



1 2 9 0
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA



CATÓLICA
FACULDADE DE
CIÊNCIAS HUMANAS

LISBOA

Maria Inês Lameiras Crisóstomo Pinheiro Pinto Lagarto

AS FACES (IN)VISÍVEIS DO ALCOOLISMO:
O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NO DIAGNÓSTICO
E NA PREVENÇÃO NOS SERVIÇOS DE
APOIO E ACOMPANHAMENTO SOCIAL

Tese no âmbito do Programa Interuniversitário de Doutoramento em Serviço Social da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, em associação com a Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa, orientada pelo Professor Doutor Francisco José do Nascimento Branco e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Março de 2021

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa

**As Faces (In)Visíveis do Alcoolismo:
o papel do Serviço Social no diagnóstico e na
prevenção nos serviços de apoio e acompanhamento social**

Maria Inês Lameiras Crisóstomo Pinheiro Pinto Lagarto

Tese no âmbito do Programa Interuniversitário de Doutoramento em Serviço Social da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, em associação com a Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa, orientada pelo Professor Doutor Francisco José do Nascimento Branco e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Março de 2021



Agradecimentos

Este trabalho não teria sido possível sem um determinado conjunto de pessoas que fazem parte da minha vida e que me vêm acompanhando ao longo deste processo, possibilitando a finalização duma etapa difícil, mas gratificante:

Aos meus Pais, incitadores e viajantes nesta estrada, pelo suporte e pelo esforço, pelos conselhos e pelas orientações e, sobretudo, pelo exemplo e pela fé...

Às minhas Filhas, pelo tempo que tanto desejavam que fosse seu e que acabaram por me conceder... Mesmo birrentas, mesmo chorosas, nunca deixaram de sorrir, de me mimarem e incentivarem, afirmando genuína e inocentemente "Vai correr tudo bem!"...

Ao Miguel, que suportou mais do que eu e ele poderíamos esperar, pela compreensão, pelo carinho e pelo amor...

À Tia Mimi, pela generosidade da sua amizade, do seu tempo e do seu espólio científico...

Aos meus Colegas de Curso de Doutoramento, companheiros de viagem, que tão bem conhecem os percalços e as encruzilhadas destes caminhos, pela cumplicidade, pelo diálogo e pela disponibilidade... Em particular à Teresa, pela atenção fraterna, pela partilha e pela honestidade, e à Cristiana, pelo suporte permanente, pelo incentivo, pelo otimismo e pela esperança...

Aos meus Colegas de Trabalho, pelo silêncio atento e pelo apoio discreto, mas constante...

Às minhas Amigas Andreia, Mariana e Ana, pela amizade sincera e verdadeira, que ultrapassa distâncias e adversidades...

Às minhas Alunas e a tantos outros que, de alguma forma, disponibilizaram o seu tempo e muito contribuíram para a finalização deste trabalho...

Aos Grupos de Alcoólicos Tratados e à Cáritas Diocesana de Coimbra, pelo empenho e pela hospitalidade com que abriram as suas portas e dinamizaram a participação dos doentes...

À Comissão Organizadora do "1º Encontro: A Intervenção Social nos Problemas Ligados ao Álcool – dos modelos de intervenção ao trabalho em rede", pelas facilidades concedidas...

Aos colegas Assistentes Sociais, que generosamente aceitaram dispor dumas horas do seu tempo livre para integrar o *focus group* e cuja participação em muito enriqueceu este trabalho...

A todos os meus Professores, pelos ensinamentos, pelos esclarecimentos, pela motivação, incentivando um espírito crítico e reflexivo...

Ao Prof. Doutor Francisco Branco, Orientador dedicado, pela disponibilidade e empenho demonstrados, pela clarividência e objetividade presentes, pelo incentivo mobilizador e pela atenção cuidada permanentes, um reconhecimento muito especial!

A todos, um sentido agradecimento final!...

Bem-Hajam!

Resumo

O Alcoolismo é um dos maiores problemas de saúde pública, tanto a nível mundial como na sociedade portuguesa, quer pela sua prevalência e gravidade, quer pelo seu impacto social.

A multidimensionalidade e caráter sistémico do Alcoolismo, requerem a adoção de estratégias de avaliação e intervenção que permitam dar uma resposta mais eficaz a este relevante problema social.

O Serviço Social, pela diversidade dos contextos organizacionais e problemáticas em que intervém, pode ter, a par de outras disciplinas profissionais, um papel relevante na sua abordagem, quer ao nível do despiste e diagnóstico, quer na motivação para tratamento, na reinserção social e na prevenção.

Neste enquadramento, adotando uma abordagem qualitativa, a presente investigação consistiu na realização dum estudo descritivo e compreensivo das trajetórias de vida dos doentes alcoólicos e da atuação não só dos serviços de apoio e acompanhamento social, bem como do profissional de Serviço Social.

Apresentando um quadro analítico do Alcoolismo, enquanto fenómeno e problema social, o estudo começa por discutir as questões ligadas à concetualização, passando a demonstrar o seu impacto no contexto português, refletindo finalmente sobre a intervenção e a eventual relevância do Serviço Social neste âmbito.

Metodologicamente, tendo por base uma amostragem por conveniência, num primeiro eixo recorreu-se à realização de 62 entrevistas a doentes alcoólicos, acompanhados por Grupos de Auto-Ajuda, Comunidades Terapêuticas e/ou Centro de Acolhimento Temporário. Essas entrevistas tiveram em vista não só o reconhecimento dos problemas sociais mais associados ao consumo de álcool, como também o mapeamento dos contextos em que os doentes se movem. Para além destes objetivos pretendeu-se identificar as instituições a que os doentes mais recorrem ao longo da sua história de consumo e as situações em que as suspeitas e sinais de alcoolismo são mais evidenciadas.

Os dados recolhidos foram analisados numa perspetiva biográfica, que permitiu a reconstituição das trajetórias do consumo e dos percursos institucionais e, em simultâneo, o reconhecimento de práticas efetivas (ou não) de despiste, referência e prevenção.

Um segundo eixo teve por base a técnica da observação participante a um grupo de diversos representantes de diferentes serviços sociais, reunidos num encontro de discussão da intervenção sobre os Problemas Ligados ao Álcool, e ainda a técnica de *focus group*, integrando 9 assistentes sociais de instituições distintas, com trabalho de proximidade com doentes alcoólicos. A partir da modalidade observação-participação e da constituição e moderação dum grupo focal homogéneo, pretendeu-se apreender as perceções, práticas e perspetivas dos assistentes sociais nesta problemática específica, na tentativa de identificar e compreender os fatores que influenciam a sua atuação.

Os resultados desta investigação confirmam, por um lado, a relação sistêmica e multidimensional entre Alcoolismo e fatores e problemas de ordem social. Por outro lado, identificaram-se diversas trajetórias dos doentes ao nível do consumo e da sua relação com os serviços, apontando para um prolongamento da história natural da doença e uma intervenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação tardios.

A realidade e o discurso profissional ilustram ainda as necessidades e dificuldades que condicionam a intervenção social neste contexto, nomeadamente ao nível de recursos humanos e físicos e de articulação institucional, bem como no que respeita ao reconhecimento da doença e das suas especificidades e complexidades.

Por fim, o presente estudo aponta inequivocamente para o relevante papel dos grupos de auto-ajuda, enquanto estruturas de acompanhamento (in)formal dos doentes e suas famílias, a todos os níveis da intervenção, antes, durante e após o tratamento, da vertente preventiva à reinserção na comunidade, e ainda com uma ação fundamental no reforço para a manutenção da abstinência.

Palavras-chave: Alcoolismo; Assistente Social; Diagnóstico Social; Motivação; Prevenção; Serviços Sociais; Trajetórias.

Abstract

Alcoholism is one of the biggest public health problems worldwide and in portuguese society, both because of its prevalence and severity, and because of its social impact.

The multidimensionality and systemic character of alcoholism require the adoption of assessment and intervention strategies that allow a more effective response to this relevant social problem.

The Social Work, due to the diversity of the organizational and problematic contexts in which it intervene, may have, along with other professional disciplines, a relevant role in its approach, both in terms of screening and diagnosis, in motivating treatment, in social reintegration and in prevention.

In this sense, starting from a qualitative research, was carried out a descriptive and comprehensive study of the life trajectories of alcoholic patients and the performances of not only the support and social monitoring services, as well as the Social Work professionals.

Presenting an analytical framework of Alcoholism, as a phenomenon and social problem, the study begins by discussing the issues related to conceptualization, starting to demonstrate its impact in the portuguese context, finally reflecting on the intervention and the possible relevance of Social Work in this context.

Methodologically, based on convenience sampling, in a first axis, 62 interviews were carried out with alcoholic patients, accompanied by Self-Help Groups, Therapeutic Communities and/or Temporary Reception Center. The goal of those interviews was not only to recognize the social problems most associated with alcohol consumption, but also to map the contexts in which the patients move. Beyond these aims, it pretend to identify the institutions they use the most throughout their history of consumption and the situations in which the suspicions and signs of alcoholism are most evident.

The data collected were analysed from a biographical perspective, which allowed the reproduction of consumption trajectories and institutional paths and, simultaneously, the recognition of screening, referral and prevention, effective (or not), practices.

A second axis was based on the participant observation technique to a group of diverse representatives of different social services, gathered in a meeting to discuss the intervention on Alcohol Related Problems, and the focus group technique, integrating 9 social workers from distinct institutions, working closely with alcoholic patients. From the observation-participation modality and the constitution and moderation of an homogeneous group, it was intended to seize the perceptions, practices and perspectives of social workers in this specific problem, to identify and understand the factors that influence their performance.

The results of this investigation confirm, by one hand, the systemic and multidimensional relationship between alcoholism and social factors and problems. On the other hand, different trajectories of patients were identified in terms of consumption and their relationship with services, pointing to the extension of the natural history of the disease and late intervention, diagnosis, treatment and rehabilitation.

The reality and the professional discourse also illustrate the needs and difficulties that confine social intervention in this context, namely in terms of human and physical resources and institutional link, as well in what concerns to the recognition of the disease and its specificities and complexities.

Finally, the present study unequivocally points to the relevant role of self-help groups, as structures of (in) formal monitoring of patients and their families, at all levels of intervention, before, during and after treatment, since the preventive strand to the community reintegration, and also with a fundamental action in strengthening to the maintenance of abstinence.

Key words: Alcoholism; Social Worker; Social Diagnosis; Motivation; Prevention; Social Services; Trajectories.

Índice

Siglas	13
Introdução	17
Capítulo I – (Des)construindo o conceito de “Alcoolismo”	25
1.1. A evolução do conceito de “Alcoolismo”	25
1.2. A construção social do Alcoolismo	28
1.2.1. Determinantes sociais da saúde e Alcoolismo	30
1.2.2. Atores sociais e Alcoolismo	34
1.3. Os Problemas Ligados ao Álcool	35
1.4. Síntese conclusiva	39
Capítulo II – Retratando o Alcoolismo em Portugal	41
2.1. Quanto e como se bebe em Portugal	41
2.2. Representações sociais do Álcool	45
2.3. Políticas do Álcool	48
2.4. Alcoolismo e outros problemas sociais	53
2.5. Síntese conclusiva	57
Capítulo III – Analisando o papel do Serviço Social no Alcoolismo	59
3.1. Do Serviço Social no “Alcoolismo Doença” ao Serviço Social no “Alcoolismo Holístico”	59
3.2. O Serviço Social no diagnóstico do Alcoolismo	63
3.3. O Serviço Social no processo de ajuda ao doente alcoólico	67
3.4. O Serviço Social na intervenção no Alcoolismo – outras dimensões	71
3.5. Constrangimentos e desafios da prática profissional	74
3.6. Síntese conclusiva	76
Capítulo IV – Estudo Empírico	79
4.1. Questões e objetivos de investigação	79
4.2. Opções e estratégias metodológicas	80
4.3. Técnicas de recolha e tratamento de dados	82
4.4. População e amostra	89
4.5. Procedimentos éticos	93

Capítulo V – Apresentação e análise dos resultados.....	95
5.1. Análise dos biogramas e das entrevistas: da caracterização da amostra à descoberta de (ir)regularidades	95
5.2. Observação da “Sessão de Trabalho”: do dialogar ao constatar.....	113
5.3. Exploração em <i>Focus Group</i> : das experiências às sugestões	115
Capítulo VI – Discussão dos resultados.....	133
6.1. Do perfil aos problemas sociais.....	133
6.2. À procura de trajetórias.....	135
6.3. As respostas institucionais.....	139
6.4. Pistas da e para uma abordagem do Serviço Social ao Alcoolismo	142
Conclusões.....	157
Bibliografia.....	167
Anexos.....	181
Anexo I – Guião de entrevista.....	183
Anexo II – Cartaz de Divulgação	185
Anexo III – Guia/plano de discussão <i>Focus Group</i>	186
Anexo IV – Segmentos codificados <i>Focus Group</i>	187
Anexo V – Ficha de caracterização socioprofissional.....	225
Anexo VI – Comissão de Ética – formulário.....	227
Anexo VII – Consentimento Informado.....	230
Anexo VIII – Esquemas Biográficos.....	232
Anexo IX – Rede de Referência/Articulação para os Problemas Ligados ao Alcool – Região Norte	294

Índice de Tabelas e Esquemas

Tabela 1 – Estádios e tarefas de mudança	68
Tabela 2 – Organização dos sujeitos da pesquisa por características sociodemográficas	90
Tabela 3 – Organização dos participantes do focus group por características socioprofissionais	93
Tabela 4 – 1. ^a etapa: Início do consumo de álcool	100
Tabela 5 – 2. ^a Etapa: Aumento/agravamento do consumo de álcool.....	102
Tabela 6 – 3. ^a Etapa: Abstinência/recaída	110
Esquema 1 – Proposta de modelo de intervenção do Serviço Social no Alcoolismo	77
Esquema 2 – Modelo do Biograma.....	84
Esquema 3 – Trajetórias de alcoolização	138
Esquema 4 – Fatores influenciadores no diagnóstico e intervenção do Serviço Social no Alcoolismo	154

Siglas

AA	–	Alcoólicos Anónimos
ACES	–	Agrupamento de Centros de Saúde
ANSR	–	Associação Nacional de Segurança Rodoviária
APA	–	Associação de Pais e Amigos
APAV	–	Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
ARS	–	Administrações Regionais de Saúde
AUDIT	–	Alcohol Use Disorders Identification Test
CAT	–	Centro de Alojamento Temporário
CCOM	–	Centro Comunitário
CCVEE	–	Crime de Condução de Veículo em Estado de Embriaguez
Cf.	–	Confrontar
CHUC	–	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
CIS	–	Comunidade de Inserção Social
CM	–	Câmara Municipal
CNPDPJ	–	Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens
CPCJ	–	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CRA's	–	Centros Regionais de Alcoologia
CRI	–	Centro de Respostas Integradas
CS	–	Centro de Saúde
CT	–	Comunidade Terapêutica
CVEA	–	Condução de Veículo sob o Efeito do Álcool
CVP	–	Cruz Vermelha Portuguesa
DGRSP	–	Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
DIAP	–	Departamento de Investigação e Ação Penal
DICAD	–	Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências
DSM V	–	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DT	–	Diretora Técnica
Eq. Rua	–	Equipa de Rua
ET	–	Equipa de Tratamento
FNAS	–	Fórum Nacional Álcool e Saúde
FPCE	–	Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
GAA	–	Grupos de Auto Ajuda
GAT	–	Grupo de Alcoólicos Tratados

IDT	– Instituto da Droga e da Toxicodependência
IEFP	– Instituto de Emprego e Formação Profissional
INE	– Instituto Nacional de Estatística
INMLCF	– Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses
IPO	– Instituto Português de Oncologia
IPSS	– Instituições Particulares de Solidariedade Social
OMS	– Organização Mundial da Saúde
ONGs	– Organizações Não Governamentais
PLA	– Problemas Ligados ao Álcool
PUA	– Perturbação do Uso do Álcool
RLIS	– Rede Local de Intervenção Social
RSI	– Rendimento Social de Inserção
SAAS	– Serviços de Acompanhamento e de Atendimento Social
SCM	– Santa Casa da Misericórdia
SEF	– Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
SICAD	– Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SS	– Serviço Social
TSRS	– Técnico Superior de Reinserção Social
UA(C)	– Unidade de Alcoologia (de Coimbra)
UD	– Unidade de Desabilitação
USF	– Unidade de Saúde Familiar
WHO	– World Health Organization

Uma História Natural de perturbações de saúde e segurança do indivíduo, grupo, comunidade, é composta por um conjunto de “elos” que se vão tecendo, encadeando e pondo a nú os riscos e causas dessas perturbações, os “passos” envolvidos nesse processo de desequilíbrio saúde/bem-estar e perturbação/doença da vida do Homem; as consequências dessa ação perturbadora (patogénica), as várias e diferentes faces dessa perturbação (mais evidentes umas que outras), todas elas são tornadas compreensíveis quando os “elos” da cadeia são consequentes e bem determinados.

M^a Lucília Mercês de Mello

Introdução

Portugal continua a ser um dos países onde mais se verifica um elevado consumo de bebidas alcoólicas “*per capita*”. Paralelamente, confrontamo-nos com o aumento significativo do consumo de cerveja, de bebidas destiladas (mais fortemente alcoolizadas) e de novas bebidas (sumos com álcool – “*alcoholpops*”), bem como o aumento do consumo por parte dos jovens e das mulheres, que bebem cada vez mais cedo e bebidas cada vez mais graduadas (SICAD, 2014; Slade et al., 2016).

Não é por isso de estranhar as centenas de milhares de casos de Alcoolismo e as dramáticas proporções dos Problemas Ligados ao Álcool (PLA): problemas familiares, laborais, financeiros, criminais e comunitários têm cada vez mais presente o consumo de álcool (Weisner & Schmidt, 1993; Mercês de Mello et al., 2001; WHO, 2004; Castaño-Perez & Calderon-Vallejo, 2014; WHO, 2014; SICAD, 2014; WHO, 2016), o qual é já considerado o terceiro fator de risco para a mortalidade e morbilidade gerais (WHO, 2016), apresentando custos socioeconómicos e financeiros significativos. Acresce ainda o facto do abuso de álcool ser já a terceira doença mental mais prevalente no nosso país (10%), ultrapassada apenas pelas fobias (10,6%) e pela depressão (16,7%) (Almeida & Xavier, 2013). É por isso, atualmente, um dos problemas sociais e de saúde pública que mais tem interferido na melhoria da saúde e da qualidade de vida dos portugueses e que pode vir a agravar ou ajudar a manifestar novos problemas orgânicos e sociais.

Contudo, verifica-se ainda que as bebidas alcoólicas continuam a ser um elemento cultural e de socialização e o álcool a substância psicoativa menos perigosa, sendo o seu consumo legitimado, incentivado e promovido constantemente pelo discurso popular, pelos meios de comunicação e pelos grupos de poder. Sendo um produto legal e que gera interesses económicos de uma grande magnitude, as políticas públicas raramente são cumpridas, facilitando a sua oferta e disponibilidade. Tais factos fundamentam a permissividade, prevalência, dimensão e gravidade do alcoolismo e dos PLA no nosso país.

Para além deste panorama, uma das preocupações atuais é ainda a existência de um número muito reduzido (8%) de doentes alcoólicos em tratamento, o que revela dificuldades no diagnóstico precoce e na motivação para tratamento (Paille & Martini, 2014). O Relatório Nacional de Saúde Mental (Almeida e Xavier, 2013) vem confirmar esta situação também a nível do nosso país, ao referir que o tempo que medeia desde os primeiros sinais e acontecimentos relativos ao uso excessivo de álcool até ao diagnóstico é de 29 anos – hiato temporal que tem contribuído, pelo menos em parte, para uma evolução e agravamento preocupantes do Alcoolismo e dos PLA em Portugal.

Já Luiza Cardoso (1998), num estudo que realizou a partir das referências ao consumo de bebidas alcoólicas nos relatórios clínicos hospitalares e do discurso dos profissionais, concluiu a falta de

diagnóstico precoce, apontando como as suas principais causas a inexistência de conhecimentos especializados, a presença de atitudes moralistas, e a ausência de sintomas físicos palpáveis no início da doença.

Na verdade, podemos aferir que os problemas orgânicos mais diretamente relacionados com o consumo de álcool, como por exemplo a cirrose, a malnutrição ou o cancro, têm uma manifestação tardia. Em princípio, os problemas sociais habitualmente mais associados, como a pobreza, o desemprego, a marginalidade, os maus tratos, a violência ou a sinistralidade rodoviária, manifestar-se-ão de forma mais imediata. Assim sendo, se o Alcoolismo é multifactorial e está relacionado com inúmeros e diversificados problemas sociais, não só não o podemos excluir da análise de quem lida com estas questões, como também deveremos ter a esse propósito um olhar especialmente atento, informado e esclarecido.

O Serviço Social está em permanente contacto com as repercussões familiares e sociais do alcoolismo, seja por intermédio da família ou de um despiste efetuado no local de trabalho, seja por intermédio do próprio doente ou em consequência de um determinado problema legal, em instituições de saúde, de justiça ou de solidariedade social... Com regularidade, o Serviço Social vê-se confrontado com problemas sobrepostos relacionados com o consumo exagerado de bebidas alcoólicas. Da disponibilização dos recursos e satisfação das necessidades, à intervenção em situações de risco e ao tratamento e reabilitação, o Serviço Social intervém direta ou indiretamente no Alcoolismo, de acordo com a área e instituição em que se insere. Além do mais, o contexto social tanto pode ser fator de risco para o aumento do consumo de bebidas alcoólicas como um fator protetor para a prevenção e a manutenção da abstinência. Logo, esta profissão pode estar numa posição privilegiada para a prevenção desta problemática, nomeadamente na identificação, avaliação e intervenção precoces nestas situações, o que poderá influenciar a sua atuação nos diferentes aspetos dos PLA e o seu papel na condução e tentativa de resolução do problema.

No entanto, uma investigação realizada no Reino Unido (Galvani et al., 2014) vem demonstrar que, apesar de o álcool ser identificado como a principal substância presente nos diversos problemas sociais, o diagnóstico que é realizado pelos assistentes sociais é igualmente tardio, ocorrendo num momento em que o impacto é de tal forma negativo, que se encontra visível a todos os níveis, podendo impedir ou dificultar a prevenção ou redução dos riscos e a resolução dos problemas. Parte desta realidade prende-se com a escassez de instrumentos e a falta de conhecimentos e formação especializada (Galvani et al., 2014).

Importa realçar que o Diagnóstico Social é um elemento chave e decisivo da intervenção social: permite conhecer e compreender uma determinada situação, garantindo a eficácia e o êxito na planificação e execução das ações propostas; se não for bem operacionalizado, pode colocar em causa toda a intervenção.

Alguns autores têm tido a preocupação de reunir e sistematizar, em manuais ou artigos científicos, todo o conhecimento relevante para a construção efetiva de diagnósticos. Principalmente numa sociedade cada vez mais globalizada e fragmentada em contextos de incerteza e ambiguidade,

a atitude reflexiva e a avaliação racional, interpretativa, indutiva e dedutiva são fundamentais (Sousa & D'Almeida, 2016). No entanto, apesar da insuficiência de estudos de avaliação e reflexão do diagnóstico social, Simões et al. (2008) analisam algumas lacunas dos diagnósticos das Redes Sociais, nomeadamente ao nível da estrutura, da diversidade das fontes e da reflexividade sobre os dados. Embora sejam diagnósticos de natureza comunitária, tal pode ser revelador de fragilidades noutros tipos de diagnósticos sociais, nomeadamente respeitantes a uma intervenção mais individualizada, destacando a necessidade do seu aprofundamento e reconfiguração, num quadro mais interpretativo e qualitativo.

Para além dos diagnósticos sociais, e sem esquecer a motivação para a mudança, o Assistente Social tem também um papel fundamental durante e após o tratamento, na reintegração a nível familiar, laboral e na comunidade e mais concretamente na prevenção da recaída, uma vez que as principais causas de insucesso estão diretamente relacionadas com fatores psicossociais (Edwards et al., 1999; Marques et al., 2011). Além do mais, tratando-se de uma doença crónica, não é suficiente uma intervenção pontual, sendo necessário um apoio contínuo, prolongado no tempo, como a natureza do problema exige, o que não se vem verificando ainda no país (Pinto et al., 2016). Recuperados, os doentes não deixam de integrar a sua comunidade, regressando às suas famílias, ao trabalho, aos tribunais, (eventualmente até às prisões), aos serviços de segurança social, às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), etc., o que reforça, mais uma vez, a posição fulcral e privilegiada dos assistentes sociais nesta problemática e o interesse e importância do desenvolvimento de conhecimentos e competências nesta área.

Estes dados justificam a investigação na área do Alcoolismo em geral e do alcoolismo especificamente em Serviço Social, nomeadamente para a necessidade de uma melhor exploração e compreensão da realidade portuguesa atual e um conhecimento mais aprofundado desta problemática neste contexto, contribuindo para a difusão e a legitimação da intervenção desta profissão.

