus filhos estão felizes, falam com o pai e tenho muita fé que vá continuar assim. Estamos todos juntos a lutar todos os dias para continuar assim. Também as contas estão mais equilibradas o que ajuda muito. E os meus pais sempre presentes. Também lhes tenho que agradecer muito.” (Entrevista número 15) “Foi assim, eu sabia que havia gente que bebia muito, porque a gente vê, não é? A gente é só sair à rua que vê as pessoas nos tascos e assim... mas eu nunca tinha estado assim de perto com alguém que bebesse e quando eu comecei a perceber que o meu marido era um desses fiquei	
--	--	--

	<i>muito desiludida com ele... ele isp para o tasco beber com os amigos e depois vinha para casa e eu é que tinha que “levar com ele”, está a perceber? Ele bebia muito... e depois estávamos sempre chateados, andávamos sempre “à turra e à massa” e a gente fica triste com isso... mas eu nunca desisti dele, nunca... (...) acho que se não fossemos eu e os filhos ele não tinha conseguido... é aquela coisa, a gente tem que apoiar, não é? É da nossa família, é o nosso marido e a gente prometeu que era na saúde e na doença até que a morte nos separe, não é? Por isso tem que ajudar e felizmente a morte ainda não nos separou mas se não fossemos nós ele não tinha conseguido, disso não tenho dúvidas. Ele ainda às vezes me pergunta como é que eu tinha paciência para o aturar a ele e às bebedeiras dele... e é verdade, a gente estava sempre a discutir, sempre, sempre pegados... era por demais... (ri-se) quando ele me pergunta isso eu digo que também não sei como é que o aguentei! (ri-se) mas é só a brincar, eu não tinha coragem de o largar... ele nunca me bateu, nem nada, era só mesmo as chatices... as chatices e a falta de dinheiro...” (Entrevista número 16)</i>	
A sociedade	<i>“Aqui o álcool é uma coisa banal, faz parte do dia-a-dia. Toda a gente bebe e admira quem deixa de beber mas ninguém tem coragem de o fazer ou de incentivar alguém a fazê-lo, o que torna tudo muito mais difícil...” (Entrevista número 9)</i>	Nenhum dos entrevistados se sentiu, em algum momento excluído ou posto de parte da comunidade em que está inserido. Pelo contrário, a opinião de que a exclusão

	<i>“Eu ia com ele para todo o lado, buscá-lo e tudo. E eu falava sempre com as outras pessoas. Nunca tive complexo dele. Sentia-me triste, não é? (...) Mas não tinha assim vergonha nem vontade de esconder. Nada! Nunca!” (Entrevista número 10)</i> <i>“ (...) fomos excluídas da família por causa disso e por ele beber. É que a mãe dele dizia que ele nunca deixava de beber, ela e a minha mãe. Foi assim... mas depois, mais tarde, foi passando o tempo e tudo e elas foram vendo que realmente se enganaram acerca disso. Quer-se dizer, algumas vezes eu escondi o problema dele porque ele batia-me e ainda me chegou a pisar e tudo e eu escondia, dizia que não tinha sido ele, que tinha caído ou que tinha dado com a testa na escada ou assim. Mas depois era tantas vezes que já não conseguia esconder porque elas desconfiavam logo, as minhas colegas e assim. Depois ele vinha para casa para dormir e passado um bocado aparecia na escola para trabalhar mas ninguém o excluiu porque ele era bom funcionário, além de beber era bom funcionário e eles tiveram paciência, chamaram-no lá ao gabinete para ele se ir tratar e foi tudo junto...” (Entrevista número 11)</i> <i>“Sabe que aqui toda a gente bebe. Quando ele deixou de beber é que</i>	começou quando o cônjuge deixou de beber foi comum a todos os indivíduos.
--	---	--

	<i>ficou sem amigos porque os amigos que ele tinha antes eram amigos dos copos mas assim postos de parte não senti.” (Entrevista número 12)</i> <i>“As clientes da minha mãe tratavam-na como uma coitadinha. Acho que algumas iam lá só por pena. Nem precisavam da costura dela mas pronto... Embora ela nunca se abrisse com ninguém. Com o meu marido, todos os vizinhos sabem que ele bebia mas nunca perguntaram nada. Eu também falo só com a minha mãe e a minha patroa. De resto não porque não quero que olhem para mim com “má cara” e que tenham pena como tinham da minha mãe. (...) Fica sempre aquela coisa “aquele bêbado que bate na mulher” mas o que importa é que agora estamos no bom caminho. Sinto-me mais forte para enfrentar esta batalha.” (Entrevista número 13)</i> <i>“ (...) nunca deixamos de ir a lado nenhum nem de fazer nada! Nem antes nem depois de ele se tratar.” (Entrevista número 14)</i> <i>“Ui, lá na fábrica era um diz que disse. E porque “ela leva na tromba” e “ele é um bebedolas”, “f*** o dinheiro todo no vinho e os filhos andam a passar fome”... era deste género. Aquilo afectava-me mas não mostrava. Só quando chegava a casa é que chorava e a minha mãe lá me</i>	
--	---	--

	<i>dizia “não liques, vozes de burro não chegam ao céu” e assim foi. Hoje sei que muitas dizem que isto é passageiro mas já lá vai um ano. (...) ninguém diga “desta água não beberei” porque hoje estamos bem mas amanhã... é viver um dia de cada vez.” (Entrevista número 15)</i> <i>“ (...) os amigos dele também eram todos uns bebedolas! Coitados, antes eu pensava assim, agora sei que são pessoas doentes e que precisam muito de ajuda. Uma pessoa nem imagina o que eles passam quando vão-se tratar... mas é para o bem deles... e da família deles!” (Entrevista número 16)</i>	
--	---	--