É ainda relevante mencionar as reduzidas investigações relativas à intervenção do Serviço Social no Alcoolismo, especialmente em Portugal, que, aliadas à grande prevalência e gravidade da problemática e à relevância do papel do Serviço Social neste contexto, também justificam uma exploração e aprofundamento do tema.

Vários estudos, relativos ao consumo e dimensão da problemática do álcool, têm sido realizados ao longo dos anos, sendo uma das grandes referências internacionais a OMS e a nível nacional o SICAD. Outras instituições, como Sociedades Científicas e Centros de Investigação, têm igualmente focado a sua atenção no assunto, estudando e refletindo sobre diversas vertentes: prevalência, diagnóstico, tratamento, políticas, custos, prevenção, entre outras.

Em Portugal, os estudos sobre o álcool têm sido muito reduzidos ao nível académico e ainda mais raros se nos centrarmos especificamente na área do Serviço Social. Segundo Fonte (2013), o número de trabalhos das diversas áreas científicas é muito pouco expressivo relativamente ao total de mestrados e doutoramentos, apesar de se verificar um aumento ligeiro nos últimos anos, especialmente no que concerne aos estudos que se debruçam sobre a população juvenil.

A Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia (SPA), atualmente inativa, apresentou ao longo dos anos uma variedade de estudos sobre o Alcoolismo, elaborados por diferentes profissionais, mas raramente por assistentes sociais¹, debruçando-se mais sobre as causas, efeitos e consequências desta problemática e menos sobre a própria intervenção.

Mesmo na literatura internacional encontramos muito frequentemente ensaios e manuais dirigidos à intervenção do Serviço Social na Saúde ou no contexto dos comportamentos aditivos e dependências² e portanto numa perspetiva mais geral e culturalmente referenciada aos países de influência anglo-saxónica.

A este propósito, embora não se trate de uma visão consensual, defendemos a necessidade de se diferenciar a intervenção no álcool e a intervenção nas outras adições, na medida em que, apesar de serem todas substâncias psicoativas, apresentam singularidades que devem ser tidas em conta para alcançarmos uma melhor compreensão, identificação, avaliação, prevenção e resolução das situações. Antes de mais, o consumo de álcool tem uma prevalência muito mais acentuada que as outras drogas, o que implica naturalmente um maior número de consumidores/doentes e conduz a uma maior incidência de problemas associados; por outro lado, a licitude e a aceitação das bebidas alcoólicas contribuem para a desvalorização e negligência do consumo de álcool enquanto problema social e de saúde pública; por último, os problemas associados, quer sejam orgânicos, psicológicos ou sociais, são substancialmente diferentes no uso do álcool ou de outras substâncias – a título exemplificativo, em termos sociais, os toxicodependentes cometem habitualmente e com mais frequência crimes contra o património (furtos, roubos, assaltos para obterem dinheiro ou valores para aquisição da substância ilícita), os consumidores de álcool cometem comumente crimes contra as pessoas ligados à condução, violência doméstica, violações, homicídios e suicídios) (Frazão et al., 1997).

Ainda relativamente ao estado da arte, as pesquisas realizadas no âmbito do Serviço Social e Alcoolismo prendem-se mais com a necessidade de formação e especialização dos assistentes sociais e a dificuldade em manter uma neutralidade axiológica perante o problema, ou ainda com as diferentes respostas existentes, especialmente ao nível da intervenção com grupos específicos, em termos históricos e internacionalmente.³

¹ Martins, M. (1992). Alguns aspectos da dinâmica relacional na família do alcoólico, *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, I(2), Coimbra: SPA Centro Regional de Alcoologia de Coimbra, 125-132.; Santos, M. (1992). Formação do grupo de abstinentes alcoólicos de Castelo Branco, *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, I(2), Coimbra: SPA Centro Regional de Alcoologia de Coimbra, 153-159.; Frazão, M. H. et al. (1993). Abordagem epidemiológica aos Problemas Ligados ao Alcool – alguns aspectos da sua evolução, *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, II(3), Coimbra: SPA Centro Regional de Alcoologia de Coimbra, 61-67.

² Trigueros, I., & Mondragón, J. (1999). *Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores; Gehlert, S., & Browne, T. (2006). *Handbook of Health Social Work*. New Jersey: Wiley; Mendieta et al. (2006). *Intervención social y Comunitaria*. Ediciones Aljibe; Resa (2007). *Drogodependencias y trabajo social*. Ediciones Academicas;

³ Alaszewski, A., & Harrison, L. (1992). Alcohol and Social Work: a literature review. *British Journal of Social Work*, vol. 22, 3, Oxford Journal Press, 331-343; Collins, S. (1992). Counselling Problem Drinkers and Social Work Education in Great Britain; Collins, S. (2000). Alcohol and Alcohol Problems, in Davies, Martin, *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work*, Massachusetts: Blackwell Publishing, 8-10.

Bywaters e Ungar (2010), relativamente à investigação em Serviço Social na saúde, referem um volume reduzido de literatura e metodologia pouco rigorosa, na medida em que os campos de pesquisa se focam muito na doença, descurando a saúde e o seu conceito holístico. Deste modo, defendem uma mudança de paradigma nesta área – os estudos podem e devem ser explorados ao nível da saúde e para além dos serviços de saúde.

Podemos destacar ainda a investigação realizada no Reino Unido, por Galvani (et al., 2014), motivada pela escassez de estudos, e centrada nas práticas dos profissionais de Serviço Social e dos cuidados sociais, que se deparam com problemas do uso de substâncias entre os seus utentes, nomeadamente na forma como os identificam e avaliam. Das conclusões ressaltam a identificação do álcool como a principal substância presente nas diversas situações sociais, um diagnóstico bastante tardio, a falta de instrumentos e ainda a insuficiência de conhecimentos e formação especializada dos profissionais.

Até ao nível do diagnóstico social, tão importante no processo metodológico e intervenção do Serviço Social, poucos são os estudos realizados. Existem diversos manuais⁴ que orientam a sua operacionalização, porém são raras as investigações em termos da sua estruturação e construção na prática profissional, e da sua avaliação e reflexão.

Constatamos assim um reduzido número de estudos relativos à intervenção do Serviço Social na problemática do Alcoolismo, existindo uma fraca expansão da investigação neste domínio, revelando-se fundamental aprofundar e disseminar esta área de intervenção e de conhecimento.

Por outro lado, de modo a dar conta da complexidade do objeto, bem como assegurar uma perspetiva holística, esta investigação tem em consideração, não só as perspetivas dos assistentes sociais, como também o objeto da sua intervenção – os doentes alcoólicos. Desta forma, procura-se abarcar em simultâneo os conhecimentos, responsabilidades e experiências profissionais e as vivências e aprendizagens dos doentes, assumindo a relação e a interação entre quem cuida (profissionais/instituições) e quem é cuidado (utentes/doentes).

De acordo com a filosofia da medicina dita narrativa, numa postura de escuta e atenção à história de vida do doente, só mais recentemente surgem os primeiros avanços no desenvolvimento de pesquisas narrativas no campo da saúde, potenciando uma melhor compreensão dos contextos culturais de saúde e complementando dados e estudos quantitativos (Greenhalgh, 2016). As pesquisas narrativas, para além de facilitarem um melhor conhecimento das experiências vividas e narradas, quer pelos próprios, quer pelos investigadores, permitem aprofundar o conhecimento em saúde,

⁴ Richmond, M. (1917). *Diagnóstico Social*. Consultado a 5 de junho de 2017. Disponível em <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000062.pdf>. Santos, S., & Santos, M. E. (1991). *Diagnóstico Social: Guia do Formando*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Idáñez, M. J., & Ander-Egg, E. (2008). *Diagnóstico Social: conceitos e metodologias* (3.ª ed.). Porto: Rede Europeia Anti-Pobreza. Santos, M. (2012). *Texto de Apoio sobre o Diagnóstico em Processos de Intervenção Social e Desenvolvimento Local*. Consultado em 5 de junho de 2017. Disponível em http://home.uevora.pt/~mosantos/download/Diagnostico_10Ag12.pdf. FIALHO, J., Silva, C., & Saragoça, J. (2015). *Diagnóstico Social – Teoria, Metodologia e Casos Práticos*. Lisboa: Sílabo. Sousa, P., & D’Almeida, J. L. (2016). *Avaliação Diagnóstica na prática do Serviço Social*. Viseu: Psicosoma.

dos indivíduos, das famílias e das comunidades (Greenhalgh, 2016). Greenhalgh (2016) acrescenta ainda que este tipo de abordagens potencia a (re)construção de novos planos e políticas de saúde, a partir das “vozes” dos intervenientes, na promoção do autocuidado, do acesso a serviços, no fortalecimento das redes de suporte social e no desenvolvimento duma formação profissional holística (Greenhalgh, 2016).

Apesar da maior implementação deste tipo de investigações, particularmente em doenças crónicas, mas também ao nível da nutrição, bem-estar e saúde mental, conforme síntese do relatório da WHO ((Greenhalgh, 2016), são ainda reduzidos os estudos nacionais a este nível, existindo algumas referências associadas à doença crónica no geral ou em particular⁵. Se nos centrarmos na toxicodependência em geral, no nosso país, apenas se conhecem estudos como os de Tinoco e de alguns outros poucos autores⁶, que aparentemente desvalorizam o Alcoolismo por si só.

Zinn (2005) refere que a partir das narrativas biográficas é possível compreender como os indivíduos respondem, gerem e assumem a doença e os riscos associados. O autor menciona ainda que as pesquisas biográficas mais recentes sobre a saúde e a doença já não se têm centrado tanto na identidade, mas na estruturação biográfica, considerando a doença como uma tarefa e não como uma rutura, podendo gerar tanto oportunidades como ameaças. Tal perspetiva permite compreender o processo de gestão do risco e da incerteza ao longo da vida e integrar não só as experiências pessoais, como também os contextos socioculturais e as vivências acumuladas, enquanto fatores influenciadores.

Assim sendo, considerar nesta investigação os doentes alcoólicos e o seu percurso de vida, possibilita ir para além da doença isolada e do simples estatuto de doente. A doença não é apenas uma entidade nosológica, é uma etapa dum caminho de mudanças, adaptações, reconfigurações, construídas por meio de uma evolução e de uma relação interpessoal entre doentes, profissionais de saúde, contextos institucionais e redes de apoio. O doente alcoólico não é apenas um paciente, é alguém que reúne um conjunto de conhecimentos, orientadores da ação, obtidos através deste caminho vivido e das experiências envolvidas, sendo o próprio reconhecido e valorizado enquanto participante decisor, ativo e fundamental.

Importa pois analisar a experiência do consumo e da doença e as suas implicações na qualidade de vida e bem-estar, discutindo o papel das instituições e dos profissionais, a partir do ponto de vista dos

⁵ A título exemplificativo: Bastos, Fernanda (2013). *A pessoa com doença crónica* (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Porto: Universidade Católica Portuguesa; Aguiar, S & Fonte, C. (2007). Narrativas e significados da doença em crianças com diabetes Mellitus tipo 1: contributos de um estudo qualitativo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 67-81

⁶ Tinoco, R. & Pinto, S. (2001). A abordagem biográfica das toxicodependências. *Toxicodependências*, 7 (1), 17-22; Tinoco, R. (2016). Método biográfico ou das histórias de vida: notas sobre o seu desenvolvimento e aplicação à investigação das toxicodependências. *Psicologia.pt – O Portal dos Psicólogos*. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1013.pdf>; Nunes, Laura & Alves, Sónia (2008). Análise biográfica de indivíduos com história de consumo de substâncias. *Análise Psicológica*, 26 (4), 563-569; Lacerda, M. F. (2008). *História de vida de um toxicodependente* (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Porto: Universidade do Porto; Rosário, A. (2009). *História de Vida e Toxicodependência* (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde). Faro: Universidade do Algarve; Agra, Cândido & Agra, Ana Paula (2012). O Biograma 97 – AM. In Agra, Cândido. *A Criminologia: uma arquipélago interdisciplinar* (515-533). Porto: Universidade do Porto Editorial.

doentes alcoólicos. Ultrapassando uma lógica focada no indivíduo e na sua adaptação às circunstâncias, salientam-se os obstáculos físicos, culturais e psicossociais e explora-se o papel quer das várias entidades, quer dos profissionais na gestão da doença e dos riscos.

Este estudo pretende assim analisar a atuação institucional e profissional do Assistente Social no contexto do Alcoolismo, compreendendo os fatores que as influenciam e o seu impacto nos percursos de vida dos doentes alcoólicos. A presente tese foi estruturada em seis capítulos distintos, delineando todo um processo de pesquisa, leitura, sistematização e interpretação. Os três primeiros capítulos dizem respeito ao enquadramento geral e teórico do objeto de estudo, integrando a análise da problemática a nível científico e na prática profissional. Os restantes estão direcionados para o enquadramento metodológico e empírico da presente investigação, apresentando as respetivas opções e procedimentos selecionados, assim como as interpretações e reflexões sobre os dados obtidos.

O primeiro capítulo permite compreender o conceito de “Alcoolismo” e apreender a linha concetual em que se baseará esta investigação, apresentando a evolução histórica da problemática, os determinantes e atores sociais envolvidos e evidenciando os PLA, constituindo, na sua totalidade, as principais influências na concetualização e perspectivas do Alcoolismo.

O segundo capítulo procura enquadrar o panorama do Alcoolismo em Portugal, analisando a dimensão e prevalência do problema no nosso país e as representações sociais dos portugueses sobre as bebidas alcoólicas. Apresenta ainda a evolução das políticas de saúde no âmbito do Alcoolismo e debruça-se sobre as evidências da potencial interrelação entre o consumo de álcool e outros problemas sociais, mediante o levantamento das incidências desse consumo nos relatórios anuais de diversas entidades e em artigos e estudos nacionais.

O terceiro capítulo descreve a natureza da intervenção do Serviço Social e analisa as suas potencialidades neste contexto. Ao ter por base a abordagem holística, ressalta a importância de atender à totalidade e integralidade das situações e procura desvendar a intervenção do profissional a diversos níveis, identificando ainda possíveis limitações e desafios.

O quarto capítulo apresenta o desenho empírico desta investigação. A partir das questões de ponto de partida, do objeto e dos objetivos do estudo, apresenta o caminho metodológico definido, nomeadamente as diferentes abordagens e técnicas empregues e o processo de tratamento da informação.

O quinto capítulo diz respeito à apresentação e análise dos resultados. Desvenda algumas das trajetórias de consumo dos doentes alcoólicos, desde o primeiro contacto com as bebidas alcoólicas até à situação do momento da entrevista, abstinentes, ou a consumir de forma reduzida. Coloca ainda em evidência os fatores e os acontecimentos desse percurso, assim como os serviços sociais envolvidos. E explora os discursos e as perceções dos assistentes sociais relativamente ao acompanhamento destes doentes, desde o diagnóstico à reinserção social.

O sexto e último capítulo procede à discussão dos resultados, salientando a evolução do perfil do doente alcoólico e a efetiva associação, causal ou não, dos problemas sociais com o consumo de bebidas alcoólicas. Para além do mais, vai em busca de trajetórias típicas quanto ao consumo e quanto à relação com os serviços sociais, reconhecendo algumas dificuldades na abordagem ao Alcoolismo.

Estas dificuldades são também expressas pelos assistentes sociais, sendo descortinados os principais fatores influenciadores do diagnóstico e respetiva intervenção.

Sintetizando as conclusões fundamentais, importa ainda referir que o presente trabalho se encerra, expondo os principais resultados e salientando alguns contributos para a (re)interpretação e intervenção social na problemática do Alcoolismo.

Que de alguma forma, continuando o álcool omnipresente na vida quotidiana dos portugueses, esta tese possa contribuir para que cidadãos, profissionais e políticos, olhem com outras perspetivas e uma especial acuidade (quem sabe com “lentes mais nítidas e mais focadas”) para esta problemática que, sempre presente, se mantém ainda tão pouco visível!...

Capítulo I

(Des)construindo o conceito de “Alcoolismo”

O termo “Alcoolismo”, apesar de relativamente recente, tem sido o mais comumente utilizado para abordar as atitudes e questões ligadas ao uso do álcool, embora se empreguem muitas outras expressões, como abuso, dependência, perturbação, síndrome ou problema. Deste modo, de acordo com López (1988), o uso recorrente e disseminado deste termo, a nível geral, contribuiu em muito para a banalização e consequente imprecisão da sua definição.

Por outro lado, existe simultaneamente uma diversidade de definições de Alcoolismo, confundindo muitas vezes o verdadeiro conhecimento dos vários aspetos envolvidos e ressaltando apenas alguns detalhes do comportamento alcoólico.

Esta multiplicidade de terminologia e de definições não só revela diferentes perspetivas, como demonstra a complexidade deste tema. De doença a problema da sociedade, de desvio individual a comportamento social, o Alcoolismo tem sido alvo de análises e representações distintas ao longo da história, que têm vindo a condicionar e a fragmentar a sua compreensão, contribuindo também, de alguma forma, para a desvalorização do problema.

Ainda que o uso de “Alcoolismo”, para abranger situações e aspetos tão distintos, possa ser de alguma forma redutor, consideramos que a clarificação do conceito fundamentará a escolha desta designação, contribuindo simultaneamente para uma melhor perceção do contexto em causa e para uma definição mais rigorosa.

1.1. A evolução do conceito de “Alcoolismo”

O ato de beber data de há muitos séculos, mas é só nas sociedades modernas que encontramos quadros de dependência e de “desordem pública”, expressão que Giddens (1992a) utilizava a respeito do consumo problemático de bebidas alcoólicas. Até então, o álcool tinha um papel importante nas celebrações sociais e culturais, nos rituais religiosos e nos tratamentos medicinais, onde a embriaguez era considerada um estado normal e até aceitável (Collins, 1990).

Durante muitos anos, o Alcoolismo foi entendido como um desvio, um vício, uma doença ou um problema social, nunca se constituindo num conceito definido – os médicos davam ao alcoólico a categoria de doente, a sociedade apelidava-o depreciativamente de “bêbado”, sem se considerarem os problemas decorrentes desse abuso (López, 1988).

Embora civilizações distintas tenham, de uma forma geral, ao longo dos séculos, procurado prevenir os problemas ligados ao abuso de álcool, de que são exemplo a cultura judaico cristã e algumas sociedades orientais que, por intermédio do Islamismo, proibiam o consumo de álcool, é apenas no início do século XIX, com a expansão do movimento da temperança (uma corrente norte-americana contra o consumo de bebidas alcoólicas), que o álcool começa a ser visto como “inecessário, prejudicial à saúde e inerentemente venenoso” (López, 1988, p. 40). Gradualmente foi-se verificando uma mudança de atitude, não só na América, mas também na Europa, passando da recomendação da moderação à defesa da total abstinência (López, 1988; Collins, 1990).

É neste contexto que, em 1849, o médico sueco Magnus Huss utiliza o termo alcoolismo, definindo-o como “o conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, nas suas esferas específicas, sensitiva e motora, observado nos sujeitos que consumiram bebidas alcoólicas de forma contínua e excessiva e durante um longo período” (cit. in Adès & Lejoyeux, 1997, p. 35).

Já na década de 1960, influenciado pelos grupos de Alcoólicos Anónimos (AA) e pela mudança de paradigma, traduzido no reconhecimento do Alcoolismo como uma doença (Collins, 1990), o médico Jellinek (cit. in Adès & Lejoyeux, 1997) apresenta uma outra definição privilegiando a noção de repercussão negativa pessoal e social – Alcoolismo é o consumo de bebidas alcoólicas prejudiciais para o indivíduo, sociedade ou ambos.

Estas duas definições enquadram dois modelos distintos: a primeira o modelo médico-moral, que considera o Alcoolismo não só uma doença fisiológica e mental, como também um desvio moral individual, centrando-se no consumo excessivo de bebidas alcoólicas; a segunda, o modelo biomédico, que se baseia nas quantidades de álcool consumido, na perda de controlo e na dependência, procurando traçar a etiologia e tratamento da doença alcoólica (López, 1988; Collins, 1990; Adès & Lejoyeux, 1997; Campos, 2009). Apesar de distintos, estes dois olhares sobre o Alcoolismo têm em comum o facto de o considerarem um problema individual, transportando uma imagem negativa do consumidor de álcool e promovendo a construção de formas de controlo social (Ancel & Gaussot, 1998; Neves, 2004).

Nas últimas décadas do século XX, foram surgindo, de acordo com as abordagens de diversas disciplinas científicas, outros modelos explicativos do Alcoolismo, impulsionados pelos desenvolvimentos científicos no campo das ciências sociais, que começavam a valorizar também aspetos e diferenças psicológicas e socioculturais: o modelo psicológico, que considera o Alcoolismo um problema individual, sintoma dos conflitos e perturbações psicológicas, sem minimizar ou excluir a influência de fatores sociais; o modelo sociocultural, que o define como uma consequência do meio ambiente, independentemente da predisposição biológica para beber e dos problemas psicológicos; o modelo epidemiológico, proposto pela OMS, que o encara como o resultado de uma interação complexa entre o agente (álcool), o hospedeiro (consumidor) e o meio ambiente (físico, mental e sociocultural) (López, 1988).

Não obstante a sua diversidade, cada um destes modelos apresenta contributos fundamentais para a compreensão e intervenção no Alcoolismo: o modelo médico-moral introduz a ideia de beber com moderação e a responsabilidade individual; os modelos biomédico e psicológico são indispensáveis

para o tratamento e a reabilitação, embora desvalorizem os fatores socioculturais; os modelos sociocultural e epidemiológico são especialmente importantes na prevenção e na intervenção comunitárias, apesar dos elementos psicobiológicos deverem ser igualmente considerados (López, 1988).

Na medida em que estes modelos, isoladamente, não se revelam suficientes para explicar, prevenir e intervir adequadamente no problema do Alcoolismo, assiste-se à proposição dum modelo interdisciplinar que recomenda a aplicação simultânea e racional de todos os anteriores (López, 1988), na tentativa de considerar e valorizar as interações entre o álcool, o homem e o meio e a importância da vertente social, revelando e salientando a multifatorialidade e multidimensionalidade do fenómeno.

No entanto, a investigação sobre o consumo de bebidas alcoólicas tem vindo a centrar-se quer na embriaguez, quer no ato de beber, enquanto desvio individual e patológico, desvalorizando o comportamento social inerente (Neves, 2004).

Muitas das definições ou designações atuais de Alcoolismo mantêm ainda uma perspectiva patológica e individualizada, direcionando as atenções apenas para aquele que consome álcool dependente ou excessivamente, ignorando a vasta maioria que, bebendo moderadamente ou mesmo não bebendo, sofre também de diversos problemas relacionados com o álcool (Laranjeira, 2001 cit. in Siqueira, 2004). É o caso, por exemplo, da DSM V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) que, como assinalam Pinto et al. (2015), integrou as noções anteriores de consumo nocivo e dependência numa só designação – Perturbação do Uso do Álcool (PUA), entendida como o padrão de consumo de álcool prejudicial, que causa uma debilitação do estado de saúde e um sofrimento clinicamente significativo; ou da décima edição da Classificação Internacional das Doenças (OMS, 1996), que define a dependência de álcool como o conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos, decorrentes do uso repetido de álcool, associado a sintomas específicos.

Pela ambiguidade do termo, a OMS tem vindo a evitar a sua utilização desde o final da década de 1970, preferindo a designação de síndrome de dependência alcoólica (Kerr-Corrêa, 2004). No entanto, de entre as várias definições da OMS (cf. Mercês de Mello et al., 2001) são de destacar as que têm em consideração as diversas repercussões do consumo de álcool aos mais variados níveis:

“o alcoolismo não constitui uma entidade nosológica definida, mas a 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”;

são assim alcoólicos aqueles que bebem excessivamente e cuja dependência relativamente ao álcool é acompanhada de distúrbios ao nível mental, físico, social e comportamental, necessitando deste modo de tratamento (Mercês de Mello et al., 2001, p. 15).

Na mesma linha de pensamento, Fouquet (cit. in Mercês de Mello et al., 2001) referia, em 1955, que as noções de Alcoolismo eram muito pouco claras e ainda hoje nos deparamos com as mesmas dificuldades de precisão. As tentativas de definição passam principalmente pela diferenciação de

classificações e tipologias do Alcoolismo: “Alcoolites, alcooloses e somalcooloses” (Fouquet cit. in Mercês de Mello et al., 2001); “Alcoolomania primária, secundária e mista” (Perrin cit. in Mercês de Mello et al., 2001) “Alcoolismo de tipo alfa, beta, gama, delta e epsilon” (Jellinek cit. in Mercês de Mello et al., 2001); “Alcoolizações crônicas e intermitentes; Alcoolismo primário e secundário” (Adès & Lejoyeux, 1997) “intoxicação aguda, uso nocivo e síndrome de dependência” (OMS, 1996).

Todas estas definições, designações e classificações têm vindo a prevalecer nos vários manuais e diversas investigações, de acordo com a disciplina científica e a perspectiva do autor, contribuindo para a proliferação de significados de Alcoolismo.

À semelhança de Mercês de Mello et al. (2001), defendemos a ideia de que não se deverá limitar a definição de Alcoolismo aos efeitos do consumo excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas, que originam um estado de dependência e, conseqüentemente, o desenvolvimento de doença física, psíquica e social, uma vez que o álcool surge também associado a outro tipo de patologias e problemas individuais e coletivos.

Nesta perspectiva, o conceito que melhor parece integrar, adequadamente, esta multidimensionalidade é o de “Problemas Ligados ao Álcool” (PLA), preconizado pela OMS, em 1980 (cf. Mercês de Mello et al., 2001), e que se refere às conseqüências nocivas do consumo excessivo, inoportuno ou prolongado de álcool, que podem atingir não só o indivíduo que bebe (onde se incluem os problemas ligados à dependência alcoólica), como a sua família e a própria sociedade, causando perturbações físicas, mentais e sociais.

Este conceito não só ultrapassa os modelos médicos de Alcoolismo, indo para além da doença e de cuidados clínicos, como alarga o seu foco para aquilo que respeita à produção, distribuição, consumo, publicidade, legislação de bebidas alcoólicas, e promovendo igualmente a construção de estratégias multidisciplinares. Vai, assim, ao encontro da noção de Alcoologia, disciplina que se consagra a tudo aquilo que diz respeito ao álcool etílico, seja a sua produção, distribuição, consumo normal e patológico e suas implicações, sejam as suas causas e conseqüências, a nível individual e coletivo (Mercês de Mello et al., 2001).

Neste sentido, a designação PLA parece-nos ser a mais adequada, no entanto, uma vez que a expressão mais presente nos textos bibliográficos é Alcoolismo, esta será empregue ao longo do nosso trabalho e será considerada numa ótica interdisciplinar e multidimensional, não como sinónimo de doença alcoólica, mas integrando intrinsecamente os PLA. Só deste modo poderemos alcançar um melhor conhecimento da etiologia biopsicossocial do Alcoolismo, considerando as suas diversas dimensões e o seu impacto total, e contribuir para uma maior eficácia das estratégias e ações de intervenção.

1.2. A construção social do Alcoolismo

A visão sobre os problemas relacionados com o álcool foram variando ao longo dos tempos, de acordo com a relação do homem com a bebida (Ministério da Saúde, 2003 cit. in Siqueira, 2004),

pelo que determinados enfoques teóricos foram orientando a abordagem do Alcoolismo, de acordo com o contexto histórico e cultural de cada época.

Nas sociedades antigas, o álcool era glorificado, recomendado ou proibido, de acordo com as tradições e práticas pagãs; quando permitido era entendido como “sagrado”, estando presente no culto aos deuses e reservado apenas aos chefes e sacerdotes em ocasiões festivas religiosas (Pinto, 2000).

É na Idade Média que o seu consumo é alargado, impulsionado pelos mosteiros, que recomeçam a vitivinicultura e iniciam a comercialização do vinho, bebida presente em vários ritos festivos e religiosos e associada a propriedades medicinais. Funcionando também como hospitais, os mosteiros serviam igualmente cerveja, ao longo do dia, aos pobres, peregrinos e doentes. É nesta época que começam a surgir os primeiros problemas sociais ligados às revoltas dos camponeses vitivinicultores e aos distúrbios provocados por indivíduos embriagados, levando a proibições e multas (Pinto, 2000).

Até ao final do séc. XVII o consumo de álcool era visto como aceitável e o consumo excessivo um defeito moral do indivíduo; a inexistência, ainda, da indústria da bebida e a pequena dimensão e configuração simples das estruturas e organizações sociais, com populações pouco numerosas, facilitavam o controlo das embriaguezes em larga escala, prevenindo problemas mais graves (Moore e Gerstein, 1981 cit. in Siqueira, 2004).

Na altura da revolução industrial, à medida que os problemas do álcool iam aumentando, facilitados pelo êxodo rural e promovidos pelo aumento da produção e comercialização de bebidas alcoólicas, aquele que consumia excessivamente era encarado como um viciado, o que implicava uma forte conotação moral e juízos de valor sobre a pessoa. Trata-se então de uma visão funcionalista, pois aquele que interferia no funcionamento normal da sociedade era considerado doente, apresentando um desajustamento individual (Moya, 2000), uma vez que se utilizavam as características individuais para explicar as diferenças entre os homens (Laurell, 1982 cit. in Moraes & Barroco, 2016). Os desvios sociais eram então considerados produto individual, surgindo os primeiros centros psiquiátricos (manicómios), os quais, ao isolar os doentes, cumpriam a sua principal finalidade de proteção da comunidade e estabilização da ordem, numa época em que a medicina tinha apenas como recurso tratamentos especialmente agressivos e pouco eficazes (Moya, 2000).

Nas primeiras décadas do séc. XX, a classe médica e as associações dos Alcoólicos Anónimos (AA) reconhecem o Alcoolismo como doença, dando atenção aos problemas relacionados com o enfraquecimento moral do consumidor, que consideravam decorrer de uma “química” que ocorria entre a substância e alguns consumidores (Siqueira, 2004), sendo entendida como o resultado de uma conexão entre uma sensibilidade física ao álcool e uma obsessão mental para beber, apresentando-se assim uma doença inata (Campos, 2009).

Os movimentos de cidadãos procuravam melhorias seletivas e coletivas, alertando para as consequências sociais e económicas do Alcoolismo e principalmente para a responsabilidade da sociedade, que promovia os hábitos alcoólicos, frequentemente conhecida por uma sociedade que “alcooliza” (Moya, 2000). O Alcoolismo passa assim a ser visto numa perspetiva mais sociológica, sendo, como Merton (cf. Moya, 2000) sustentou, os comportamentos desviantes resultado da própria estrutura,

que estimulava o consumo e a acumulação de riqueza, mas não proporcionava os meios necessários, produzindo assim a chamada anomia. Neste entendimento, o desvio social estava para além da conduta individual e o viciado, que era rejeitado, passa a ser doente, com direito a ser tratado, surgindo as primeiras intervenções em grupo, características dos AA (Moya, 2000).

No final dos anos 70, o aparecimento do uso de outras substâncias tóxicas vem incluir o álcool no grupo das drogas, associando-o aos bairros marginais e meios urbanos degradados, mas colocando-o em segundo plano face às drogas ilícitas. Começavam-se deste modo a valorizar as características sociais que criavam condições de vida degradantes nos centros urbanos e que desencadeavam uma série de problemas na comunidade; a urbanização não controlada conduzia a uma desorganização social, como defendia a abordagem ecológica da Escola de Chicago (Moya, 2000). Surgem então os primeiros centros especializados no tratamento dos toxicómanos, diferenciando-os da área da saúde mental, emergindo simultaneamente uma intervenção mais centrada na comunidade (Moya, 2000).

É a partir das últimas décadas do século XX, que o consumo de substâncias psicoativas e o Alcoolismo passam a ser vistos como um problema de saúde pública. A dimensão dos prejuízos e a ameaça à segurança pública (na altura principalmente associados à morbilidade e mortalidade) não podiam ser ignorados, surgindo as primeiras políticas públicas do álcool (Siqueira, 2004), no contexto do *Welfare State*.

Para Moya (2000), a acessibilidade, os policonsumos e os novos perfis dos consumidores, que caracterizam os dias de hoje e incluem novas substâncias químicas com outro tipo de efeitos e problemas, exigem um outro posicionamento. Neste sentido, os meios devem ser analisados e estabelecidos objetiva e formalmente, para que os fins possam ser alcançados, obtendo uma maior eficácia. Implica assim ter em consideração quer os aspetos negativos, quer os positivos e disponibilizar serviços capazes de oferecer respostas favoráveis e integradoras.

Mesmo podendo ser uma opção pessoal, o Alcoolismo deve ser visto de uma forma mais ampla, na medida em que estamos perante uma situação coletiva, como Neves (2004) e Luís (2004) defendem: não se pode reduzir o Alcoolismo a um estado psicológico ou psicopatológico ou a uma visão meramente psicológica ou clínica. O ato de beber é um ato social, um comportamento socialmente construído, estimulado e controlado segundo padrões culturais, sociais e políticos de cada sociedade, indo para além da situação de embriaguez, de doença e do próprio indivíduo que bebe em excesso.

1.2.1. Determinantes sociais da saúde e Alcoolismo

Embora possa persistir uma perspetiva biomédica, encarando a doença como um problema físico-biológico (Carvalho, 2003), Carpentier (cit. in Gonçalves et al., 1978) refere que atualmente é consensual que a doença não surge apenas duma infeção, duma alteração biológica ou dum acidente, mas também, e muito substancialmente, é decorrente das experiências, dos constrangimentos e das adversidades do percurso de vida, nas suas diferentes dimensões (familiar, profissional, cultural, espiritual, etc.) Deste modo, o Alcoolismo, mesmo quando considerado uma doença, deve ser

abordado como um problema orgânico sim, mas simultaneamente integrando o componente psicológico e enquadrado num quadro social geral.

É neste sentido, numa perspetiva multifatorial, que a OMS define a saúde num quadro mais abrangente, considerando-a não apenas a “ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Desta forma, o conceito de saúde é um conceito multidimensional e dinâmico: não é um processo estático e absoluto, está em constante mudança, é um processo social permanente com repercussões ecológicas na comunidade, produzindo, consoante as circunstâncias (favoráveis ou desfavoráveis), o estado ecológico de saúde ou o desequilíbrio ecológico (doença) (San Martín e Pastor 1984 cit. in González et al., 1988). Surge, desta maneira, muito ligada ao conceito de ecologia social, enquanto estudo da dependência do indivíduo/grupo pelo seu meio geográfico, afetando o comportamento individual e a estrutura grupal (Leonard, 1971), ou seja, é o estudo da relação que o ser humano mantém com o meio ambiente.

É nesta linha de pensamento que é introduzido, pela OMS, o conceito de determinantes sociais da saúde, definidos como todos os fatores que influenciam ou determinam a saúde dos indivíduos (George, 2011). Estima-se que 70% dos determinantes decorram de outras dimensões, que não a saúde (George, 2011), justificando o uso recorrente do termo determinantes sociais, enquanto reveladores das condições económicas, sociais e culturais que afetam o estado de saúde.

Neste sentido, a condição de saúde de um indivíduo depende não só da medicina, mas também da sociedade em geral. A sua caracterização requer uma análise específica de diferentes aspetos da vida de um indivíduo, que podem ser considerados individualmente, mas que, em separado, são insuficientes por si só para explicar o estado de saúde individual (Portrait et al., 2001 cit. in Oliveira, 2009).

George (2011) apresenta as seguintes categorias de determinantes da saúde: fixos ou biológicos (idade, sexo, fatores genéticos); sociais e económicos (pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão social); ambientais (*habitat*, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social); estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual); acesso aos serviços (educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer). É de notar que o próprio consumo de álcool, podendo ser considerado por si só como doença, é também entendido como um determinante importante de saúde, sendo atualmente o terceiro fator de risco para a mortalidade e morbilidade gerais (WHO, 2016), logo a seguir ao tabaco e à hipertensão, e ainda se constitui como a terceira morbilidade, com as doenças cardiovasculares e as neoplasias no topo (WHO, 2014).

Apesar da relevância dos determinantes sociais da saúde, Dias (2008) afirma que a investigação no contexto do Alcoolismo tem sido direcionada mais para as respetivas consequências do que para os próprios fatores determinantes. Todavia, comenta que os estudos relativos à relação entre estatuto socioeconómico, fatores comportamentais e consumo de álcool são muito discutíveis, na medida em que encontramos uma relação do consumo de bebidas alcoólicas quer com grupos desfavorecidos, quer com grupos com estatuto socioeconómico elevado, apesar do tipo e frequência de consumo poderem ser diferentes e de existir uma maior taxa de mortalidade e morbilidade nas classes mais baixas. Habitualmente, os grupos socioeconómicos mais elevados possuem maior poder de compra,

consumindo mais e em várias ocasiões, enquanto que os grupos mais desfavorecidos apresentam maior vulnerabilidade aos problemas decorrentes do consumo (WHO, 2014), tendo maiores dificuldades de acesso ao tratamento e à proteção social.

A WHO (2014) menciona que o desenvolvimento de uma sociedade, país ou região reflete em grande parte a relação entre o consumo de álcool e o estatuto socioeconómico de um indivíduo: maior riqueza económica está associada a níveis mais altos de consumo e menores taxas de abstinência; menor riqueza está associada a maiores taxas de mortalidade e morbilidade, para um determinado nível ou padrão de consumo.

Nesta linha, Dias (2008) revela ainda que muitos estudos têm apresentado uma associação entre o consumo de tabaco, o sedentarismo e o consumo de álcool. Outras pesquisas comprovam também que o padrão de consumo depende dos hábitos alimentares e das tradições vitivinícolas, variando nos países mediterrânicos e nos países nórdicos, apesar da tendência de homogeneização dos padrões de consumo de bebidas alcoólicas na Europa (Dias, 2008). Embora as mulheres estejam a consumir cada vez mais (Slade et al., 2016), alguns estudos demonstram igualmente que os homens têm maior probabilidade de serem consumidores e de ingerir maior quantidade de álcool do que as mulheres (Dias, 2008).

Shuckit (1998), baseando-se em diversos estudos, corrobora algumas destas evidências: há um maior número de doentes alcoólicos do género masculino, contudo a incidência do Alcoolismo nas mulheres tem vindo a aumentar nos últimos 30 anos, não existindo grandes diferenças entre as várias classes sociais ao nível da doença, embora se registe a tendência de a associar a níveis socioeconómicos mais baixos.

Na verdade, não há um único fator de risco dominante, sugerindo a literatura que um indivíduo mais vulnerável terá maior probabilidade de desenvolver problemas ligados ao álcool (Schmidt et al., 2010 cit. in WHO, 2014) e apresentar simultaneamente outros fatores de risco individuais (Blas & Kurup, 2010 cit. in WHO, 2014).

Shuckit (1998) e a WHO (2014) mencionam ainda que os indivíduos com antecedentes familiares de alcoolismo têm maior probabilidade de começar a beber mais cedo e de se tornar doentes alcoólicos, ainda que o mesmo grau de risco se apresente a quem comece a beber na adolescência.

O início precoce do uso de álcool está associado a risco aumentado de dependência e abuso de álcool em idades posteriores, sendo um preditor de comprometimento do estado de saúde (Grant & Dawson, 1997; Grant, 1998 cit. in WHO, 2014). Crianças e adolescentes são assim mais vulneráveis aos danos de um qualquer volume de álcool, assim como os idosos (Hilton, 1987; Midanik & Clark, 1995; Mäkelä & Mustonen, 2000 cit. in WHO, 2014) e ainda as mulheres, sendo contudo os danos diferentes consoante a idade, o género e o contexto físico e socioeconómico (WHO, 2014).

Por outro lado, os fatores genéticos contribuem para a doença, independentemente do sexo e da estabilidade familiar. Os distúrbios emocionais, como a depressão e a ansiedade, e os traços de personalidade, como a hiperatividade e o défice de atenção, representam também um risco maior de Alcoolismo (Shuckit, 1998; Moraes & Barroco, 2016).

Edwards et al. (1999) confirmam esta análise ao referirem que o comportamento de beber está associado a uma multiplicidade de fatores, relacionados não só com o indivíduo, mas também com o seu meio ambiente. Segundo estes autores, podemos encontrar as seguintes causas (mencionadas igualmente por Shuckit (1998), pela WHO (2014) e por Moraes & Barroco (2016)):

- 1) Causas políticas e económicas, uma vez que medidas políticas e económicas tornam o álcool mais ou menos acessível (taxação, leis de licenciamento e acordos comerciais...);
- 2) Causas socioculturais, na medida em que valores sociais e culturais determinam em grande parte a aceitação do álcool, influenciando o padrão de consumo e o contexto, bem como os comportamentos dos indivíduos quando intoxicados – o próprio meio ambiente e a própria “cultura” familiar podem levar a que os filhos “herdem” os padrões de consumo, os valores e as crenças dos seus pais, associados ao beber;
- 3) Causas relacionadas com o stress e eventos de vida podem também contribuir para o beber problemático pelo facto de o álcool aliviar a ansiedade, sendo usado para lidar com o stress, a angústia, a depressão ou outros problemas;
- 4) Causas genéticas e ambientais conduzem igualmente à dependência alcoólica, quando em interação;
- 5) Causas neurobiológicas, uma vez que o álcool infiltra-se ao nível de todas as membranas celulares e de todos os recetores, modificando a sua estrutura, composição e funcionalidade;
- 6) Causas psicológicas pois o beber tanto pode ser o resultado de experiências e relacionamentos iniciais, geralmente de natureza altamente emocional, como explicam as teorias psicodinâmicas, como um comportamento aprendido, de acordo com as teorias cognitivo-comportamentais.

Não existe assim, uma única causa do Alcoolismo, mas uma diversidade de fatores, relacionados com o indivíduo e com o seu meio ambiente. É assim necessário ter em conta as interferências dos diversos fatores – físicos, sociais, económicos, emocionais e culturais, quando se pretende que a população usufrua de saúde, e consequentemente, das potencialidades da sua própria vida (Mendes & Fernandes, 1978). Mercês de Mello et al. (2001) realçam a necessidade de uma interinfluência de todos eles, a fim de se compreender melhor a prevalência do Alcoolismo, mediante os modelos de consumo e a vulnerabilidade ou a proteção do indivíduo.

Mais do que uma perspectiva biopsicossocial, que apenas agrega os diversos fatores de forma independente, importa considerar a contribuição do modelo holístico que, como defende Reis (1998), concebe que o indivíduo e o seu ambiente constituem uma unidade, e desta forma, os fatores físicos, mentais, espirituais, sociais e ambientais não existem separadamente, mas como componentes de uma totalidade. A doença afeta e é afetada por esta unidade e não apenas por um aspeto ou outro em particular.

É ainda relevante mencionar que, de acordo com diversas pesquisas, apesar dos já conhecidos determinantes orgânicos, psicológicos e socioculturais, com base multifatorial, não existe ainda uma resposta definitiva e consensual para as causas determinantes do Alcoolismo (Moraes & Barroco, 2016).

1.2.2. Atores sociais e Alcoolismo

Se como se referiu o Alcoolismo não é um fenómeno natural, mas socialmente construído, existem vários fatores sociais e culturais que influenciam a forma do indivíduo beber e a imagem que a sociedade tem dele, incentivando a atividade prazerosa ou reprimindo o comportamento desviante. Neste sentido, é igualmente necessário referir o papel exercido por um conjunto de atores que participam e assumem determinadas posições na sociedade, dando origem a apoios, resistências e/ou negociações com impacto nos PLA (Suaréz, 1989), moldando igualmente a sua construção social, como é o caso dos movimentos sociais, quando alertam para as ameaças e os custos do Alcoolismo, ou dos profissionais de saúde, quando o conotam de doença, ou dos *media*, quando relevam uma determinada resposta social (Orcutt & Rudy, 2003).

Orcutt e Rudy (2003), tendo por base uma perspetiva construtivista e o trabalho de Gusfield (1989), demonstram como determinadas conceções de Alcoolismo podem ser fonte de “diversão e lucro”, nomeadamente para as profissões que Gusfield designa de “*troubled-persons professions*”, aquelas que intervêm com indivíduos vulneráveis e com problemas, como os especialistas de saúde, assistentes sociais, diretores institucionais, investigadores, entre outros. E, em simultâneo, noutro campo, as instâncias que informam e entretêm, designadas por “*image-making industries*”, nomeadamente as indústrias do entretenimento, dos *media* e das estruturas educativas.

As “*troubled-persons professions*” dependem da definição de “doente”, enquanto objeto de atenção clínica e social, para sobreviverem, acentuando-a. Desta forma, o alcoólico é entendido como alguém que precisa de ser ajudado e não condenado, existindo a necessidade de um corpo de profissionais com conhecimentos e competências específicos, que lhes conferem *know-how* e credibilidade máxima, considerando-se detentores da autoridade para declarar a doença como problema e de sugerir propostas de intervenção. Contudo, Morgan (1980 cit. in Orcutt & Rudy, 2003) defende que esta é uma forma de despolitização do problema, negligenciando os aspetos estruturais e institucionais. Não obstante, como em qualquer outra atividade, estes profissionais só são legitimados e valorizados, enquanto a sociedade depender deles para dar resposta às suas necessidades e problemas específicos.

Já as “*image-making industries*” utilizam o Alcoolismo como uma forma de “entretenimento”, que faz parte considerável das notícias e do drama do quotidiano, juntamente com outros problemas. Tanto é percebido e difundido como perigoso, com prejuízos e estereótipos envolvidos, como cativante, repleto de prazer e livre de danos (Orcutt & Rudy, 2003).

Os *media* fornecem acesso e promovem a reprodução de determinados comportamentos e atitudes sociais. Embora esta não seja uma visão consensual – a pesquisa empírica tanto afirma como contesta os seus efeitos negativos ou mesmo positivos –, desde a escola de Frankfurt que se defende que os *media* estão no centro da atividade do lazer, são importantes agentes de socialização e mediadores da realidade política, devendo ser considerados como as principais instituições das sociedades contemporâneas que produzem uma variedade de efeitos económicos, políticos, culturais e sociais e que podem ser mediadas por grupos primários e influência pessoal (Kellner, s.d.). Deste modo, “as dimensões da vida social são socialmente construídas em representações mediáticas” (Kellner, s.d.,

p. 5) e as imagens, os livros, as revistas e jornais, a rádio, os filmes e a televisão podem contribuir para a concepção de determinadas imagens do Alcoolismo, onde a sociedade é em simultâneo espetáculo e espetadora (Orcutt & Rudy, 2003).

Orcutt e Rudy (2003) mencionam que existe uma certa ambiguidade na forma de olhar o Alcoolismo, uma vez que este é entendido como comportamento desviante, o que em simultâneo contraria os valores sociais partilhados. A linguagem que utilizamos foca-se mais no consumidor do que na substância, e centra-se mais na benevolência e controlo do que nos direitos, partindo duma perspetiva psicológica e normativa.

Esta é uma imagem consensual e não contestada, diferenciando-se por exemplo das questões do aborto e da eutanásia. Nestes casos, diversos grupos civis têm vindo a mobilizar-se para trazer mudanças na sociedade, defendendo direitos considerados como fundamentais, como a liberdade individual e a não discriminação, de que são exemplo, os movimentos *gay*, entre muitos outros.

Contudo, no âmbito do álcool, são mais as Indústrias do Álcool que se movimentam para reivindicar alguns dos seus direitos, muitos deles incitadores do consumo. Com menor expressão e protagonismo encontramos alguns movimentos clínicos e sociais, procurando melhores condições terapêuticas e legislativas. Apesar de essenciais para lidar com o problema no terreno, estes movimentos debatem-se não só com a “concorrência” das Indústrias do Álcool como com a relativa indiferença das instituições e estruturas de poder (Orcutt & Rudy, 2003).

Resumindo, especialistas, ativistas e autoridades tentam assim definir um problema de várias formas, mas a cultura nacional e a indústria dos *media* estabelecem limites na definição que prevalece na esfera pública (Gamson e Modigliani, 1989 e Beckett, 1996 cit. in Benson & Saguy, 2005). Ressalta a prevalência do enfoque individual, que descarta o caráter coletivo dos processos de saúde e de doença, sendo as pessoas responsabilizadas individualmente pelo seu sofrimento, pelo seu estado de saúde, pelos seus problemas, não sendo questionadas as relações com as estruturas sociais envolvidas.

1.3. Os Problemas Ligados ao Álcool

Pela sua extensão, gravidade e variedade, os problemas relacionados com o consumo de álcool têm vindo a ser alvo de preocupação e análise da sociedade em geral, conduzindo inclusivamente à introdução, pela WHO, do conceito de PLA, que se traduz na totalidade dessas repercussões, tanto na esfera privada, como na esfera pública.

Neste sentido, vários estudos têm vindo a demonstrar a relação direta e indireta do consumo de bebidas alcoólicas com diversos problemas. Repercussões no campo da condução rodoviária, do trabalho, da família, da comunidade, da morbimortalidade, etc. aparecem cada vez mais associados ao álcool (Weisner & Schmidt, 1993; Adès & Lejoyeux, 1997; Edwards et al., 1999; Mercês de Mello et al., 2001; WHO, 2004; Castaño-Perez & Calderon-Vallejo, 2014; WHO, 2014; SICAD, 2014; WHO, 2016), que surge como fator agravante da doença ou do problema, como co-causa ou mesmo como a

própria causa desencadeante, tornando-se um grande obstáculo à melhoria da saúde e à estabilidade pessoal, familiar e social.

De acordo com a WHO (2016), o consumo abusivo de álcool não é considerado apenas como causa direta ou indireta de 60 doenças ou condições (como em 2006 se afirmava), mas de duas centenas, revelando-se como terceiro fator de risco para a mortalidade e morbidade gerais e como uma causa comum e persistentemente associada a diversos problemas sociais. Esta organização internacional alerta ainda para o facto de que os problemas de saúde e as consequências socioeconómicas não serem determinados apenas pelos níveis do consumo, mas também pelos respetivos padrões e pela qualidade das bebidas.

É do consenso geral (Weisner & Schmidt, 1993; Adès & Lejoyeux, 1997; Edwards et al., 1999; Mercês de Mello et al., 2001; WHO, 2004; WHO, 2014; SICAD, 2014; WHO, 2016) que o indivíduo consumidor de bebidas alcoólicas pode ficar mais vulnerável a uma variedade de doenças hepáticas, cardiovasculares, infecciosas, motoras, psicológicas e mentais, correndo mesmo perigo de vida e sofrendo uma grande instabilidade pessoal, familiar, laboral e social, na medida em que pode começar a apresentar uma conduta imprevisível e prejudicial e uma deterioração das suas capacidades intelectuais e relacionais.

Neste sentido, a família, o trabalho e a sociedade acabam por estar envolvidos num ambiente de insegurança, incerteza e ansiedade. A alteração da maioria das capacidades do indivíduo que consome álcool, sejam elas motoras, cognitivas ou de discernimento e, essencialmente, relacionais, conduzem a uma negligência no exercício das suas funções, o que danifica as rotinas, a comunicação, a organização, a economia e a vida pessoal, familiar e social (Weisner & Schmidt, 1993; Adès & Lejoyeux, 1997; Edwards et al., 1999; Mercês de Mello et al., 2001; WHO, 2004; WHO, 2014; SICAD, 2014; WHO, 2016).

Porque em muitas sociedades o consumo de álcool é proibido ou julgado negativamente, ou ainda aceite, mas com certas imposições/restrições (Bennett et al., 1993 cit. in WHO, 2014), quando o indivíduo ultrapassa esses limites e normas culturais e sociais, pode sofrer consequências socioeconómicas, como estigma, problemas familiares, perda de rendimentos e desemprego, e barreiras no acesso à saúde (WHO, 2014).

Existe uma tendência de marginalizar e excluir socialmente os indivíduos habitualmente intoxicados e as suas famílias (Room et al., 2001 cit. in WHO, 2014), o que muitas vezes passa pela dificuldade de acesso aos serviços comunitários, nomeadamente os cuidados de saúde, interferindo no tratamento e reinserção (WHO, 2004).

No seio familiar, o álcool pode causar problemas de ansiedade, depressão e baixa autoestima das pessoas que são próximas ao consumidor de álcool, provocando também um maior risco de problemas que afetam o crescimento e desenvolvimento psicomotor dos filhos, interferindo negativamente no sucesso escolar, para além dos aspetos mais específicos relacionados com a violência doméstica, o abuso e a negligência de cuidados (Weisner & Schmidt, 1993; Adès & Lejoyeux, 1997; Edwards et al., 1999; Mercês de Mello et al., 2001; WHO, 2004; WHO, 2014; SICAD, 2014; WHO, 2016).

No âmbito laboral, o álcool contribui para um aumento do absentismo e dos acidentes de trabalho, para o desemprego, para a inatividade laboral prolongada (baixas) e para reformas precoces, associadas à diminuição dos rendimentos económicos, o que, por sua vez, pode trazer ainda mais pressões para beber. No contexto legal, conduz à ocorrência de diversos tipos de delitos como furtos, crimes violentos, crimes sexuais e de condução sob o efeito do álcool, sendo uma ameaça não só para o indivíduo, como também para os que o rodeiam (Weisner & Schmidt, 1993; Adès & Lejoyeux, 1997; Edwards et al., 1999; Mercês de Mello et al., 2001; WHO, 2004; WHO, 2014; SICAD, 2014; HO, 2016).

De acordo com a WHO (2014), existem custos socioeconómicos bastante significativos relacionados com o consumo de álcool, podendo considerar-se três categorias destes custos: os custos diretos do consumo de álcool, que incluem as despesas no setor da saúde relacionadas com o tratamento e assistência, representando apenas 9-24% de todos os custos atribuíveis ao álcool (Van Gils et al., 2010 cit. in WHO, 2014), e as despesas no setor da justiça provenientes de acidentes, apreensão de veículos e crimes cometidos; os custos indiretos, resultantes do absentismo laboral, do desemprego, da diminuição da produção, das reformas precoces e mortes, que estão associados à perda de produtividade, uma vez que a força de trabalho é considerada a viabilidade económica de uma comunidade (Room et al., 2002 cit. in WHO, 2014); os custos intangíveis que são aqueles que foram supracitados e são atribuídos à dor e sofrimento, e, consequentemente, a uma diminuição da qualidade de vida, suportados pelos indivíduos que consomem, respetivas famílias e pessoas próximas.

Estima-se que os custos atribuíveis ao álcool, em 2003, na União Europeia, rondassem os 395 biliões de euros (entre custos diretos e indiretos, sendo estes últimos o dobro dos primeiros), superando os impostos diretos sobre os produtos alcoólicos, que totalizaram apenas 25 biliões de euros, em 2001 (Anderson & June, 2006). Estes números refletem como os prejuízos são significativamente superiores aos lucros do consumo de álcool, pelo que a WHO (2014) salienta a importância duma prática constante de monitorização, principalmente junto de quem sofre os danos e de quem paga os custos.

Verifica-se assim que as repercussões do consumo de álcool não são apenas pessoais, podem estender-se à sociedade como um todo, assumindo esta um encargo muito elevado não só ao nível da saúde, como também ao nível social e económico. Perante este panorama, se os consumos aumentarem, estas consequências poderão ser cada vez mais catastróficas.

A partir do momento em que a noção de Alcoolismo deixa de ser limitada aos efeitos orgânicos do consumo excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas e que os estudos demonstram um maior conhecimento das suas repercussões, sensibilizando para as dimensões quantitativa e qualitativa do problema, começam a ser delineadas ações mais integradas, ao nível do tratamento e da prevenção (Mercês de Mello et al., 2001).

Em 1995, a Conferência Europeia *Health, Society and Alcohol*, realizada em Paris, estabeleceu princípios éticos e estratégias de abordagem aos PLA que, pela sua atualidade e importância, tem sido um guia básico para a definição de ações europeias neste campo (Pinto, 2000; WHO, 2010a cit. in WHO, 2014). Partindo dos pressupostos de que as pessoas tinham direito a viver em sociedade,

a estarem bem informadas e protegidas socialmente, defendia-se que era fundamental alertar a comunidade para os malefícios do álcool e elevar o seu nível de consciência ética e legal; promover ambientes protegidos, mediante a definição e cumprimento de leis de controlo do consumo, ao nível da venda de bebidas, da condução e da publicidade; assegurar o acesso aos serviços de tratamento e reabilitação, com pessoal qualificado; e capacitar as populações, em diversos setores, para reforçar o seu papel na reabilitação e reinserção e ainda na prevenção da doença e promoção da saúde (OMS, 1995; WHO, 2010a cit. in WHO, 2014).

Os profissionais de saúde têm um papel importante na redução das consequências do consumo de álcool, mediante a monitorização dos seus doentes e a disponibilização de intervenções breves, aconselhamento e farmacoterapia (Schuckit, 2009; Babor et al., 2010; OMS, 2010c; Moyer et al., 2013 cit. in WHO, 2014), que exigem mais recursos, mas apresentam uma relação positiva de custo-efetividade (Chisholm et al., 2004 e Anderson et al., 2009 cit. in WHO, 2014).

Importa referir que, apesar de não ser consensual, considerando as elevadas taxas de recaídas, existem atualmente recomendações não só para a liberdade de escolha do tratamento por parte do doente, como também para o desenvolvimento de estratégias de intervenção no âmbito da redução de consumos de risco e da minimização de danos relacionados com o álcool, que permitiriam o controlo não farmacológico do *craving* e a diminuição do consumo de álcool e dos problemas associados, promovendo assim uma melhoria da qualidade de vida (Pinto et al., 2016).

Há ainda evidências que as opções políticas, como a tributação do álcool, a acessibilidade física às bebidas alcoólicas, as restrições à publicidade e a educação (Chisholm et al., 2004; Anderson et al., 2009; WHO, 2011b cit. in WHO, 2014), assim como as contravenções ligadas à condução sob os efeitos do álcool são eficazes na diminuição dos consumos e dos custos associados (Babor et al., 2010 cit. in WHO, 2014).

Tal como Moya (2000), a OMS e diversos cientistas internacionais defendem que as políticas devem basear-se assim na racionalidade e ter em conta que a sua meta de ação vai para além do conceito médico de Alcoolismo. Os problemas, por um lado, e as medidas preventivas, pelo outro, atingem todos os consumidores de álcool e não só os excessivos e o nível de consumo está associado significativamente ao nível de problemas numa população (Edward et al., 1994).

Assim sendo, as políticas públicas têm de ser dirigidas não apenas aos que consomem álcool excessivamente, mas a toda a população em geral, reconhecendo que as estratégias deviam dar especial atenção à redução de danos nas pessoas que rodeiam os consumidores de álcool: famílias, amigos, colegas de trabalho, vizinhos, etc., e que a consciencialização é uma estratégia fundamental para a redução das repercussões do uso nocivo de álcool (WHO, 2014).

No entanto, a WHO (2014) salienta que o consumo de álcool e os seus problemas só podem ser minimizados se os Estados Membros adotarem uma política nacional de álcool e assumirem a sua responsabilidade na formulação, implementação, monitorização e avaliação das respetivas políticas públicas, que conduza a determinadas estratégias e ações de implementação individuais.

Constatamos, deste modo, que as principais orientações começam a priorizar a atuação na antecipação dos fenómenos e na formação dinamizadora de novos conceitos, atitudes e estilos de vida saudável, não se centrando apenas na redução da oferta e da procura, como também em ações de informação, formação, (re)educação e motivação para a mudança de comportamentos dos indivíduos e das sociedades.

1.4. Síntese conclusiva

Como vimos, o álcool tem vindo a ser utilizado desde os tempos mais remotos, marcando todas as sociedades ao longo dos séculos, embora só mais recentemente tenha começado a ser alvo de estudos, controvérsias e preocupações.

A perceção do Alcoolismo foi-se modificando ao longo do espaço temporal e geográfico, característica dos problemas sociais. Nas sociedades modernas em que a dimensão da pobreza e de outros problemas como o Alcoolismo tomavam proporções elevadas e ameaçavam a ordem e a coesão social, revelava-se uma nova forma de olhar, interpretar e atuar na realidade – existia uma maior consciência das questões sociais inquietantes (fatos, situações e aspetos da realidade social) e, consequentemente, a premência da sua resolução (Silva, 1967; Ander-Egg, 1988; Suarez, 1989; Orcutt & Rudy, 2003).

Assim sendo, tal como qualquer outro problema, os problemas sociais constituem em si mesmos uma dificuldade que é sentida e que suscita um conjunto de interrogações que conduzem à respetiva solução (Silva, 1967; Rodrigues dos Santos, 1999). No entanto, o que os diferencia de um mero problema pessoal é o facto destas dificuldades e estas questões extravasarem o foro individual e implicarem o reconhecimento coletivo (Silva, 1967; Rodrigues dos Santos, 1999).

A definição da Unesco (cit. in Silva, 1967, p. 8) corrobora estas características ao afirmar que um problema social é uma “situação objetiva que afeta um número significativo de pessoas e que é julgada, por estas ou por um número significativo de outras pessoas, como fonte de dificuldades, infelicidades, mas suscetível de melhorias”. Esta definição demonstra ainda que, para além de uma visão objetiva, o problema social implica uma visão subjetiva, com juízos de valor decorrentes da interpretação e apreciação dos factos pelos sujeitos (Silva, 1967).

Neste prisma, alguns autores, como Ander-Egg, salientam o critério da normalidade, definindo o problema social como uma “situação social de desequilíbrio, desajuste, desorganização ou falta de harmonia; ou situação normal que no seu processo de crescimento enfrenta crises que obrigam a uma reformulação radical” (1988, p. 239). Verifica-se que a questão do desvio da normalidade e do estigma social tem acompanhado o Alcoolismo até aos nossos dias, continuando os doentes a ser objeto de preconceito e repressão – quem não consegue manter os padrões de consumo tradicionalmente aceites, desvia-se do socialmente imposto e é negativamente qualificado.

Apesar dos problemas sociais serem reconhecidos por parte da população, afetada direta ou indiretamente por determinada mudança e identificando-a socialmente como um problema, eles têm de ser igualmente “institucionalizados”, ou seja, interpretados e declarados oficialmente como uma

questão da comunidade, o que depende da conversão do problema individual em problema público. Tal acontece quando as causas e as consequências, mais do que individuais, são sociais, e quando as formas de intervenção ultrapassam o campo individual, abrangendo o ambiente, o grupo e a sociedade (Moya, 2000).

Tomando a ilustração do problema da droga de Rodrigues dos Santos (1999) como base, pode-se assim compreender o Alcoolismo enquanto problema social: apresenta uma série de dificuldades (como todos os problemas) – sofrimento de quem bebe e de todos os que o rodeiam, acidentes e violência, sobrecarga dos serviços hospitalares, judiciais e sociais, etc., etc. – que não são apenas dos indivíduos, mas dos grupos sociais, das instituições, da sociedade em geral, provocadas não só pela substância em si, mas por um conjunto interrelacionado de aspetos pessoais, sociais, culturais, económicos, etc.; quem o define como problema não são os indivíduos que bebem, nem as suas famílias, mas os grupos dominantes, as instituições e o Estado, responsáveis por procurar as respostas às questões que o Alcoolismo levanta – é um problema médico, que implica tratamento, ou um problema de ordem pública, que envolve uma punição? Quais as melhores estratégias preventivas? etc.

Por outro lado, o consumo de álcool é um comportamento cultural e tradicionalmente aceite e estimulado pela própria sociedade, que, posteriormente, exclui e estigmatiza os maus utilizadores; Alcoolismo e alcoólico são designações que, em simultâneo, significam doença e comportamento desviante, diagnóstico e injúria (Neves, 2004), estando dependentes da visão e designação públicas, que os jornais e outros *mass media* difundem, muito influenciados por decisores políticos. A sua formulação é assim uma atividade social especialmente interativa.

Neste sentido, o Alcoolismo é reflexo de como os problemas sociais originam discursos diversos, muitas vezes fragmentados, tanto sobre a sua definição, como sobre as suas causas e soluções, sendo distintos consoante os grupos ou os indivíduos – o discurso da polícia e entre polícias, o discursos da família e entre familiares, o discurso dos médicos e entre médicos, o discurso dos políticos e entre políticos, o discurso da sociedade, etc., o que conduz a uma multiplicidade, variabilidade e não sistematização do conceito (Rodrigues dos Santos, 1999).

Considerando que o Alcoolismo é condicionado por múltiplos aspetos da realidade, envolve divergências e conflitos de valores e de interesses e não reúne consenso na sua definição, nem nas soluções a aplicar, pode-se afirmar que se está perante um problema complexo, existindo especial dificuldade em delimitar precisamente o foco, assim como o tempo e os recursos necessários para o resolver (Chapman, 2004 cit. in Marques, 2017).

Pode-se assim concluir que, atualmente, o Alcoolismo é considerado um problema social complexo, o que implica ser analisado enquanto fenómeno social, considerando o conjunto dos atores e das relações sociais envolvidos, e ainda enquanto fenómeno discursivo e concetual, encarando a forma dos discursos e dos conceitos (Rodrigues dos Santos, 1999). Só uma visão holística poderá ajudar a compreender a sua multicausalidade e as interações entre as causas, os atores e as consequências.

Capítulo II

Retratando o Alcoolismo em Portugal

Num país com elevado consumo de bebidas alcoólicas como Portugal, os PLA emergem com um grande impacto na sociedade, embora se verifique que parte da população portuguesa não revela uma real consciência da dimensão desta problemática.

Por um lado, as bebidas alcoólicas estão fortemente enraizadas na nossa tradição e na nossa história, por outro, os meios de comunicação divulgam e introduzem frequentemente novos hábitos e formas de beber. Simultaneamente, as políticas públicas sobre o álcool, além de desajustadas à dimensão do problema, integram disposições legais muitas vezes não cumpridas, facilitando a oferta e a disponibilidade (Mercês de Mello et al., 2001).

Este enquadramento ajuda a explicar porque razão o álcool é encarado pela população portuguesa como a substância psicoativa menos perigosa (Balsa et al., 2001), contribuindo para a permissividade face aos consumos e para a elevada prevalência e gravidade do Alcoolismo e dos PLA no nosso país.

Importa pois conhecer e compreender melhor o panorama português, o que implica não só identificar níveis, padrões e contextos de consumo, como apreender as funções e significados que são atribuídos ao álcool e, também, analisar o quadro legislativo nacional.

E porque o álcool está frequentemente associado, direta ou indiretamente, a problemas sociais diversos, que são objeto de intervenção do Serviço Social e “pano de fundo” desta investigação, é ainda relevante analisar situações que, embora tendam usualmente a ser encaradas isoladamente, podem resultar (em parte) do consumo de álcool ou comportar consideráveis riscos decorrentes desse consumo. Assim, destacam-se entre os problemas sociais que poderão ilustrar melhor a potencial inter-relação com o consumo de álcool e que se evidenciam na sociedade portuguesa: a criminalidade, a violência doméstica e a pobreza.

2.1. Quanto e como se bebe em Portugal

Analisando a evolução do consumo de álcool, o nosso país sempre se encontrou acima das médias mundial e europeia, mantendo-se há várias décadas nos primeiros lugares, contrariamente à tendência observada noutros países europeus, cujo consumo tem vindo a diminuir.

Em 2003, Portugal apresentava um consumo de 9,6L de álcool puro por ano *per capita*, ocupando a sétima posição de entre os países com maior consumo de álcool no mundo, *ex aequo* com a Inglaterra. O país com maior consumo era o Luxemburgo, país de densidade populacional muito diminuta

(comparativamente com os restantes) e com uma comunidade portuguesa muito significativa, limitando o real significado deste primeiro lugar. Seguiam-se a Hungria, a Checoslováquia, a Irlanda, a Alemanha e a Espanha (World Drink Trends, 2005), países que, em 2015, já não se encontravam no topo da tabela (WHO, 2016), indicando uma tendência de redução de consumo.

Em 2015, os pequenos países do leste (resultantes da nova organização geopolítica europeia) eram aqueles que apresentavam maior consumo de álcool no mundo e os únicos a ultrapassar o nosso país, então em oitavo lugar (WHO, 2016). Este posicionamento (passagem de sétimo para oitavo lugar) poderia levar a presumir uma ligeira melhoria da situação, no entanto, e em termos objetivos, Portugal não só não desenvolveu estratégias para diminuir o consumo de bebidas alcoólicas, à semelhança de outros países que registaram diminuição do consumo, como os valores absolutos de consumo de álcool puro por ano *per capita* que, em 2003, eram de 9,6L aumentaram para 12,5L, em 2015 (WHO, 2016).

Desde 2012 que as prevalências do consumo de álcool ao longo da vida têm vindo a crescer, não só entre a população total (15-74 anos), como também entre a população jovem adulta (15-34 anos), aproximando consumos entre homens e mulheres (INE, 2014; Balsa et al., 2017).

A bebida alcoólica mais consumida e com maior regularidade entre os portugueses continua a ser o vinho, registando, entre 2012 e 2015, um aumento das prevalências do consumo reportado aos últimos 12 meses, de 10,7%. Contudo, este aumento é igualmente visível e ainda mais significativo no consumo de cerveja (16%), mas também no de bebidas espirituosas (8%) (SICAD, 2019), particularmente nefastas pelo seu elevado teor alcoólico, uma e outras, bebidas de eleição dos jovens e das mulheres (Feijão, 2015).

Quase 35% da população portuguesa com idade igual ou superior a 15 anos consome diariamente bebidas alcoólicas e aproximadamente 28% fá-lo de forma regular. Dos que bebem habitualmente, 60,7% consome todos os dias do fim de semana, entre sexta a domingo, e 57,5% todos os dias da semana, entre segunda a quinta (INE, 2014).

Os portugueses bebem com maior frequência à refeição (50% pelo menos semanalmente e 25% destes, quase diariamente) e com familiares (44% pelo menos semanalmente e um pouco mais de um terço destes, quase diariamente), sendo estas formas predominantes de beber, não igualadas, nem ultrapassadas por outros países (SICAD, 2019). Todavia, começa a verificar-se simultaneamente, nos últimos anos, a adoção de novos modelos internacionais como o *binge drinking* (consumo de 5 ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião, consumo habitual nos países nórdicos, ao fim de semana) e o *botellón* (prática espanhola de consumo de álcool na rua, pelos jovens) (Patrício, 2014).

Em 2014, 33,2% dos portugueses assumiu ter consumido, pelo menos uma vez, 6 ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião (INE, 2014). O *binge drinking* e a embriaguez são das práticas de consumo nocivo mais praticadas pela população jovem adulta portuguesa, constatando-se consumos maioritariamente no grupo masculino face ao feminino (SICAD, 2019; Balsa et al., 2017). O nosso país apresenta assim o maior *ratio* entre os dois géneros, apesar de existir um aumento da prevalência entre as mulheres e as diferenças de género serem menos acentuadas nas camadas mais jovens (SICAD, 2019; Balsa et al., 2017).

Comparando com a União Europeia, ao analisar estas práticas nocivas na população jovem relativamente ao último ano de consumo, constata-se que Portugal apresenta das prevalências mais baixas (10%). Contudo, tendo em conta a sua frequência, esta é bastante elevada, estando Portugal em terceiro lugar no *ranking* europeu ao nível do consumo dito *binge* e apresentando uma frequência anual elevada, com a média de dias deste tipo de consumo (43) mais alta, se comparada com a da embriaguez (SICAD, 2019).

Portugal apresenta as segundas mais altas prevalências europeias de abstinentes de álcool ao longo da vida e nos últimos meses, correspondendo a uma proporção de 12% de abstinentes (SICAD, 2019), percentagem que, segundo o estudo de Balsa et al. (2017), se verifica ter aumentado, ao nível do último ano, para 27%. No entanto o álcool é das substâncias psicoativas que revela menor percentagem de abstinência – 90% da população portuguesa não consome substâncias ilícitas e aproximadamente 50% abstém-se de tabaco (Balsa et al., 2017).

Em comparação com outras substâncias psicoativas, o álcool é das primeiras substâncias a ser experimentada (média de 16 anos de idade) e a substância mais consumida pela população portuguesa em geral, independentemente do género ou da idade. Apresenta uma maior duração de anos de consumo, que ronda os 25/26 anos, e a maior percentagem de consumidores correntes (48%) e de consumidores recentes (10%), possuindo ainda a maior taxa de continuidade (proporção de indivíduos que, ao consumirem ao longo da vida, declaram o consumo da substância nos últimos 12 meses) – 70% (Feijão, 2015; Balsa et al., 2017; SICAD, 2019).

Os últimos estudos nacionais centrados nas populações escolares, com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos (Feijão, 2015), demonstram uma diminuição das prevalências do consumo recente (12 meses) de bebidas alcoólicas na maioria dos grupos etários, principalmente entre os 13 e os 16 anos, assim como dos padrões de consumo nocivo, sobretudo a embriaguez, verificando-se também uma maior perceção do risco. No entanto, apesar de serem inferiores às médias europeias, estas prevalências de consumo e estas práticas de consumo nocivo (*binge drinking* – 36,1% último mês, e embriaguez) vão-se agravando à medida que a idade avança, sendo inclusive bastante elevadas aos 18 anos (67% de prevalência de consumo no último mês, 86% no último ano, 91% ao longo da vida e 36,1% de prevalência de consumo *binge* no último mês e 42,8% respeitantes à embriaguez) (Feijão, 2015).

O próprio inquérito realizado no Dia da Defesa Nacional, no ano de 2018, aos jovens participantes de 18 anos, sobre comportamentos aditivos, veio demonstrar um aumento do consumo diário de álcool nesta faixa etária, o qual continuou a subir de forma menos acentuada até ao ano de 2017 (SICAD, 2019a). Neste sentido, hipoteticamente, a diminuição do consumo de álcool nas camadas mais jovens poderá estar mais associada ao aumento recente da idade legal para consumo de bebidas alcoólicas, do que às estratégias de prevenção, na medida em que os consumos aumentam a partir da maioridade. É ainda relevante mencionar que a menor prevalência de embriaguez, presente em todos os estudos, tanto pode significar menor quantidade de consumo, como, em contrapartida, maior tolerância à substância, e o risco de quando se “mantém o consumo regular, com aumento gradual, mesmo sem nunca se embriagar, passados anos pode(r) revelar-se a dependência (...)” (Patrício, 2014, p. 89).

Em 2016/17 cerca de 3,8% da população residente em Portugal apresentava um consumo abusivo ou dependente de álcool, com maior incidência nos homens e nos consumidores com idades compreendidas entre os 35 e os 64 anos (Balsa et al., 2017). No ano de 2018, estiveram em tratamento na rede pública 13 422 utentes com problemas relacionados com o álcool, dos quais 1202 eram readmitidos e 3403 eram novos utentes, revelando uma tendência de acréscimo no número de doentes em tratamento, com exceção de 2018 em que houve uma ligeira diminuição (SICAD, 2019).

Contudo, importa referir que se estima que apenas 8% dos doentes alcoólicos na Europa procurem tratamento (Paille & Martini, 2014), colocando-se assim dúvidas quanto à percentagem real de consumidores abusivos ou dependentes nacionais, podendo os dados referidos cingir-se apenas aos doentes diagnosticados, realçando as dificuldades destes pacientes em aceitar a doença e recorrer aos serviços competentes, pela própria estigmatização envolvida. Com efeito, o grupo masculino e a faixa etária dos 35 aos 74 anos manifestam um consumo de risco elevado/dependente, correspondendo a 3,6% da população portuguesa; 37,1% dos portugueses apresenta um consumo de baixo risco e 12,6% um consumo de risco médio; apenas 4,9% revela um consumo de bebidas alcoólicas ditas sem risco (Balsa et al., 2017).

Importa ainda referir que, apesar da sua diminuição contínua até 2017, constata-se um aumento de 7%, em 2018, de episódios de internamento hospitalar com diagnóstico principal atribuível ao consumo de álcool (com registo de 4733 casos), maioritariamente relacionados com doença alcoólica do fígado (63%), com destaque ainda para a cirrose alcoólica (53%), e com a síndrome de dependência alcoólica (28%), sendo este número bastante mais elevado (32402) se considerados os diagnósticos secundários (SICAD, 2019).

Tendo em conta estes dados, é curioso verificar que, numa perspetiva clínica genérica, a doença alcoólica não é diagnosticada como tal, sendo encarada mais como um sintoma/causa, quando, pelo contrário e na perspetiva dos alcoologistas, as doenças relacionadas com o consumo de álcool (como as doenças hepáticas, oncológicas, cardiovasculares, etc.) deverão ser encaradas como sinais de alerta para a doença alcoólica enquanto afeção global, multisistémica. Esta situação poderá ser um entrave quer para o diagnóstico precoce do Alcoolismo, quer para o tratamento eficaz de “outras” entidades clínicas relacionadas.

Quando se analisa a incidência dos PLA na mortalidade em Portugal, e segundo dados do INE (2015), em 2015, 2,12% dos óbitos ocorridos foram provocados por doenças atribuíveis ao álcool, 3,6% associados a perturbações mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e 28% a doença alcoólica do fígado, registando um decréscimo tendencial. De acordo com os dados do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF), em 2018 (cit. in SICAD, 2019) registaram-se 1087 óbitos positivos para o álcool, face ao ano anterior (aumento de 34%), correspondendo ao número mais elevado dos últimos cinco anos. Segundo informação disponível quanto à causa de morte, 37% atribuída a acidentes (incluindo os de viação), outros 37% a morte natural, 13% a suicídio e 5% a intoxicação alcoólica aguda. Comparativamente a anos anteriores, registou-se um aumento do número de vítimas mortais de acidentes de viação sob influência do álcool (+23% em relação a 2014), 75%

condutores, 22% peões e 3% passageiros, apresentando 75% destas vítimas uma taxa de alcoolémia igual ou superior a 1,2g/l (INML, 2018 cit. in SICAD, 2019).

Em síntese, Portugal apresenta um dos valores mais elevados do consumo de álcool puro por ano *per capita*, embora com taxas de abstinência das mais elevadas e uma aparente menor prevalência de consumo e de práticas nocivas por parte dos adolescentes. À partida, estes factos sugerem uma contradição evidente: provavelmente os portugueses tanto consomem demais, como de menos, ou seja, Portugal é dos países que mais consome bebidas alcoólicas em termos absolutos, e, em simultâneo, os jovens portugueses são dos que menos ingerem e que menos bebe de forma nociva. Porém é importante ressaltar que Portugal tem vindo a associar padrões nórdicos aos padrões mediterrânicos tradicionais de consumo, ou seja, os portugueses que consomem, fazem-no quer de forma intensa e rápida, ingerindo assim enormes quantidades de álcool, quer diariamente na rotina alimentar e ainda mais em ocasiões festivas e de convívio. Em termos da globalização dos padrões de alcoolização, ao se assumir “o pior dos dois mundos”, no que concerne ao consumo de bebidas alcoólicas, confirmam-se afinal as dificuldades e paradoxos com que se deparam os interessados nesta problemática.

2.2. Representações sociais do Álcool

As representações sociais desempenham um papel importante na formação de opiniões, de comportamentos e de atitudes em relação a diversos fenómenos sociais, como é o caso do Alcoolismo. São sistemas de conhecimentos e ideias, crenças e valores, construídos e partilhados socialmente, que influenciam condutas e facilitam a comunicação entre os indivíduos (Jodelet, 2001; Moscovici, 2012). Nasceram, constroem-se e transformam-se por intermédio da classificação/categorização (processo de ancoragem) e da materialização (processo de objetivação) de um determinado fenómeno, que, associando um conceito a uma imagem, permitem a familiarização do desconhecido (Jodelet, 2001; Moscovici, 2012).

Neste sentido, as representações são criadas para ajudarem a conhecer e a interpretar a realidade, a comunicar e a interagir com o outro, a tomar decisões e a atuar numa determinada situação, a identificar e a resolver os problemas... Assim sendo, a perceção que se tem do Alcoolismo, as reações que se apresentam em torno do álcool e as avaliações e sentimentos associados dependem da representação social que se possui, organizando-se consoante o contexto social, onde a cultura, a comunicação social e o grupo de pertença exercem uma grande influência (Jodelet, 2001; Moscovici, 2012). Portugal sempre foi um país muito ligado à cultura da vinha, cultivada já desde os povos da Antiguidade, em tempos muito anteriores ao nascimento da nação, e, consequentemente, muito associado à produção de vinho, que desde o séc. XII começa a fazer parte da alimentação, a desempenhar um importante papel nas cerimónias religiosas e festivas e a ser significativo para a economia e política nacionais, constituindo o principal produto exportado (Duarte et al., 1993).

Hoje, a vinha e o vinho permanecem um símbolo e uma riqueza nacional: a região vinhateira do Alto Douro foi classificada património mundial pela UNESCO; o vinho do Porto é considerado o *ex-libris* do país; a vitivinicultura ocupa a maior área de cultivo e o Enoturismo é um potencial turístico (Costa, 2007).

O vinho continua a ser símbolo de virilidade – “se não bebes, não és homem”, de hospitalidade – “numa casa portuguesa fica bem, pão e vinho sobre a mesa” e de alegria e convivialidade, omnipresente nas festas e banquetes (casamentos, festa das vindimas, festas populares, festas estudantis) (Pinto, 2000). Não é por isso de estranhar que também a maioria dos jovens encare o álcool como um desinibidor e uma fonte de prazer (Breda, 1996; Leite et al., 1998; Barroso, 2000; Barroso, 2004; Cabral et al., 2007; Calado & Lavado, 2014), fazendo parte da cultura juvenil e sendo considerado um elemento obrigatório nas festas, rituais e noites estudantis (Calvário et al., 1997).

O consumo de vinho constitui-se assim uma tradição, ancorado nas práticas e crenças enraizadas, como o molhar a chupeta na aguardente para acalmar o bebé ou o bochechar álcool para aliviar a dor de dentes, muitas traduzidas em provérbios populares – “Alegrai-vos tripas que aí vai vinho”; “Alho e vinho puro, levam a porto seguro”; “Antes embebedar que constipar”; “Bebe vinho branco de manhã e à tarde o tinto, para teres bom sangue” – (Moreira, 1996), em mitos (falsos conceitos) – beber para “aquecer”; “dar força”; “matar a sede”; “alimentar”; “estimular”; “facilitar a digestão”; (...) (Mercês de Mello *et al.*, 2001), e em muitas outras formas de expressão cultural de que são exemplo a literatura, a azulejaria, o fado (Duarte et al., 1993) e até a poesia (Fonte & Matos, 1994). Todas estas formas de comunicação refletem uma herança cultural ligada ao álcool, ilustrando a importância da vinha e do vinho nas festas, no trabalho, nas relações sociais, ou mesmo na esfera privada (Duarte et al., 1993).

Na verdade, a maioria dos jovens inquiridos no Rock in Rio de Lisboa, em 2014, acredita que o álcool é efetivamente uma tradição (Calado & Lavado, 2014). Embora insuficientes e não recentes, diversos estudos demonstram a existência de falsos conceitos e de crenças positivas entre a maioria dos jovens estudantes, desde o ensino secundário ao ensino superior (Morais, 1998; Lopes, 1999; Barroso, 2000; Breda, 1997; Carvalho, 2003; Carvalho & Leal, 2006; Cabral et al., 2007). Uma investigação mais atual, no contexto dos cuidados de saúde primários de Peso da Régua, vem demonstrar que quase metade da população estudada acredita ou tem dúvidas em contestar falsos conceitos (Rodrigues, 2015).

Por outro lado, apesar de não serem totalmente representativos da população portuguesa, verifica-se ainda, em diferentes contextos investigativos, que o álcool é entendido cada vez mais como uma droga, muito associado a uma situação de degradação e dependência e a conotações negativas (Pires, 1998; Carvalho, 2003; Pereira & Pires, 2006; Carvalho & Leal, 2007; Calado & Lavado, 2014). Contudo, não obstante a densificação da evidência científica, o álcool é apenas associado a problemas ao nível da doença, dependência e condução rodoviária (Calado & Lavado, 2014), continuando a ser a substância mais consumida e a ser considerada a substância menos nociva (Calado & Lavado, 2014; Balsa et al., 2017), apresentando maior aceitação social e menor estigmatização (Pires, 1998; Cunha & Sousa, 2017). Com efeito, Cunha e Sousa (2017) concluem que a questão da (i)legalidade pode influenciar o nível de tolerância e de estigma, bem como a presença maior ou menor de atitudes negativas. Por outro lado,

os jovens inquiridos no Rock in Rio são um exemplo da “ambiguidade” no que respeita ao risco, quando consideram que a condução sob efeito de álcool é um ato perigoso (consciencialização do risco) e assumem em simultâneo terem tido essa prática recentemente (comportamento de risco) (Calado & Lavado, 2014).

As representações sociais são transmitidas e produzidas por uma sequência completa de elaborações e mudanças ocorridas ao longo do tempo, resultando de sucessivas gerações (Moscovici, 2012). A partir de 1980, por questões de moda, de disponibilidade ou de marketing, o consumo de cerveja e bebidas com maior teor alcoólico veio a intensificar-se e a somar-se ao consumo tradicional e diário de vinho, emergindo novos modos de beber, como o *binge drinking* ou o *botellón*, e novos grupos de bebedores, como os jovens e as mulheres (Patrício, 2014).

Nos anos 80 era moda o consumo de imperial com bagaço, nos anos 90 amêndoa amarga ou rum e os primeiros *alcopops* (sumos de frutas misturados com bebidas destiladas), dirigidos estes aos que não gostam do sabor ácido do álcool e são apreciadores de bebidas mais açucaradas (Patrício, 2014). Hoje em dia, encontra-se a moda abusiva do *binge drinking* e do consumo regular e recreativo na rua, tendências importadas de outros países e banalizadas, toleradas e até promovidas não só por estruturas comerciais, como também por entidades autárquicas e comunitárias (Patrício, 2014). Estes novos hábitos ilustram bem a influência que a globalização tem tido na construção das representações sociais que, num processo de conexão entre diferentes regiões ou contextos culturais (Giddens, 1992b), veio a intensificar as relações sociais à escala mundial, ampliando o contacto cultural entre as culturas e a interação entre as sociedades.

Portugal é tradicionalmente um grande produtor de vinho e mais recentemente de outras bebidas alcoólicas, possuindo uma importante e vital indústria, em permanente expansão, interessando não só aos cidadãos em geral, como também ao governo, que regula a sua produção, taxação e oferta. Por conseguinte, o tipo e a quantidade de bebidas nacionais têm vindo a aumentar, sendo a oferta cada vez maior e alastrando-se facilmente para espaços não tradicionais, levando a uma propagação em grupos etários cada vez mais jovens, não consumidores habituais há umas décadas atrás (Patrício, 2014), favorecida ainda por horários muito alargados, sem grandes restrições, sendo Portugal um dos países europeus onde as discotecas e bares fecham mais tarde. Este cenário propicia o êxito da atividade comercial e evidencia o sucesso das estratégias promotoras de bebidas alcoólicas (Patrício, 2014). Na verdade, Portugal pertence ao conjunto de países com políticas de baixo controlo do álcool, predominando atitudes favoráveis a políticas baseadas no *laissez faire* (SICAD, 2019).

Breda (2000) revela que a publicidade influencia a compra e o consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens, os quais consideram que existe uma maior eficácia das estratégias publicitárias promotoras do consumo comparativamente às estratégias preventivas, muito devido à frequência e intensidade das primeiras face às segundas. A publicidade insidiosa e insinuante do álcool tem vindo assim a manipular os consumidores, recorrendo aos aspetos culturais e “vendendo” diária e exaustivamente o *glamour*, o êxito, a diversão, a saúde, etc. associados ao álcool, para impor necessidades excessivas de consumo e reforçar a importância das bebidas alcoólicas (Duarte et al., 1993; Patrício, 2014). O próprio consumo

das mulheres e das crianças é alvo de estratégias específicas de que são exemplo, entre outros, as *ladies night* ou o *champomy*, respetivamente (Patrício, 2014). Os portugueses são inclusivamente frequentadores assíduos das grandes manifestações de promoção e patrocínio legal e de consumo de bebidas alcoólicas como os festivais de verão e os concertos, os eventos desportivos e comerciais (com dimensão lúdica e cultural), as festividades académicas e populares (Patrício, 2014), discordando da proibição da promoção e do patrocínio do álcool neste tipo de eventos (Calado & Lavado, 2014), promoção e patrocínio esses que tanto influenciam significativamente as perceções dos participantes sobre o próprio evento, como favorecem as suas intenções de beber (Mamaghani, 2015).

Diariamente e de forma frequente, os *media* nacionais fazem circular informação associada ao álcool. As notícias ou as reportagens, a publicidade ou os programas televisivos, ou mesmo a internet (entre outros) valorizam o álcool e transmitem conceitos insuficientes ou imprecisos, como por exemplo o beber com moderação ou o consumo problemático, ignorando as diferenças de género (a absorção do álcool difere de homem para mulher) e não fornecendo informações claras e concretas relativas aos riscos inerentes ao consumo (Patrício, 2014). Já Weber (1910) analisava a importância do papel dos *media* na definição dos valores culturais e na criação e simultânea destruição das crenças e aspirações das sociedades. Os *media* são um poderoso veículo de ideias e de informações, que dissemina ideologias e representações sociais específicas, podendo fortalecer-las ou enfraquece-las, influenciando assim o pensamento social.

E porque o álcool é de todos conhecido, acessível a todos e consumido por todos, muitos são os portugueses que se consideram conhecedores da matéria, fruto da vasta experiência pessoal, possuindo conhecimentos (ancorados nos costumes, tradições e pressões mediáticas) maioritariamente erróneos (Patrício, 2014), tal como ilustra o estudo de Calado e Lavado (2014) quando a maioria dos inquiridos do Rock in Rio associa os doentes alcoólicos maioritariamente às bebidas destiladas.

Existe pois uma forte, antiga e íntima relação entre o povo português e o consumo de álcool, expressa, entre outros, na quantidade de provérbios populares relacionados com o álcool (Portugal reúne mais provérbios do que todos os restantes países do mundo juntos, segundo Penteado (1980)) e nas muitas tradições, costumes e ensinamentos passados de geração em geração (Duarte et al., 1993), intensificados frequentemente pelos *media*, influenciando também a imagem dos portugueses relativamente a esta problemática.

2.3. Políticas do Álcool

Como se assinalou anteriormente, o consumo de bebidas alcoólicas continua a ser um elemento tradicional, cultural e de socialização, com referências constantes (positivas ou negativas) nos *media*. Contudo a sua valorização pela OMS, internacionalmente, e pelas próprias entidades nacionais como o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD) e o Fórum Nacional do Álcool tem contribuído para a sua legitimação pública enquanto problema social, sendo alvo constante de discussão e debate na agenda política.

Deste modo, as entidades responsáveis têm vindo a criar planos de ação internacionais e nacionais e a identificar novos desafios, tendo em vista o desenvolvimento de abordagens e respostas ao problema. Porém, os compromissos assumidos por Portugal não têm tido grande tradução prática no âmbito da alcoologia: os recursos humanos e materiais têm vindo a diminuir (contrariamente ao alcoolismo); a rede alcoológica nacional, embora definida legalmente, em termos práticos não se encontra implementada no terreno; os programas de promoção e educação para a saúde desenvolvidos são muito reduzidos e redutores; as campanhas de informação e de sensibilização e os programas de treino para profissionais de saúde, agentes educativos, entidades policiais e empregados de mesa/bar são quase nulos...

A verdade é que os temas que têm sido valorizados em agenda não se centram tanto nas complicações do álcool, mas nas vantagens económicas em termos da sua exportação e de desenvolvimento do país, descurando assim os problemas inerentes ao uso da substância, relevando, em contrapartida, a sua comercialização.

Não obstante esta realidade, são diversas as políticas públicas criadas pelo governo, em interação entre atores públicos e privados, para responder a este problema, em nome do interesse público (Birkland, 2010). As políticas mais comuns são as políticas de controlo do álcool que têm como alvo a disponibilidade, reportando para o preço, a tributação e a acessibilidade física do álcool. No entanto, para além destas, existem outras: as que se dirigem a contextos sociais específicos, destinadas a alterar o comportamento de um bebedor num determinado contexto social, como é o caso da condução com álcool; as que mudam o clima social e as atitudes perante o álcool, mediante a (in)formação, sensibilização e consciencialização; e as que proporcionam tratamento para as pessoas com problemas de bebida (Edwards et al., 1994).

Tendo em conta a situação socioeconómica e fiscal do país, nos anos mais recentes, embora o aumento dos impostos dos bens de consumo tenha sido uma constante, as bebidas alcoólicas continuam sob “proteção”, sofrendo aumentos muito pouco significativos comparativamente com outros produtos. Por outro lado, apesar da idade de venda/consumo ter sido recentemente aumentada dos 16 para os 18 anos, para além da respetiva proibição a quem se apresente notoriamente embriagado ou possuir aparente anomalia psíquica, em determinados horários e diferentes estabelecimentos (DL 106/2015), estas medidas raramente são cumpridas, facilitando o acesso ao consumo de álcool e incrementando os problemas a que este se encontra associado.

Apesar de existirem estratégias nacionais para reduzir os riscos de condução sob o efeito de álcool, como o designado “teste do balão”, o tratamento de transgressores reincidentes, a campanha “100% cool” (patrocinada pelas bebidas destiladas que consiste no encorajamento dum membro do grupo a não beber para estar em condições de conduzir, o que pode influenciar, em contrapartida, um consumo excessivo por parte dos outros elementos) ou a punição (multas elevadas, penas de prisão e mais recentemente, a cessação e cassação da carta e o sistema de pontos), continuam a verificar-se inúmeros acidentes de viação relacionados com o álcool, existindo ainda imensas controvérsias relativamente à taxa de alcoolémia legal por toda a Europa, devendo sempre, segundo os especialistas,

ser a mais baixa possível. A Comunidade Europeia propõe, neste momento, a sua diminuição para 0,3gr/l; no entanto, em Portugal, embora a taxa tenha diminuído para 0,2gr/l em 2001, voltou a subir para 0,5gr/l, logo após seis meses de aplicação desta restrição, devido à forte pressão social, principalmente dos elementos ligados à produção e comercialização das bebidas alcoólicas, estando atualmente legislado o limite máximo de 0,2gr/l apenas para novos condutores e para os condutores profissionais (Lei n.º 72/13).

O álcool é um dos produtos mais publicitados por todo o mundo. Todavia, em Portugal, as estratégias destinadas à mudança do ambiente e de atitudes culturais e sociais não foram suficientemente desenvolvidas. A aplicação de rótulos em recipientes de bebidas alcoólicas é ainda muito diminuta comparativamente com a do tabaco, pois, mesmo que já se possam observar inscrições como “beba com moderação” e o símbolo para recomendação de não consumo durante a gravidez em algumas garrafas, estas advertências são mensagens discretas, quando comparadas aos variados e ostensivos avisos, em grandes caracteres ou imagens, habitualmente obrigatórias em todos os maços de tabaco, advertindo para os perigos desta substância.

Embora a legislação portuguesa proíba a publicidade a bebidas alcoólicas na televisão e na rádio, entre as 7 horas e as 22 horas e 30 minutos (DL 332/2001), o horário passível para o início de emissões publicitárias é exatamente aquele em que os jovens também mais frequentemente se interessam pelos conteúdos televisivos, nos quais a ideia muitas vezes transmitida é a de que beber moderadamente faz bem à saúde, sabendo-se que, promovendo um limite como “seguro”, poder-se-á encorajar os bebedores ocasionais a beberem até esse limite, dando continuidade ou mesmo aumentando o risco. Por outro lado, a publicidade a bebidas alcoólicas acaba por estar sempre presente a todas as horas nos filmes e telenovelas, nos posters das ruas, nos eventos desportivos e musicais, contrariando de forma clara os condicionalismos legais (DL 332/2001). É ainda de realçar que, de acordo com a legislação em vigor, ainda que seja proibida a sua associação com os símbolos nacionais, a nossa seleção continua a ser patrocinada por uma cervejeira (o que, mesmo que se trate de cerveja sem álcool, não deixa de ser um incentivo ao consumo).

Apesar de existirem diferentes tipologias de políticas públicas, que não devem ser tomadas como absolutas, numa forma simples e classificadora adota-se a tipologia clássica de Lowi (1964 cit. in Knill & Tosun, 2008), reconhecendo que todas estas políticas nacionais do álcool consistem em políticas regulatórias, que, através de normas, ordens e proibições, definem as condições e restrições dos comportamentos individuais e coletivos, envolvendo políticos, burocracia e grupos de interesse.

Não se pode assim adotar uma perspetiva puramente racional para se analisar o processo de desenvolvimento da política pública do álcool, na medida em que este não assume uma estrutura inteiramente lógica. Muitos dos autores, como Edwards et al. (1994) ou mesmo a OMS e outros atores que discutem a política do álcool, baseiam-se sim na evidência científica para legitimar as potenciais alternativas ou propostas políticas, demonstrando a influência positiva do aumento do preço e de outras restrições sobre o consumo de álcool da população (Edwards et al., 1994). No entanto, a interação, a negociação e ajustamento que existem entre os diversos grupos de poder têm vindo a influenciar

igualmente o processo de formulação e adoção de políticas, existindo, numa lógica incrementalista, uma gestão da diversidade de interesses mediante soluções gradativas. A pressão social dos *lobbies* exemplifica isso mesmo: de um lado, as indústrias produtoras, as empresas distribuidoras ou os estabelecimentos de venda, de outro lado, as ordens profissionais, as sociedades científicas, os sindicatos ou as instituições e entidades de saúde e sociais, todos têm influenciado mudanças constantes na legislação do álcool, revelando as facetas duma realidade carregada de interesses, jogos e forças que favorecem, obstaculizam ou impedem a construção e a própria implementação de determinadas medidas (Knoepfel et al., 2011).

No entanto, no processo das políticas públicas existem questões que os atores não podem controlar ou dominar. Por razões de ordem cognitiva, cultural, afetiva, biográfica, entre outras, estamos perante aquilo a que Knoepfel et al. (2011) denominam de “racionalidade situada”. O facto do álcool tanto ser um prejuízo, como um ganho, dependendo da perspectiva dos atores, a relação estreita entre o álcool e a história, tradição ou a própria cultura familiar, que poderá determinar a sua aceitação e influenciar os padrões e contextos de consumo, ou mesmo o uso desta substância como uma forma de lidar com o stress e determinados eventos da vida, são alguns dos reflexos dessa racionalidade situada.

Por outro lado, ainda que possa existir um “código genético” associado ao desenho de uma política pública, deve-se relevar que a implementação é local, sendo influenciada pelas características e contextos de ação dos diversos agentes, numa abordagem *bottom-up*. Assim, apesar da conceção das políticas do álcool se dirigir principalmente à disponibilização das bebidas alcoólicas, desvalorizando os motivos diretos ou profundos do consumo, e de não prever uma fiscalização efetiva e eficaz, nem manifestar uma natureza educativa e promocional, a verdade é que também se verificam lacunas ao nível da sua concretização, sendo as medidas raramente aceites e cumpridas pelos agentes envolvidos.

Ainda no campo das políticas públicas, as políticas de tratamento que, segundo a tipologia de Lowi (1964 cit. in Knill & Tosun, 2008), constituem políticas distributivas relativas à forma como o Estado distribui e afeta os recursos públicos a determinadas áreas, direcionando-os para uma parcela da população, têm vindo a assumir-se cada vez mais como política redistributiva, pelas alterações e modificações sucessivas da distribuição dos recursos existentes.

Dos pioneiros Serviços de Tratamento, integrados em Hospitais Psiquiátricos, passando pelos Centros de Recuperação de Alcoólicos, inicialmente apenas com autonomia técnica e posteriormente também administrativa e financeira, à criação na sequência de recomendações da OMS no quadro do projeto *Community Response to Alcohol Related Problems in Portugal*, em 1988, dos Centros Regionais de Alcoologia (CRA's), com responsabilidades não só no tratamento dos doentes dependentes do álcool mas também em termos da prevenção, investigação, formação e articulação com diversos serviços e estruturas (DL 41/88), um longo caminho foi percorrido no espaço de 30 anos.

Seis anos após a sua criação, os CRA's foram extintos (DL 212/2006) e integrados no Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) (DL 221/2007), acabando convertidos em Unidades de Alcoologia (UA), com concentração das respetivas competências na vertente do tratamento (Despacho Normativo n.º 51/2008, de 1 de Outubro – art.º 6.º). A extinção do Instituto da Droga e da

Toxicodependência (IDT) e a criação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) (DL 124/2011), e a sua integração nas Administrações Regionais de Saúde (ARS) (DL 17/2012), parecia abrir uma nova e mais alargada intervenção ao perspetivar-se que a componente de operacionalização das intervenções era centrada no âmbito das ARS, aspeto que viria a ser confirmado na Lei orgânica das ARS (DL 22/2012, de 30 de Janeiro, art.º 3.º), ao definir como sua missão e atribuições “...assegurar a execução dos programas de intervenção local com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, prevenção dos comportamentos aditivos e diminuição das dependências...”.

A verdade é que, em termos práticos, perdura uma enorme indefinição dos serviços, a qual se vem arrastando até aos dias de hoje, mesmo com a integração efetiva do SICAD nas ARS, em Janeiro de 2013 e posteriormente (re)confirmada através do Despacho n.º 2976/2014, e ainda com a constituição de diversos grupos de trabalho, nos últimos anos.

Assim pode-se considerar que, desde os anos 60 a evolução dos serviços de saúde tem revelado uma diversidade de perspetivas por parte dos poderes públicos quanto ao Alcoolismo. As políticas de tratamento têm sido avaliadas, formuladas e adotadas por grupos de especialistas, selecionados pelo governo, compostos principalmente por oficiais públicos com pouca experiência e conhecimentos práticos na área da alcoologia, sendo exemplo disso a constituição recente de grupos de trabalho para, entre outras competências na área da saúde mental, estudar os procedimentos e propostas para a integração das UAs nas instituições hospitalares (Despacho n.º 3250/2014) e para avaliar as consequências da extinção do IDT e elaborar propostas para eventuais alterações ao modelo organizacional (Despacho n.º 1774-B/2017) e, consequentemente, ao modelo terapêutico.

Este contexto aponta para uma orientação *top-down* quanto ao *policy cycle*, em que a decisão política é autoritária e definida a um nível central, negligenciando as “vozes” dos atores responsáveis pela implementação da política, o que põe em evidência alguns dos fatores produtores de dificuldades e ineficácia apontados por Albuquerque (2017), nomeadamente: a responsabilidade única dos políticos pela formulação da política, desvalorizando ou minimizando o seu papel na implementação, e a distinção entre os que constroem e os que concretizam, diferenciando conhecimentos e competências.

Por outro lado, estas mudanças constantes das políticas de tratamento têm ocorrido paralelamente à crise global e estrutural que se tem vivido, a qual tem vindo a limitar os orçamentos de Estado e a restringir as medidas a um reajuste de índole financeira e de curto prazo, descurando a sua principal missão: a de resolver ou minimizar os problemas sociais e, em última instância, a de promover o bem estar social.

Pode-se assim concluir que as respostas políticas ao Alcoolismo vão desde a proibição do álcool até à virtual ausência de qualquer decisão atuante em saúde pública, indo ao encontro da definição da conceção apresentada por Dye (1984, cit. in Souza, 2006, p. 24): “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. Desta forma, as decisões políticas têm de ser tomadas no âmbito desta problemática, sem esquecer as limitações ou potencialidades da cooperação entre governo, instituições, técnicos, especialistas e grupos sociais.

2.4. Alcoolismo e outros problemas sociais

Duma forma ou doutra, as questões relativas ao álcool afetam quase toda a população e a ação de todas as principais instituições e setores da sociedade – governos e corpos legislativos, a polícia e o sistema judicial, o sistema educativo, a saúde, os serviços sociais e o meio laboral. Neste sentido, embora muitos dos problemas sociais sejam ainda tratados como problemas isolados (a nível micro), eles encerram um caráter sistémico, articulando-se com problemáticas mais amplas (Ander-Egg, 1978), quer a nível meso, quer a nível macro.

Numa perspetiva sistémica e holística, os problemas de álcool não são apenas problemas com relevância na esfera individual, tendo impactos na própria sociedade como um todo, requerendo assim uma abordagem que supere o restrito conceito biomédico de Alcoolismo/doença alcoólica e a adoção de uma visão complexa que integre não só o domínio biofísico e psicológico, mas também o domínio social.

Contudo, Portugal foi um dos países em que, em 2015, a população mencionou ter reduzidas experiências negativas relacionadas com o consumo de álcool por terceiros, reportando principalmente danos considerados “menos sérios”, como o ser incomodado pelo vómito, urina, lixo ou barulho que os bebedores fazem e ainda a insegurança em locais públicos, sendo os danos “mais sérios” mencionados o ser passageiro dum condutor embriagado e o envolver-se numa discussão grave (SICAD, 2016).

Em Portugal, as evidências da prevalência dos PLA continuam a ser muito escassas e limitadas. A título ilustrativo, a nível académico, de acordo com Fonte (2013), o número de trabalhos das diversas áreas científicas sobre a temática é muito pouco expressivo relativamente ao total de mestrados e doutoramentos, apesar de se verificar um aumento ligeiro nos últimos anos, especialmente no que concerne ao consumo de álcool nos jovens, categoria que se mantém como predominante nas investigações, revelando desinteresse e indiferença de outros temas possíveis, como é o caso dos PLA em geral.

Do mesmo modo, as referências ao consumo de álcool em relatórios nacionais de diversas entidades do setor social têm sido quase nulas, excetuando os problemas diretamente ligados ao seu consumo, mais especificamente a condução com álcool e o próprio consumo, traduzido em embriaguez e intoxicação.

Em 2015, a Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) destaca a condução sob o efeito de álcool como o principal crime cometido na área penal, seguido da condução sem habilitação legal e da violência doméstica contra cônjuges e análogos. A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) regista igualmente o crime de condução com álcool, embora sem qualquer expressão significativa, o que se justifica pela própria construção identitária, especificamente associada ao apoio a todo o tipo de vítimas, mas em termos práticos naturalmente relacionada com a violência doméstica.

Por outro lado, a Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPJ) (2019) (comummente designada de CPCJ) efetuou algumas mudanças que se repercutiram na categorização das situações de perigo, mas sem efeitos nas situações relacionadas com o consumo

de álcool. Desta forma, o respetivo relatório identifica o consumo de álcool como uma subcategoria das situações de perigo comunicadas, relativa tanto à exposição das crianças a comportamentos de risco, como aos comportamentos das próprias crianças, verificando-se um aumento significativo nos últimos três anos, inclusive um aumento de 27% em relação ao ano de 2017.

No entanto, e tal como na APAV, as referências ao consumo de álcool surgem sem grande significância quando comparadas à negligência, sendo esta uma das situações de perigo mais comunicada e diagnosticada, assim como a violência doméstica (enquanto subcategoria).

Em contrapartida, nos relatórios anuais de sinistralidade rodoviária (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária – ANRS) não se encontram referências ao álcool, nem mesmo a condução sob o efeito do álcool; os próprios relatórios da APAV e o relatório anual do Rendimento Social de Inserção (RSI) (o mais recente datado de 2008) (Gonçalves & Palma, 2009) apresentam somente variáveis demográficas para caraterizar o perfil do autor do crime e do beneficiário, respetivamente.

Perante os danos reduzidos que os portugueses percecionam do consumo de álcool por terceiros e a inexistência de referências em diversos relatórios nacionais, seria plausível colocar a hipótese de que não existe uma associação efetiva entre álcool e problemas sociais. No entanto, existem alguns dados nacionais que têm vindo a evidenciar esta relação, o que demonstra a falta de consciencialização e/ou desvalorização dos PLA por parte dos portugueses.

O Relatório de Monitorização de Violência Doméstica, do Ministério da Administração Interna (2018), apresenta a caraterização dos denunciados com maior profundidade, registando, com base nas sinalizações dos próprios agressores, 34,3% com problemas relacionados com o consumo de álcool (e 16,6% com problemas relativos ao consumo de estupefacientes), valor que se manteve sem grandes oscilações nestes últimos anos, apesar de ligeira diminuição em 2018. Este relatório deixa transparecer a potencial relação entre consumo de álcool e problemas sociais, mais especificamente violência doméstica, o que não ocorre noutros registos focados no mesmo problema, revelando e relevando a necessidade do consumo de álcool ser ponderado e analisado noutros relatórios similares e em trabalhos científicos respeitantes a vários problemas sociais.

O SICAD (2019) tem igualmente vindo a realizar alguns estudos na área do álcool, focando alguns problemas sociais, um dos quais a criminalidade. Concluiu que os crimes por condução com excesso de álcool (18289) representaram 41% do total de crimes contra a sociedade e 5% do total da criminalidade registados em 2018, tendo estado em reclusão, por esse motivo, 136 indivíduos. Apesar da diminuição destes crimes, a sua proporção no total da criminalidade registada e no conjunto dos crimes contra a sociedade não sofreu grandes alterações no último quinquénio.

Por outro lado, constata-se que no Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional (Torres, 2015), 28% dos reclusos declararam em 2014 estar sob o efeito do álcool quando cometeram os crimes que conduziram à sua reclusão. Entre estes, destacaram-se o roubo (37,4%), o furto (30,1%) e as ofensas à integridade física (26,5%), seguindo-se a condução sem habilitação legal e a condução em estado de embriaguez ou sob influência de estupefacientes. Os crimes sob o efeito de álcool são habitualmente mais violentos e implicam penas mais pesadas comparativamente com os

crimes cometidos sob o efeito de drogas. Importa ainda referir que existe uma maior predominância do sexo masculino no envolvimento de comportamentos criminais e que, apesar da população reclusa apresentar (fora da prisão) padrões de consumo de substâncias superiores à população geral, tal não ocorre relativamente às prevalências de consumo de bebidas alcoólicas, não existindo nesta circunstância grandes diferenças entre as duas populações (Torres, 2015).

Também entre os jovens internados em centros educativos em 2015, 42% referiram ter estado sob o efeito do álcool nalgumas situações em que cometeram crimes que levaram à sua institucionalização. A maioria dos jovens apresentava, antes do internamento, prevalências superiores às de outras populações jovens, não só ao nível do consumo de bebidas alcoólicas, como também, e particularmente, ao nível dos padrões de consumo nocivo, reduzindo os níveis de consumo aquando da sua institucionalização (Carapinha et al., 2016).

Com efeito, estes dados demonstram que existe uma associação entre álcool e criminalidade cada vez mais robusta. O estudo de Serra (2014), efetuado junto de indivíduos diagnosticados com a síndrome da dependência alcoólica na UA do Porto, corrobora esta realidade, ao apurar que aproximadamente 65% da amostra, maioritariamente do sexo masculino, cometeu algum tipo de crime em estado de embriaguez, e que em estado sóbrio a percentagem é significativamente inferior, situação em que os doentes se sentem mais estáveis, com níveis menores de ansiedade e de irritabilidade. Por outro lado, e apesar desta predominância de comportamentos criminais, apenas 50% afirmou perder algumas vezes o controlo das suas ações quando embriagado, o que revela que o consumo de álcool não só pode conduzir a possíveis alterações comportamentais e cognitivas, como também potenciar condutas violentas e irracionais. Na verdade, de acordo com o SICAD (2019), a perda de controlo estava associada à maioria dos problemas relacionados com o consumo de álcool que foram mais mencionados.

A investigação de Cunha e Sousa (2017), apesar de se centrar não só no álcool, como também nas drogas ilícitas, tendo em conta que a substância mais consumida era a bebida alcoólica, vem igualmente demonstrar a relação entre o consumo de álcool e o comportamento desviante e a criminalidade, detetando que metade dos participantes (consumidores de substâncias do grupo de AA, de Comunidades Terapêuticas – CT – ou de Centros de Resposta Integrada – CRI) cometeu algum tipo de delito – 45,7% crimes previstos em legislação avulsa (como o tráfico de droga, não esquecendo que a amostra é constituída não só por consumidores de substâncias legais como ilegais ou ambas), 20% crimes contra a vida em sociedade (como a condução sob o efeito de álcool) e 11,4% crimes contra o património (como o roubo e o furto), entre outros menos significativos. Na pesquisa de Serra (2014) prevalece a condução sob o efeito de álcool (22,9%), seguida da agressão verbal (10,4%) e física (10,4%), dirigidas principalmente a familiares. Verifica-se assim que, em consonância com Frazão et al. (1997), os consumidores de álcool praticam crimes contra as pessoas e a sociedade (o seu uso por si só poderá implicar crimes ligados à condução, violência doméstica, violações, homicídios e suicídio, entre outros), contrariamente aos toxicodependentes que habitualmente e com mais frequência cometem delitos contra o património (furtos, roubos, assaltos para obterem dinheiro ou valores para aquisição

da substância ilícita), ainda que o trabalho de Torres demonstre uma prevalência desta tipologia também junto dos consumidores de álcool.

Apesar destes estudos não evidenciarem a relação entre o consumo de álcool e a violência doméstica, o que pode ser explicado eventualmente pela aplicação de medidas de coação (como a multa, pena suspensa, obrigatoriedade de programa de tratamento ou pulseira eletrônica) em detrimento da pena de prisão, outras pesquisas nacionais mais específicas demonstram que o consumo de álcool está realmente presente nestas situações: tanto Almeida (2009) como Cunha (2014) referem o consumo de álcool em cerca de metade dos casos analisados, indo ao encontro dos dados registados pelas forças de segurança (inicialmente apresentados). Em termos nacionais, estas percentagens destacam a violência doméstica como o crime e um dos problemas sociais com maior associação ao consumo de álcool, relação aliás assinalada na literatura (Brookoff et al., 1997; Irons & Schneider, 1997; Silva, 2001; Associação Fernão Mendes Pinto, 2002; Quemada & Prieto, 2004), e mesmo pelas vítimas e agressores (Almeida, 2009), não apenas como uma causa do comportamento violento, pelo menos linearmente, mas sobretudo como um catalisador.

Os estudos da pobreza, por seu turno, segundo Bruto da Costa (2016), não têm sido suficientes para captar dimensões relevantes do problema, nomeadamente as relativas à persistência da pobreza e à sua extensão real, centrando-se em grande parte na dimensão monetária. Com efeito, as causas da pobreza estão muito enraizadas na distribuição primária do rendimento (Bruto da Costa, 2016) e são muito associadas a questões relacionadas com o emprego, sendo considerados pobres aqueles que não têm as condições mínimas de sobrevivência (AAVV, 2010). Existe assim uma confusão entre causas e consequências (AAVV, 2010) e uma valorização dos mecanismos causadores e de “entrada” na pobreza (que também podem indicar em parte os meios de “saída”), em detrimento daqueles que poderão ajudar a sair da situação (Bruto da Costa, 2016).

Neste sentido, Amaro e Branco (2010), tendo por base os principais resultados do estudo qualitativo dos utentes do Serviço de Acolhimento Social da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, confirmam que a abordagem por perfil tanto possibilita não só compreender os fatores causais e a vivência da pobreza, como desenhar estratégias de mudança e autonomia.

Entre os diferentes perfis definidos e analisados, pode-se assumir, pela sua natureza, que o “perfil dos desafiados”, que engloba pessoas em situação de exclusão social como os toxicodependentes, e o “perfil das pessoas com problemas de saúde” (correspondendo a 17,8% dos inquiridos) (Castro & Guerra, 2010) são aqueles que poderão apresentar mais casos de consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Tal situação não é totalmente perceptível, no entanto, apesar da dependência de substâncias aditivas surgir de forma residual nas pessoas com problemas de saúde, o estigma e o preconceito social impostos neste tipo de doenças poderão obstaculizar a sua revelação, como alertam Castro e Guerra (2010). Efetivamente, estudos nacionais que caracterizam os consumidores de bebidas alcoólicas atestam que cerca de metade ou mais de metade se encontravam em situação de desemprego ou precariedade (Serra, 2014; Torres, 2015; Cunha & Sousa, 2017).

É ainda de realçar que a dimensão da saúde, particularmente a fragilização do estado de saúde, é transversal a quase todos os perfis, interferindo na reestruturação da vida, na autoestima e na construção de projetos de vida alternativos (Amaro & Branco, 2010), o que leva a supor que o consumo de álcool poderá estar presente, com maior ou menor intensidade, em todos estes perfis e influenciar o percurso da pobreza, como ocorre noutros problemas sociais, de que são exemplo a criminalidade e a violência doméstica.

Constata-se assim que as escassas investigações que fazem referência ao álcool e à sua relação direta ou indireta com diversos problemas sociais incluem esta substância como fator interveniente, ou evidenciam a necessidade de estudos mais aprofundados sobre o seu verdadeiro papel.

2.5. Síntese conclusiva

Portugal é um dos países onde mais se regista um elevado consumo de bebidas alcoólicas *per capita*, o que justifica centenas de milhares de casos de Alcoolismo e um enorme peso dos vários problemas ligados ao seu consumo. Apesar de determinados dados indicarem que os portugueses poderão ser dos povos que menos consomem, uma análise conjunta revela que os que consomem, consomem muito mais.

Em parte, esta realidade prende-se com o facto de, em Portugal, as bebidas alcoólicas constituírem um elemento de socialização, estando intimamente relacionadas com a tradição e a história de Portugal, muito cedo ligadas à vinha e ao vinho. Por isso mesmo, a população continua ainda a acreditar nos mitos e ditados populares, que legitimam e promovem o seu consumo. Desta forma, a cultura transmite referências simbólicas, que ajudam, em parte, a entender o sentido das representações sociais elaboradas sobre o álcool, influenciando as perceções e atitudes perante o mesmo.

Existe por isso uma grande dificuldade em aceitar verdadeiramente o álcool como “droga” e as bebidas alcoólicas como perigo para a saúde e para a sociedade, realidade patenteada na prevalência do consumo em todo o país, e que tem sido induzida também pelas mensagens apelativas dos *media*, predominando e sobressaindo as estratégias incentivadoras do consumo. Muitos serão os atores com papel relevante no combate a esta problemática, como médicos, professores, assistentes sociais, políticos, entre outros, que serão frequentemente eles próprios consumidores e por isso mesmo permissivos, o que dificultará o reconhecimento do problema, interferindo negativamente no seu posicionamento enquanto pessoas e profissionais.

Por outro lado, as bebidas alcoólicas são um fator que gera interesses económicos de uma grande magnitude, englobando tanto o setor da produção como o da distribuição e venda. As dificuldades de implementação de uma política ajustada à dimensão do fenómeno são justificadas pelos *lobbies* poderosos no âmbito da produção (cervejeiras, adegas cooperativas e produtores de bebidas destiladas) e pelas confrarias com grande peso político, dada as figuras públicas/políticas que as integram. Pelo que, diversos atores, públicos e privados, condicionam assim o processo das políticas públicas, que dependem da consciência dos seus próprios interesses, da capacidade para adquirir recursos e da

decisão estratégica (para agir ou não). No entanto, as “vozes” de quem está verdadeiramente no terreno, sejam os que executam as políticas, sejam os que beneficiam ou são afetados por elas, têm sido negligenciadas. Se se tiver em conta a proporção e dimensão que os PLA continuam a atingir, poder-se-á aferir que as políticas nacionais têm alcançado resultados pouco significativos ou quase nulos na redução desta problemática.

Além de tudo, as evidências do Alcoolismo em diversos problemas sociais validam o conceito de PLA e confirmam a sua multidimensionalidade e complexidade, refletindo em simultâneo um mundo socialmente complexo e em transformação (Giddens, 1992b). Diferentes fenómenos cruzam-se e interligam-se enquanto causas e/ou consequências, participando dum mesmo processo, numa dinâmica em que as linhas explicativas não são de causalidade simples e única. Estes fenómenos, problemas sociais, não podem por isso ter soluções lineares, só podem ser compreendidos se forem considerados nas suas relações, que tanto podem incidir

“sobre as interdependências entre os diferentes grupos sociais, sobre os laços entre o social e o psíquico, sobre a estrutura que liga as camadas funcionais do psiquismo como sobre a maneira através da qual os diferentes registos da atividade social (o económico, político, cultural...) interferem uns nos outros” (Campenhoudt, 2003, p. 120).

Capítulo III

Analizando o papel do Serviço Social no Alcoolismo

Como se tem vindo a constatar, reforça-se que, responder à questão do Alcoolismo implica considerar e valorizar as interações entre álcool, homem e meio. Só assim será possível apreender a sua multifactorialidade e multidimensionalidade e alcançar uma maior eficácia das estratégias de intervenção. O seu controlo não pode passar assim por uma visão unisetorial, ações isoladas e recursos técnicos unidisciplinares, mas terá de adotar uma intervenção multiinstitucional e multiprofissional, incluindo e integrando a figura do Assistente Social.

No entanto, tal desiderato exige que as visões sobre o Alcoolismo e as várias intervenções profissionais possam ir para além do campo da saúde, e se desenvolvam de forma reflexiva, a diversos níveis e contextos. Terão assim de ser tomados em consideração os vários sistemas em interação, designadamente o doente, a família, as redes de suporte social, os serviços e as instituições sociais que se tornam fulcrais não só no tratamento, mas também na contribuição para a reabilitação e para o bem-estar dos indivíduos e da própria sociedade.

Apesar de muitas vezes desvalorizadas ou subestimadas, seja por exigência, desconhecimento ou depreciação, esta visão e atuação atentas à complexidade e à multifactorialidade podem ser determinantes e/ou facilitadoras na resolução das situações problemáticas e da capacitação e autonomização das pessoas que recorrem aos serviços de apoio social.

Neste sentido, é importante analisar as funções, potencialidades e constrangimentos do Assistente Social nesta problemática específica, tendo em atenção algumas das contradições e desafios profissionais que influenciaram o desenvolvimento das práticas e orientações atuais.

3.1. Do Serviço Social no “Alcoolismo Doença” ao Serviço Social no “Alcoolismo Holístico”

Quando se aborda a questão do Alcoolismo continua a prevalecer uma perspetiva biomédica, sobrepondo-se a doença principal associada, isto é a dependência ou síndrome alcoólica. Importa ressaltar que tanto o consumidor regular de bebidas alcoólicas como o consumidor pontual podem beneficiar de ajuda (Collins & Keene, 2000), tendo em conta que os problemas podem surgir independentemente dos padrões e níveis de consumo (WHO, 2016).

Contudo, inevitavelmente os doentes alcoólicos (independentemente das particularidades de cada indivíduo) recorrem frequentemente às instituições de saúde, devido à sua condição de doentes e,

por outro lado, os serviços especializados neste âmbito integram-se maioritariamente no campo da saúde, pelas suas responsabilidades na prestação de cuidados.

Neste contexto, o Serviço Social ainda que integre também as equipas multiprofissionais no âmbito dos serviços de saúde, tende a ser desvalorizado por muitos profissionais e pela população em geral, decorrente duma conceção, hegemónica, de que os serviços de saúde visam o tratamento da doença, esquecendo de que esta pode frequentemente ser determinada por causas sociais e ser ela própria produtora de consequências de natureza social.

Carvalho (2003) argumenta nesta linha ao mencionar que as equipas nem sempre estão sensíveis à necessidade de apoio social, concentrando-se apenas no ato médico e focalizando a doença como entidade biológica. A que acresce que o próprio doente habitualmente se dirige ao hospital pelo mal-estar ou sofrimento provocado por uma presumível doença física e não por aspetos sociais, o que vem desvalorizar a intervenção do Serviço Social, que acompanha a pessoa não só na situação de saúde/doença, como também no seu meio, tendo em conta os papéis, funções e redes sociais envolvidos.

Os críticos da visão biomédica defendem que não se pode restringir uma pessoa aos seus componentes biológicos/orgânicos, sendo necessário incluir outras dimensões nos processos de saúde e doença, considerando igualmente a vertente psicológica e a social (Reis, 2005). Malheiros (1980) refere mesmo que, em contexto biomédico, o clínico teria (quase) exclusivamente um papel na restauração ou melhoria do estado de saúde, mediante o estabelecimento do diagnóstico e definição das decorrentes medidas terapêuticas. Nesta perspetiva, o Assistente Social seria chamado a intervir apenas de forma meramente esporádica e residual, somente em casos de extrema carência/necessidade social (Malheiros, 1980).

Na verdade, Martinelli (2003) refere que existe uma relação muito forte entre o Serviço Social e o campo da saúde, sendo mesmo constitutiva da sua identidade profissional. Influenciado pela conceção de Florence Nightingale, no campo da enfermagem, das “visitadoras de saúde”, o Serviço Social ampliou o trabalho das visitadoras domiciliárias, o que lhe conferiu grande visibilidade e proporcionou a sua integração na maioria das equipas de saúde. Os assistentes sociais viriam assim constituindo uma classe profissional do campo da saúde desde o início do séc. XX, sendo-lhe reconhecida a valiosa ação para o diagnóstico e o tratamento médico e social.

Contudo, apesar dos esforços e da preocupação com as questões ambientais e sociais, a sua atuação (diagnóstico e tratamento) ao longo do tempo centrou-se maioritariamente na pessoa e na necessidade e reabilitação individuais, muito pelas influências tradicionais das abordagens psicológicas e psicanalíticas e pelo prestígio do serviço social de casos psiquiátrico (Gitterman & Germain, 2008). Por outro lado, a separação de métodos e distinção de funções entre assistentes sociais de casos, grupos e comunidades dificultou e interferiu no desenvolvimento dum método social integrado que incorporasse as transações entre indivíduos, grupos, família, contextos físicos e sociais (Gitterman & Germain, 2008).

No entanto, o modo como olhamos a saúde e a doença influencia a nossa forma de estar e intervir. E ao longo da história, foram surgindo diferentes perspetivas na sua compreensão, consoante os

contextos de cada época, que conduziram à adoção de diferentes orientações, desde um enfoque na dimensão biológica, ao enfoque nas dimensões psicossociais do indivíduo (Reis, 1998).

Entre as alternativas teórico-metodológicas para a compreensão deste binómio, encontram-se as perspetivas biopsicossocial e holística. De acordo com Reis (1998), a primeira centra-se na interligação, embora de forma independente, das dimensões biológica, psicológica e social da pessoa, incorporando um tratamento físico e um tratamento psicossocial e tendo em conta uma abordagem multifactorial da saúde e da doença; a segunda defende a ideia de que a pessoa e o seu ambiente constituem uma unidade na qual, fatores físicos, mentais, espirituais, sociais e ambientais não existem separadamente, mas como componentes de uma totalidade que é afetada pela doença e não apenas um aspeto particular da mesma.

Ainda que estes dois modelos apresentem algumas semelhanças, diferem principalmente na forma como valorizam as avaliações e interpretações/significações que cada pessoa faz sobre o seu estado de saúde (autonomia concetual e afetiva) e no tipo de relação entre técnico-paciente (Reis, 2005). O modelo biopsicossocial promove um papel passivo e obediente, negligenciando a autonomia concetual-afetiva do paciente, cujo conhecimento é apenas entendido como fonte de informação a ser recolhida e analisada pelo terapeuta, que detém a autoridade epistemológica. Por seu turno, o modelo holístico promove a autonomia do paciente, que é chamado a ter um papel ativo e participativo na sua saúde e bem-estar, sendo um sujeito, e não um objeto, de mudança ou de cura e assumindo uma relação recíproca de colaboração com o terapeuta (Reis, 2005).

Os assistentes sociais ao inscreverem a sua ação no modelo biomédico estão não só a desvalorizar o seu papel do campo da saúde como estão a contrariar o conceito de saúde e de doença, entendido em primeiro lugar como o “completo bem-estar físico, mental e social” e em segundo lugar como resultado não só de fatores físicos, mas também económicos, sociais, culturais e psicológicos. Mesmo quando se baseiam no modelo biopsicossocial que privilegia a divisão corpo-mente-meio, ou seja, as diferentes dimensões do indivíduo, a sua prática tende a ser dirigida a cada uma destas vertentes isolada ou simultaneamente, mantendo no entanto, muito frequentemente, uma visão descontextualizada da pessoa humana como um todo.

Uma intervenção assente na visão holística possibilita a visão integrada do indivíduo; relaciona os comportamentos/ações com as relações e valorações que as pessoas fazem das suas condições de existência, considerando o valor da experiência subjetiva do doente como uma forma de fazê-lo reconhecer a sua identidade e o seu *empowerment*; é sensível aos recursos positivos do doente úteis para a sua recuperação; contribui para a compreensão da saúde e da doença como componentes dum mesmo processo; permite uma relação empática e participativa baseada na escuta e no diálogo, envolvendo o doente nas decisões; e potencia um trabalho interdisciplinar (Reis, 2005).

Desde os anos 40 que se verificaram diferentes tentativas, no âmbito do serviço social de casos, para se adotar esta perspetiva integral, como Gitterman e Germain (2008) mencionam, ao salientar diferentes abordagens temporais: Hamilton introduziu uma visão mais holística da pessoa “em situação”; Hollis desenvolveu uma tipologia de intervenções; a ampliação de conhecimentos das ciências sociais, como as funções adaptativas do ego ou a teoria sistémica permitiram também o

interesse e o desenvolvimento de práticas integradoras do ambiente dinâmico. Porém, como já referido, estas influências não conseguiram alterar o âmago do serviço social de casos, que nos anos 70/80 ainda mantinha a identificação dos problemas principalmente na pessoa e a focalização na mudança pessoal (Gitterman & Germain, 2008).

Atualmente, a definição do Serviço Social salienta a perspectiva holística para a mudança social, na análise, intervenção e avaliação dos fenômenos/situações, englobando a sua multidimensionalidade e interrelação. O Serviço Social reconhece a interação dum conjunto diversificado de fatores, que podem ser impulsionadores ou retardadores do bem-estar e do desenvolvimento humano, atuando com as pessoas, tendo por base a premissa de que a mudança ocorre a diversos níveis e transcende a divisão micro e macro (IFSW & IASSW, 2014).

Neste entendimento, toda a intervenção, terapêutica ou não, deve assim focalizar a pessoa no seu âmbito físico e social, centrando-se ao nível da interação pessoa-meio e atendendo não só ao problema em causa, mas também à modificação das estruturas sociais e ao desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos, dos grupos e da própria comunidade.

Desta forma, ao atuar no campo da saúde (e neste caso, no contexto do Alcoolismo), o foco não deve ser colocado apenas na doença, mas em todos os aspetos psicossociais associados e interrelacionados, de forma a promover a reabilitação e reinserção social do doente (Rodrigues, 2000; Johnson & Côte-Real, 2000). É assim importante que o Serviço Social enquadre a sua ação e as suas intervenções nesta perspectiva holística, articulando a saúde e a doença na mesma linha de pensamento e realizando um trabalho conjunto com o próprio doente, enquanto elemento ativo e participativo no processo terapêutico e de mudança.

Por outro lado, independentemente do seu campo de intervenção, o Serviço Social tem por finalidade consciencializar e capacitar os indivíduos a agirem sobre os problemas que os afetam direta ou indiretamente, atuando em conjunto com estes e respeitando as suas próprias escolhas e decisões, para que se tornem agentes do seu próprio desenvolvimento e cidadãos ativos.

Em simultâneo, como podemos constatar na definição global de Serviço Social (IFSW & IASSW, 2014), o Assistente Social, para além da abordagem individual, necessita de estar atento à situação total da pessoa, o que implica analisar e intervir igualmente a outros níveis, nomeadamente familiar, grupal, social e comunitário, atendendo aos múltiplos fatores envolvidos e efetivando um trabalho em rede e de mediação com as pessoas, famílias, equipas de intervenção, comunidades e organizações.

No âmbito da equipa terapêutica e de saúde, o Serviço Social é responsável por estabelecer a articulação entre o Hospital e a comunidade, participando no diagnóstico e tratamento social (Mercês de Mello, 1968). Carvalho (2012) acrescenta que a sua atuação se realiza em função dos determinantes de saúde, sobretudo os sociais, que interferem na promoção da saúde do indivíduo, incidindo a sua ação no atendimento de distúrbios psicossociais produzidos pela doença e no acompanhamento das consequências para o indivíduo e a sua rede de suporte.

Assim sendo, no contexto do Alcoolismo, o Serviço Social na saúde procura, por um lado, conhecer e compreender a relação do doente com o álcool ao longo da sua vida, as consequências deste

consumo no grupo familiar, laboral e comunitário. Por outro, oferece simultaneamente uma relação de ajuda que visa diminuir resistências, diluir, trabalhar e resolver alguns conflitos, tendo em vista a motivação do doente para o tratamento. Para além do mais, é fundamental envolver a família no tratamento, como meio terapêutico e facilitador do reequilíbrio familiar, atendendo igualmente à reintegração social, articulando com outras instituições ou grupos de alcoólicos tratados (CRAC, 2006).

Neste sentido, ao Assistente Social clínico cabe dar a conhecer o seu trabalho e interagir com outras instituições locais como oportunidade de potencializar a sua ação e recursos, nomeadamente a discussão e reflexão entre instituições que vise a compreensão da problemática, a identificação das dificuldades de encaminhamento para tratamento, a construção de respostas eficazes para os alcoólicos em geral e familiares, a ampliação e a acessibilidade de serviços e recursos comunitários (Sapir, 1958; Leckie, 1990).

Em contrapartida, o Assistente Social dos serviços sociais locais está numa posição privilegiada, na medida em que detém conhecimento direto das situações problemáticas, estabelece contacto com os indivíduos e familiares e possui informação das normas sociais locais e dos recursos disponíveis na comunidade (Leckie, 1990).

Sapir (1958) acrescenta que, apesar de poucas pessoas procurarem ajuda para os seus problemas com o consumo de álcool, muitas recorrem às diversas instituições sociais pelos problemas decorrentes desse consumo. Consequentemente, terão vários contactos com assistentes sociais, os quais são chamados a providenciar apoio e suporte, sendo assim a sua abordagem essencial para o futuro do doente e família.

Só mediante um olhar atento e integral, um acompanhamento e compreensão individual, familiar e comunitário é possível apoiar, incentivar e facilitar os processos de tratamento e reinserção e prevenir uma possível recaída. O Assistente Social tem, em qualquer contexto, um papel fundamental na análise de dificuldades, na prevenção e na resolução de conflitos, bem como no reajuste permanente da vida familiar e comunitária e da relação inter-grupos, e ainda na construção ou reformulação de políticas sociais adequadas.

3.2. O Serviço Social no diagnóstico do Alcoolismo

Mercês de Mello et al. (1988) defendem, no que respeita ao diagnóstico desta doença, a valorização de perturbações familiares ou laborais, para além das outras questões meramente clínicas, uma vez que são muitas vezes mais visíveis, sendo através delas que frequentemente se suspeita da doença alcoólica na família e se chega ao doente. Neste sentido, sendo o Assistente Social quem mais lida com este tipo de complicações, este profissional poderá ter também, e por isso mesmo, um papel preponderante na deteção precoce da doença/problema.

Na verdade, Sapir (1958) e Leckie (1990) referem que, independentemente do indivíduo necessitar ou não de ajuda e tratamento específicos por questões relativas ao consumo de álcool,

o Assistente Social, na sua prática, procura facilitar e encorajar a pessoa a falar sobre as suas dificuldades e, consequentemente, a perceber os seus problemas e a vislumbrar possíveis soluções.

Esta é uma das funções transversais e essenciais da profissão: conhecer e compreender o problema e ajudar a pessoa a consciencializar-se e a interpretar a sua situação para se mobilizar para a ação (Perlman, 1970 cit. in Silva, 2001), o que está intimamente ligado ao diagnóstico social. Habitualmente os indivíduos procuram o Assistente Social para dar resposta a determinada necessidade, subjacente muitas vezes a um conjunto de situações associadas que exigem análise e clarificação (Silva, 2001).

Esta lógica de conhecimento remonta já aos primórdios da profissão, resultando dos trabalhos de Mary Richmond. O diagnóstico social surgiu da necessidade de controlar e racionalizar a assistência, tendo por base modelos médicos e sociológicos, assumindo diferentes formas ao longo do tempo (Santos & Santos, 1991). No entanto, estas apresentaram sempre características comuns, por um lado preocupando-se excessivamente com a descrição dos contextos (individual ou comunitário) e com a visão e explicação parcial dos problemas, e por outro desvalorizando as perspetivas do indivíduo e das potencialidades dos contextos e dos sujeitos (Santos & Santos, 1991). Para além do mais, sempre se verificaram algumas influências ditas clássicas da perspetiva psicodinâmica e da individualização do problema, inibindo o desenvolvimento de avaliações mais amplas e direcionando o diagnóstico essencialmente para a solução imediata do(s) problema(s) (Milner et al., 2020).

Não obstante o historial referido, atualmente considera-se que o diagnóstico está diretamente interligado com o processo de intervenção, requerendo um enquadramento teórico e contextual mais amplo. O diagnóstico social corresponde assim à fase inicial e fundamental do processo de intervenção, permitindo não só conhecer a situação em si, compreendendo a descrição e interconexão entre os diferentes elementos e aspetos integrantes da realidade, como também definir as ações mais adequadas e eficazes a cada caso (Idañez & Ander-Egg, 2008). Uma vez que a realidade (objeto de estudo e de intervenção) está em constante mudança, o diagnóstico é considerado um instrumento aberto, que se vai enriquecendo e completando permanentemente, sendo a própria intervenção um fator especialmente dinâmico e influenciador (Idañez & Ander-Egg, 2008).

Também nesta perspetiva, tanto Wilson et al. (2008) como Milner et al. (2020), autores anglosaxónicos que utilizam recentemente o termo “avaliação” (enquanto designação mais adequada que o uso do termo clássico de diagnóstico), reveem um conjunto de definições de avaliação diagnóstica, as quais acabam por integrar, comumente, a recolha de dados, a análise e interpretação da informação e a planificação da intervenção; em alguns casos, as definições englobam ainda o carácter contínuo e dinâmico do diagnóstico. Estes autores entendem, tal como Walker e Beckett (2003), que esta não é uma tarefa simples, uma vez que a avaliação diagnóstica está condicionada pelo próprio contexto político, legislativo e institucional. Tal implica saber gerir, em simultâneo, as pressões das diretrizes institucionais, as imposições legislativas, os recursos limitados e as agendas pessoais, exigindo pois uma análise e compreensão sistematizadas do serviço, do utente, da relação profissional e do próprio Assistente Social, que tem de manter a sua integridade pessoal e deontológica.

No entanto, Wilson et al. (2008) e Milner et al. (2020) referem que o processo de avaliação está cada vez mais direcionado para um exercício meramente burocrático, de preenchimento de formulários e documentos, mediante uma listagem de verificações baseadas em evidências (que são assumidas como genéricas e generalizadas), e centrado quase exclusivamente no risco, descurando muitas vezes as perspectivas e necessidades do utente, as suas próprias capacidades e os recursos implicados.

Esta realidade pode ser explicada, em parte, pela influência das distintas definições de avaliação, que se traduzem em tendências, perspectivas e, consequentemente, em práticas isoladas ou híbridas. Sousa e D'Almeida (2016) apresentam a classificação de Crisp et al. (cit. in Whittington, 2007), abordando as definições focalizadas no processo que percebem a avaliação como uma tarefa mais tecnicista e rigorosa, ressaltando a competência e saberes procedimentais; as definições do tipo contingente que assumem a influência de outras variáveis na avaliação, principalmente o tipo de serviço, as finalidades da avaliação e as teorias subjacentes; as definições focalizadas na contestação que apreendem a interferência de conflitos na avaliação, nomeadamente entre as necessidades dos utentes e os critérios de elegibilidade institucionais, entre o idealismo do Assistente Social e o realismo de critérios e recursos (de)limitados e as pressões entre necessidades, riscos e recursos; as definições do tipo construcionista social crítica que considera a subjetividade/interpretação do Assistente Social e do utente, reconhecendo a desigualdade de poderes na relação profissional e das políticas envolvidas. Estas três últimas tipologias entendem e valorizam as dificuldades na avaliação, ressaltando ainda a importância de analisar numa perspectiva especialmente crítica, nomeadamente os contextos sociais e políticos.

Uma das principais lacunas na prática diagnóstica está relacionada com a visão linear, estanque e prescritiva, sendo desvalorizado o trabalho contínuo, constante e dinâmico ao longo das várias etapas da intervenção, o qual depende da relação que se estabelece com o utente e da sua respetiva participação (Wilson et al., 2008; Walker & Beckett, 2003; Milner et al., 2020).

Acresce que, apesar de se entenderem como científicas e objetivas, as avaliações diagnósticas não deixam de ser subjetivas, podendo existir interferências e influências do profissional na sua concretização (consoante os seus valores, perspectivas teóricas, experiência pessoal, etc.), assim como particularidades distintas em cada caso que impedem uma estrutura abrangente e comum para todas as situações (Wilson et al., 2008; Milner et al., 2020). Quintero e Genisans (1980) abordam esta questão ao considerar o diagnóstico um juízo comparativo entre situações, formulado quer a partir da analogia de casos, resultante duma capacidade intuitiva e indutiva, quer da comparação, muitas vezes sem referências e sem rigor científico, que decorre duma capacidade empática, ou ainda de modelos previamente definidos e relativos a um juízo objetivo. A autora considera a conjugação destes procedimentos como ideal, uma vez que por um lado a capacidade intuitiva e a compreensão empática são imprescindíveis, mas insuficientes, e por outro um modelo de referência apresenta um caráter mais científico e uma análise mais objetiva e estruturada, permitindo superar o improvisado, a subjetividade e o imediatismo das avaliações. Wilson et al. (2008) e Milner et al. (2020) ressaltam ainda a importância de um exercício de consciência pessoal e autocrítica, de um registo preciso e de uma atitude isenta de

julgamentos, permitindo o reconhecimento dos riscos de rotulagem e o evitamento de estereotipagem, possibilitando a manutenção de crenças e valores, e favorecendo a aquisição de competências na prática reflexiva e a identificação de ações não discriminatórias e de parcerias estratégicas.

Por outro lado, se o “risco” tem sido perspectivado mais enquanto perigo, a avaliação e consequente intervenção têm-se centrado maioritariamente na respetiva eliminação, em detrimento da gestão do risco e do equilíbrio entre fatores de risco e fatores protetores, não conseguindo, por sua vez, abranger a totalidade das implicações, positivas e negativas, das decisões tomadas e das ações concretizadas (Wilson et al., 2008). Referem Wilson et al. (2008) que a eficácia da avaliação diagnóstica dependerá especialmente duma perspetiva mais ampla e compartilhada do risco, decorrente de uma comunicação interdisciplinar eficaz e de uma análise crítica da experiência profissional.

Desta forma, analisar cada fenómeno na sua totalidade, privilegiar uma abordagem multidisciplinar e considerar as perspetivas do indivíduo e da população, ao longo do tempo, permitirá apreender a multidimensionalidade e complexidade da realidade social, atendendo a todos os problemas associados e alcançando uma intervenção multifacetada e, por isso mesmo, mais eficaz (Santos & Santos, 1991; Wilson et al., 2008). Alemán e Pérez (1996) reforçam igualmente a necessidade de se superarem as visões reducionistas e de se adotar uma abordagem complementar, integral e coordenada, tendo em conta a complexidade e interdependência dos fenómenos.

No que diz respeito ao Alcoolismo, Wheeler (1918) refere que o Serviço Social quer se preocupa mais com o consumo excessivo ou dependente, esquecendo-se de considerar as diversas circunstâncias envolventes, quer se centra nos outros problemas, chegando à conclusão tardia da sua relação com o álcool e despendendo, por isso, previamente, demasiado tempo e consideráveis esforços noutras perspetivas do bem-estar da família.

Se raramente se encontra o problema de álcool isolado (estando habitualmente acompanhado de outras complicações), Wheeler (1918) alerta que se deve em todos os casos identificar e interpretar um grupo de factos, quer físicos, quer sociais, que, conjuntamente, poderão alertar para um eventual problema oculto de bebida. Igualmente, Galvani et al. (2014) defendem que, estando os problemas do uso de substâncias associados a outros como a violência doméstica (por exemplo), na evidência de um deles, todos os problemas interrelacionados deverão ser explorados, tendo em vista a respetiva deteção precoce.

Na intervenção com indivíduos que bebem, aliás tal como em outras situações de serviço social de casos, Wheeler (1918) salienta ainda o princípio vital de dar oportunidade aos sujeitos para expressarem a sua opinião e manifestarem as dificuldades sentidas, ajudando a elaborar os planos para o seu próprio futuro. O projeto de vida deve ter por base, tanto quanto possível, os interesses dos indivíduos ou, quanto muito, reunir todos os esforços para conduzir a pessoa para o plano mais adequado, de modo a vir a ser apropriado pelo próprio em algum momento. Por outro lado, seja consumidor ocasional, social ou dependente, é essencial definir, com todos os tipos de bebedores, os seus objetivos de vida de forma a que possam alterar, saudavelmente, a sua relação com a bebida, nunca se pretendendo ir além das possibilidades de cada um (Wheeler, 1918).

3.3. O Serviço Social no processo de ajuda ao doente alcoólico

Collins e Keene (2000) mencionam que os assistentes sociais possuem um leque de aptidões valioso no trabalho com doentes alcoólicos, relacionado com técnicas de entrevista, de aconselhamento e avaliação, baseadas em diversas abordagens como a sistémica, a cognitivo-comportamental, a intervenção em crise ou o trabalho centrado em tarefas. Afirmam ainda que, dentro destas aptidões mais genéricas, os assistentes sociais podem ter alguns conhecimentos e competências especializados que permitam a adoção da melhor intervenção para cada caso e o suporte a pessoas fragilizadas ou em crise.

Edwards et al. (1999) comungam da mesma opinião ao referir que o Assistente Social está “bem equipado” para promover o envolvimento do doente no trabalho de aconselhamento e psicoterapia, especialmente no contexto familiar, oferecendo igualmente apoio em questões práticas como alojamento, benefícios, emprego e assuntos legais. No entanto, alertam para que a sua atuação não se direcione apenas para as consequências sociais adversas do uso inadequado do álcool, mas atenda em simultâneo os problemas do consumo propriamente dito.

Neste sentido, Collins e Keene (2000) apresentam, no âmbito do papel do Serviço Social, quatro estádios de intervenção que podem delinear o processo de ajuda ao doente alcoólico: a motivação, o tratamento, a manutenção (prevenção da recaída), e a intervenção em recaída. Reforçam que este processo engloba não só o Assistente Social dos serviços de tratamento, mas também de acompanhamento social, visando a prestação dum serviço mais abrangente, que integre a terapia e o apoio contínuo para uma gestão mais eficaz dos problemas de álcool na comunidade.

Miller e Rollnick (2001) defendem que a **motivação** não é um traço ou problema de personalidade, mas “um estado de prontidão ou de avidez para a mudança”, que pode variar e ser influenciado. Diversas teorias foram surgindo neste contexto, tendo por base correntes de psicologia organizacional; um dos modelos que tem sido referência na intervenção com doentes alcoólicos é o modelo desenvolvido por Prochaska e Di Clemente (1982 cit. in Miller & Rollnick, 2001), que descreve uma série de estádios de mudança, pelos quais as pessoas passam no processo de modificação de um problema, e respetivas tarefas motivacionais (ver Tabela 1), procurando explicar e compreender o processo, as razões da mudança e as tarefas do profissional adequadas a cada patamar.

O trabalho de motivação do Assistente Social tem como primeiro objetivo determinar o nível de mudança em que o doente se encontra e ajudá-lo a progredir, reforçando a sua autoestima e autoeficácia, estabelecendo um clima de confiança, clarificando as responsabilidades de cada um (profissional e doente) e prestando informação sobre os serviços e recursos disponíveis (Collins & Keene, 2000).

No entanto, a motivação destes doentes para tratamento é frequentemente difícil e demorada, uma vez que os alcoólicos têm muita dificuldade em reconhecer e assumir que “têm um problema”, sendo muito instáveis e abandonando facilmente o processo de tratamento (Edwards, et al., 1999; Collins & Keene, 2001).

O sucesso da entrevista motivacional está comprovado junto de doentes alcoólicos, sendo uma estratégia particular para ajudar as pessoas a reconhecer e agir sobre os seus problemas presentes ou potenciais (Miller & Rollnick, 2001), que pode facilitar a assimilação de conhecimentos e a construção de instrumentos eficazes para a mudança. Tem como princípios básicos: a empatia, na medida em que a aceitação e a escuta reflexiva promovem a mudança; a discrepância, entre o presente (onde se está) e o futuro (onde se quer estar), partindo da consciencialização das consequências e da argumentação para a mudança pelo próprio doente; o evitamento da argumentação e de rótulos, que contrariam atitudes de defesa; o acompanhamento da resistência, pela alteração de perceções e pela oferta de novas perspetivas, que implica envolver o doente de forma ativa no processo de solução do problema; e a promoção da autoeficácia, relacionada com a autoconfiança e a crença na capacidade de autorrealização e de êxito na mudança, enfatizando a responsabilidade pessoal e a esperança na diversidade de abordagens alternativas disponíveis (Miller & Rollnick, 2001).

Tabela 1 – Estádios e tarefas de mudança

Estádio de Mudança	Definição	Tarefas
Pré-ponderação	Não tem a conceção do problema e não planeia nem pensa na mudança	Levantar dúvidas, aumentando a perceção dos riscos e problemas do comportamento atual
Ponderação	Tem perceção de que há provavelmente um problema, mas é ambivalente sobre ele; pensa na mudança	“Inclinar a balança”, apontando as razões para a mudança e os riscos de não mudar, fortalecendo a autosuficiência
Determinação	Consciência de que tem um problema e que deve fazer alguma coisa, estando pronto para a ação	Ajudar a determinar a melhor linha de ação, mediante um plano
Ação	Faz tentativa para mudar, estando preparado para iniciar o comportamento de mudança	Ajudar a dar passos rumo à mudança, encorajando, referenciando, dando suporte
Manutenção	A mudança é bem-sucedida, incorporando o comportamento de mudança na rotina diária	Identificar e usar estratégias de prevenção e monitorização de sinais da recaída
Recaída	Retorna ao padrão anterior de consumo, podendo regressar aos estágios iniciais	Ajudar a dar os passos da determinação, ação e manutenção, evitando ou prevenindo a desmoralização

Fonte: Adaptado de Miller & Rollnick (2001)

Desta forma, esta abordagem vai ao encontro de alguns dos valores, competências e princípios de ação do Assistente Social, o qual deve respeitar o direito à autodeterminação e promover o direito à participação (IASSW & IFSW, 2004), estabelecendo uma relação efetiva com os indivíduos, segundo competências (Compton & Galaway, 1994 cit. in Silva, 2001) e princípios (Biestek, 1965), que possibilitam um ambiente de confiança e segurança e promovem o crescimento e a mudança. Utilizam a

entrevista para estabelecer essa relação e, em simultâneo, para compreender a situação-problema no seu contexto e como a pessoa vivencia o problema, analisando os recursos existentes e efetuando a orientação e acompanhamento necessários (Benjamin, 1996; Silva, 2001). Assim sendo, só mediante uma sensibilidade comunicativa, uma gestão emocional e uma capacidade empática é que será possível alcançar bons resultados (Silva, 2001; Trevithick, 2006).

Ao nível do **tratamento**, muito mais direcionado para o Assistente Social no campo da saúde, este colabora no estudo e tratamento dos doentes, contribuindo para o Serviço Social Clínico e para a melhoria e humanização dos serviços (Sapir, 1958; Carvalho, 2003). A sua intervenção passa por interpretar o serviço, prestando informações ao doente sobre o processo clínico, e por diagnosticar, no geral, o seu problema de bebida e as situações problemáticas constantes (Sapir, 1958). Encorajando-o a falar sobre o seu quotidiano, a refletir e a reconhecer o seu conflito/dificuldade, o Assistente Social tem como função estabilizar e promover o crescimento pessoal do indivíduo, tendo em consideração as suas emoções, as suas relações e rede social e a resolução de problemas exteriores (Sapir, 1958; Edwards et al., 1999).

Collins e Keene (2000) atribuem um conjunto de tarefas ao Assistente Social durante a etapa do tratamento, que vão ao encontro das referências anteriores: diagnosticar os problemas e necessidades do doente; desenvolver as suas capacidades pessoais, grupais e sociais; negociar os objetivos a serem atingidos mediante os recursos disponíveis, valorizando o seu envolvimento e participação; prestar ajuda para a resolução dos problemas e dos aspetos da sua vida que podem contribuir ou manter o consumo; transmitir conhecimentos sobre a doença orgânica e psíquica, ajudando o doente a tomar consciência do papel que o álcool teve como agente perturbador de dinâmica familiar, laboral e social; ensinar novos comportamentos a serem adotados perante o álcool, que reforcem o seu *Eu* e contribuam para a sua autodeterminação.

Já a **manutenção** requer a construção de um plano de estabilização da abstinência que se operacionaliza com o intuito de prevenir a recaída e que consiste em tirar o máximo partido das capacidades de *coping* e do suporte social do doente (Collins & Keene, 2000). Tal implica o envolvimento e o acompanhamento do Assistente Social na avaliação das necessidades do doente após o tratamento, no desenvolvimento dum novo estilo de vida e duma nova rede social, fortalecida com sistemas de suporte familiar, social e comunitário, e na promoção da integração em novas atividades, o que exige a monitorização dos progressos do cliente, a continuidade de suporte (quando necessário) e o estabelecimento e concretização de objetivos (Collins & Keene, 2000).

Este estágio está muito relacionado com a reinserção social, que é um dos objetivos da profissão e que exige a articulação prévia de diferentes instituições e profissionais. Embora, como sustenta o Plano Nacional contra a Droga e as Toxicodependências (2006), a reinserção deva ser iniciada ainda na fase de tratamento e ser considerada uma parte integrante de todo o processo de intervenção.

Os alcoólicos são muitas vezes objeto de estigma e preconceito, uma vez que ultrapassaram os padrões de consumo ditos normais e aceites socialmente. De acordo com a teoria de Goffman (2004) e Becker (2008), afastaram-se da normalidade e negaram a ordem social, deixando de cumprir ou seguir

as normas sociais definidas e compartilhadas pela sociedade. Prado (2001) menciona que a utilização de uma via não aceite pode converter-se numa problemática mais ampla, afetando diretamente todos os níveis da vida do indivíduo, na qual o próprio caminho se torna na meta a ser alcançada. Deste modo acabam por ser excluídos da sociedade na medida em que comprometeram a sua relação com a cidadania, sendo esta entendida como o acesso a sistemas básicos (Costa, 2002), ou seja, eles deixam de ter acesso às oportunidades que a sociedade lhes oferece, o que implica privação e falta de recursos.

A reinserção social passará assim pelo restabelecimento de vínculos à sociedade, que implicará, segundo Capucha (1998), não só um rendimento económico, mas a construção duma autoimagem positiva, dum estatuto e duma identidade social, a ampliação da rede de suporte social e a aquisição de condições, de direitos e de autonomia.

Os conceitos de reinserção, apesar da sua diversidade e divergência, comungam de algumas dimensões relevantes, nomeadamente a ressocialização, a reestruturação pessoal, a construção dum projeto de vida e o papel ativo da família e da comunidade (Carvalho, 2007).

A reinserção do doente alcoólico pode apresentar grandes obstáculos, no entanto esta é uma peça fundamental no seu processo de tratamento, de manutenção e prevenção de recaídas, e a sua busca constitui uma das funções principais do Assistente Social, o qual deve procurar restabelecer a interação e a comunicação entre o indivíduo e a sociedade.

Quando a intervenção não é eficaz, Collins e Keene (2001) referem que a **intervenção em recaídas**, por parte do Assistente Social, passará por avaliar o respetivo tipo e gravidade e analisar as razões da sua ocorrência, procurando retomar o processo de mudança. Edwards et al. (1999) corroboram esta orientação, ao identificar alguns padrões de recaída – gradual ou abrupta; longa, curta ou intermitente – e ao relevar a análise das causas e significados da situação, esclarecendo alguns dos determinantes mais comuns como a ambivalência de querer ou não parar de beber, a insuficiência das capacidades de *coping*, a incapacidade de sentir a abstinência como recompensadora, as perturbações de humor ou os eventos avassaladores.

Independentemente do estágio de intervenção, Fanti (1990), Edwards et al. (1999), Collins e Keene (2000) abordam a importância do trabalho da e com a família em todo este processo, que se constitui habitualmente como um dos elementos essenciais no suporte ao doente alcoólico.

Efetivamente, tal como Alarcão (2000) defende, a família deve ser entendida como um espaço de leitura e de mudança dos sintomas da doença.

Neste sentido, Edwards et al. (1999) mencionam que a família é fundamental na prestação de informações para a avaliação inicial e contínua do problema de álcool e dos problemas associados e na discussão e no envolvimento nos objetivos e planos de intervenção em cada doente.

Contudo, tal implica atenção à estrutura, composição e funcionamento familiares que poderão desencadear ou prevenir o consumo de substâncias psicoativas (Edwards et al., 1999) e constituir-se tanto como fatores de risco como fatores protetores. Na verdade, a família, enquanto primeira instância protetora e iniciadora do processo de socialização, influencia o conceito individual de saúde e doença, determinando, por sua vez, os riscos e comportamentos de saúde (Cabrita et al., 2012).

Concomitantemente, a família reorganiza-se e sofre mudanças perante um acontecimento adverso inesperado (como é o caso do Alcoolismo), interferindo no seu desenvolvimento e no dos seus membros (Alarcão, 2000). Na mesma linha de pensamento de Relvas (2006), que afirma que cada família reage e se adapta de forma diferente às situações, Fanti (1990) e Edwards et al. (1999) mencionam que o Alcoolismo afeta e influencia as famílias de maneira diferenciada, na medida em que cada uma integra características próprias, acontecimentos específicos e elementos únicos, que são também atingidos de forma distinta pelo perfil e lugar que ocupam. Deste modo, é importante direcionar a intervenção social também para a família, na promoção das suas competências e potencialidades, analisando as que necessitam de apoio para alcançar equilíbrio e contribuindo para a aquisição de ferramentas e recursos, tornando-as capazes de amparar a pessoa com problemas de álcool.

Fanti (1990) menciona o papel fundamental que o Assistente Social pode ter junto da família, nomeadamente na compreensão da natureza dos estilos de vida e da história da alcoolização, na avaliação do estado em que se encontra, e no apoio, capacitação e garantia do bem-estar de cada um dos seus elementos.

Embora as primeiras influências teóricas do Serviço Social se centrassem mais no indivíduo, Campanini (2012) refere que o trabalho com a família sempre foi considerado, ganhando força com o aparecimento das teorias sistémicas. Esta autora afirma que os assistentes sociais foram pioneiros a observar as influências circulares entre os indivíduos e o respetivo seio familiar, sendo os primeiros profissionais a começar a atender e a compreender a interação dos três níveis de análise: pessoal, familiar e social.

3.4. O Serviço Social na intervenção no Alcoolismo – outras dimensões

Partindo do reconhecimento da interação entre indivíduo e meio e da multicausalidade do Alcoolismo, encarado simultaneamente como um problema social e um problema de saúde pública, a prevenção nos diferentes níveis/alvos e em distintas áreas é um contínuo envolvimento a favor da saúde e do equilíbrio entre a pessoa e os elementos e fatores do meio ambiente, favorecendo as probabilidades de êxito da política de prevenção (Mercês de Mello et al., 2001).

Para González et al. (1988) a prevenção, do latim *prevenire* (antes de vir), tem como referência de base a doença ou o problema social. As ações preventivas orientam-se sobretudo para indivíduos e grupos de risco, de modo a impedir o aparecimento, desenvolvimento ou sequelas de doenças ou problemas sociais específicos. Não têm como finalidade apenas a melhoria do estado de saúde ou bem-estar, mas a sua manutenção, mediante a intervenção de profissionais e os recursos de saúde ou dos serviços sociais (González et al., 1988).

Vimos já o papel relevante do Serviço Social junto dos doentes alcoólicos, que poderá corresponder a uma prevenção seletiva (Moreira, 2001), numa classificação mais atual da prevenção (por tipo de população), dirigida a grupos de alto risco, ou a uma prevenção terciária, na classificação tradicional (González et al., 1988), que considera a evolução da sua condição. Esta centra-se na reabilitação e

reinserção social do indivíduo (Dias Cordeiro, 1982), visando a redução mínima das consequências da doença e a reinserção dos doentes ao nível familiar, profissional e social (Gameiro, 1989). Todavia, o Serviço Social pode ainda atuar a outros níveis e contribuir para uma abordagem interdisciplinar integrada. Dirigida a grupos de indivíduos que se encontram numa situação de maior risco do que a população em geral, segundo Moreira (2001) correspondendo à prevenção indicada, a prevenção secundária, interpretada como o conjunto de medidas que facilitam o diagnóstico e tratamento precoces (Gameiro, 1989), procura prevenir complicações ou o agravamento da doença diagnosticada e a redução da sua prevalência na comunidade (Dias Cordeiro, 1982).

O Serviço Social também pode realizar importantes tarefas ao nível da promoção da saúde que deverá ser o mais multidisciplinar possível. Dirigida à população geral (prevenção universal) (Moreira, 2001), a prevenção primária (muito ligada ao conceito de promoção da saúde) procura impedir ou reduzir o risco de doença (González et al., 1988).

Mercês de Mello (et al., 2001) refere que o reconhecimento da multiplicidade de fatores, que estão na origem do Alcoolismo e das possibilidades e limites do tratamento, puseram em relevo a necessidade de se deslocar o foco dos problemas do campo individual para o da Saúde Pública. É assim prioritário atuar na antecipação dos problemas e na formação dinamizadora de novos conceitos, atitudes e estilos de vida saudável. Esta intervenção não se centra apenas na redução da oferta e da procura, mas também em ações de informação, formação, (re)educação e motivação para a alteração de comportamento dos indivíduos e da sociedade. Neste sentido, Serviço Social e Saúde Pública partilham assim o objetivo de promover mudanças que conduzam a uma sociedade mais justa (Schild e Sable, 2006).

É notória a relevância que a comunidade pode ter na promoção da saúde, quando se olha numa perspetiva integral. A saúde depende não só do próprio indivíduo mas de todo o ambiente ecológico e social da comunidade, os seres humanos são seres sociais, pois vivem em sociedade, não podendo ser compreendidos fora do seu contexto social e de forma isolada; a doença que afeta o indivíduo, afeta também o grupo e a comunidade (Trigueros e Mondragón, 1999). A comunidade pode influenciar a saúde dependendo do tipo de relação que os seus elementos mantêm, das condições de higiene, dos recursos existentes e do tipo de cuidados e qualidade dos serviços, bem como dos comportamentos apreendidos (beber, fumar, práticas sexuais, etc.), relacionados com a cultura (Schild e Sable, 2006). A intervenção na comunidade, a partir de programas de saúde pública, permite assim articular todos os recursos em função da prevenção, manutenção e recuperação da saúde (Trigueros e Mondragón, 1999).

A identificação das forças e fraquezas da comunidade possibilita a definição dos seus problemas e falhas; o estudo do impacto dos fatores sociais na saúde e na doença favorece a análise do papel das variáveis sociais noutros fatores biológicos e comportamentais que formam o estado de saúde da comunidade, contribuindo ambos para o aperfeiçoamento e desenvolvimento de novas políticas, bem como de novos programas de prevenção e promoção (Trigueros e Mondragón, 1999; Schild e Sable, 2006).

O trinómio higiene, educação e saúde sempre esteve nas origens do Serviço Social, deixando marcas profundas na sua identidade (Martinelli, 2003). O movimento higienista e o desenvolvimento

da medicina social contribuíram para que o Serviço Social se integrasse nas organizações hospitalares, participando no ensino de novos hábitos de higiene para controlar e prevenir as doenças contagiosas e tendo por objetivo último a promoção social das condições de vida da população (Martinelli, 2003).

A intervenção do Serviço Social em Saúde Pública foca-se no *empowerment* das comunidades, famílias e indivíduos com o objetivo de prevenir a doença e promover a saúde e o bem-estar, minimizando a institucionalização. Ao enfatizar a autovalorização, autoconfiança e capacitação, aqueles tornar-se-ão aptos para enfrentar os seus problemas e assumir-se como protagonistas da mudança, permitindo um processo emancipatório que facilita o acesso a direitos, anteriormente não usufruídos, e potencializa as possibilidades de participação na sociedade de indivíduos anteriormente passivos (Silva, 1998).

Para Schild e Sable (2006), o Serviço Social encontra-se bem preparado para trabalhar no âmbito da saúde pública porque partilha muitos dos seus valores tais como a promoção da justiça social e económica e a diminuição ou eliminação das desigualdades. Para além do mais, baseia-se também em modelos teóricos semelhantes como a teoria ecológica que, embora distinta da epidemiologia social, procura igualmente compreender a relação entre os sistemas sociais, sendo muitos dos seus métodos e técnicas integrados na prática da saúde pública.

No âmbito das políticas de saúde, o Serviço Social integra ainda uma função de gestão e execução das respetivas medidas, mediante a sua avaliação, interpretação e (re)formulação, no sentido de alcançar um equilíbrio entre a procura expressa e as necessidades reais dos cidadãos, que conduza a uma intervenção global, efetiva e eficaz (Costa et al., 2017). No entanto, cada vez mais o Assistente Social se vê confrontado com as incongruência entre diretrizes e critérios legislativos atuais, recursos disponíveis, necessidades e problemas concretos dos cidadãos, que comprometem a defesa e garantia dos direitos à saúde, sendo da sua responsabilidade e competência a procura de respostas alternativas (Costa et al., 2017).

Contudo, perante os contextos de crise vivenciados nas últimas décadas, tanto Cunha Filho (2016) como Costa (et al., 2017) mencionam e analisam as tendências política para a restrição orçamental e para a diminuição da capacidade de resposta dos serviços públicos, sendo esta uma realidade onde, muito provavelmente, nos teremos de movimentar nos próximos tempos. Acresce ainda o impacto significativo que as mudanças políticas no sistema de saúde nacional têm tido na prática do Assistente Social, nomeadamente: a escassez e racionalização de recursos, dificultando, adiando, ou impedindo o acesso à saúde; a quantificação e padronização dos procedimentos, em detrimento da personalização e humanização dos cuidados; a estagnação da carreira e a incipiente valorização do mérito e da dedicação, levando a uma prática rotineira e desmotivadora; e a própria desvirtualização da filosofia do SNS “público, gratuito e universal”, delegando responsabilidades para o segundo (privado) e terceiro (sociedade civil) setores (Costa et al., 2017).

Naturalmente que este desafios se verificam igualmente no campo da intervenção no Alcoolismo, interferindo nas diversas dimensões do fenómeno, quer no desempenho quotidiano, quer no desenvolvimento de políticas alternativas. É assim fundamental que o Assistente Social analise, de forma

sistemática, crítica e reflexiva, a realidade em que intervém, as experiências vivenciadas e a prática que concretiza, ponderando todas as influências em jogo.

3.5. Constrangimentos e desafios da prática profissional

A intervenção na problemática do Alcoolismo exige simultaneamente uma profunda autoconsciência que impeça a interferência de preconceitos, um empenho pessoal na mudança, uma capacidade de intervir sem evocar a negação ou as resistências e a criação de um ambiente de confiança e de esperança, bem como conhecimentos precisos sobre o Alcoolismo (Karoll, 2002).

Alguns progressos foram feitos no desenvolvimento de linhas de orientação para que o Serviço Social pudesse aperfeiçoar competências na identificação, avaliação e intervenção com doentes alcoólicos, referem Collins & Keene (2000). No entanto, vários autores (Alaszewski e Harrison, 1992; Leckie, 1990; Collins & Keene, 2000; Galvani et al., 2014) sustentam que existe ainda alguma relutância e incapacidade por parte dos assistentes sociais em intervir no âmbito desta problemática, necessitados de uma formação complementar, aconselhamento e apoio que os torne capazes de identificar/ /reconhecer e responder aos casos de Alcoolismo e, ao mesmo tempo, de abandonar os estereótipos generalizados e os seus próprios preconceitos.

Galvani et al. (2014) argumentam que a avaliação diagnóstica é uma das competências e conteúdos funcionais do Assistente Social, mas que esta, aplicada ao uso de substâncias, implica uma especialização complementar que não existe nos programas dos cursos de ensino formal, questão que já Fonte (2013) salienta quanto ao nosso país, tanto na formação pré-graduada como na pós-graduada e em diferentes áreas profissionais.

As mesmas autoras esclarecem ainda que, apesar da falta de instrumentos para avaliar as situações em causa, os profissionais procuram habitualmente fazê-lo, sendo no entanto mais no sentido da negação ou minimização dos problemas, do que na aceitação e motivação para tratamento.

Por outro lado, o campo social e da saúde pública conduzem à necessidade e importante aplicação da interdisciplinaridade como método de trabalho, mediante a interação e troca de conhecimentos com vários profissionais (trabalho em equipa interdisciplinar), prática que tem sido incentivada pelos códigos e princípios éticos do Serviço Social (Ely, 2003). O Assistente Social, com a sua formação profissional, dispõe das ferramentas e competências necessárias para compreender e concretizar o trabalho interdisciplinar (Oliveira e Sousa, 2007).

Contudo, nem sempre é fácil promover uma comunicação efetiva e transpor fronteiras e diferenças existentes entre as profissões, principalmente com a constante alteração organizacional dos processos de trabalho, imposta maioritariamente pelo mercado, que tem conduzido à disputa e delimitação de espaços e limites profissionais (Banks, 2001).

Concomitantemente, é ainda necessário ter atenção às grandes transformações que se têm vindo a sentir na sociedade e que, consequentemente, têm posto em causa as bases e a intervenção do Serviço Social nas mais diversas áreas, influenciando igualmente a abordagem no Alcoolismo, tais como a

globalização económica, a tendência à privatização, o avanço do neoliberalismo ou a quebra da responsabilidade do Estado, acarretando dificuldades na sua respetiva reconfiguração.

De acordo com Fred Powell (2001), a realidade pós moderna é cada vez mais imprevisível e descontrolada, cabendo ao Serviço Social lutar contra a incerteza, a fragmentação e a polarização. Isto na medida em que se está a entrar numa fase de abandono da missão a favor dos mais pobres e desfavorecidos, valorizando antes o individualismo terapêutico de resolução mais imediata, uma prática mais privada, não tanto nas agências do Estado, mas a partir de iniciativas diferentes como a sociedade civil e o mercado, não adquirindo uma autonomia face às tendências burocráticas de bem-estar (Specht & Courtney, 1994 cit. in Powell, 2001).

Hardcastle et al. (1997 cit. in Powell, 2001) referem mesmo que entrando no campo administrativo e de criação e gestão de medidas e instituições, se coloca de parte o trabalho com a comunidade em geral e com os cidadãos das comunidades mais vulneráveis.

Amaro (2012) menciona que as práticas pós modernas visam o mínimo de gastos em termos de tempo e recursos, desvalorizam as dimensões mais relacionais, compreensivas e holísticas do agir profissional, condicionando a liberdade profissional, o espaço de intervenção, a reflexão e os contributos éticos.

Jones (1996) refere ainda que os assistentes sociais estão assim menos capacitados para alcançar o bem-estar que tanto valorizam, partindo dum conhecimento seletivo que tem por base o anti-intelectualismo. Já Restrepo (2003) apontava essa apropriação acrítica e fragmentada das Ciências Sociais.

Para além do mais, a formação está a ser gizada em função dos interesses das entidades empregadoras, que pretendem “fazedores” obedientes e não autónomos, ao invés de “pensadores”, predominando a lógica da formação (tecnicista, aplicação) do que da educação (compreensiva e reflexiva) (Jones, 1996). As instituições são o palco de intervenção e de legitimação do Assistente Social, incorporando normas e orientações específicas, determinadas pela correlação de forças entre Estado, sociedade e mercado, que podem delimitar a sua ação (Souza, 1995; Andrade, 2001).

Contudo, em simultâneo, podem ser também um espaço impulsionador de mudanças, uma vez que se trata dum contexto mutável, sujeito a ocorrências e imprevistos, que exige constante adaptação (Andrade, 2001). Tal implica possuir um conjunto de saberes (leis sociais e normas jurídicas, diretrizes e políticas institucionais, modos e projetos de vida dos destinatários das intervenções e interesses e relações entre os vários atores envolvidos), a partir da prática profissional, possibilitando a aquisição de poder no contexto organizacional (Andrade, 2001).

Hespanha (2001) afirma ainda que o mundo globalizado apresenta uma menor capacidade de resposta das sociedades, através dos seus sistemas institucionalizados de proteção social, existindo uma maior probabilidade de ocorrência de fatores de marginalização e de exclusão social.

Desta forma, Dominelli (2003) coloca assim como desafios principais a integração da teoria na prática, ou seja a ligação que se faz na medida em que as teorias vão mudando e as próprias práticas se reconfiguram, e a necessidade de escalas de interferência na intervenção social de peso diferenciado (para as famílias e as comunidades, na dimensão local, nacional e internacional).

Embora Faleiros (2001) assuma uma restrição do campo da ação profissional, o autor defende que “a qualidade e a intensidade da ação devem aumentar na defesa dos direitos que ainda são mantidos” (Faleiros, 2001, p. 333).

É assim essencial que o Assistente Social desenvolva uma prática de *empowerment* e promova um trabalho em rede efetivo, integrando vários níveis de intervenção, evitando a fragmentação (Faleiros, 2001; Branco & Amaro, 2011) e clarificando e definindo os seus valores profissionais (Banks, 2001).

3.6. Síntese conclusiva

As diferentes concepções de saúde influenciaram e influenciam a intervenção do Serviço Social na relação com o indivíduo, no uso de métodos e técnicas, no processo de ajuda, nos resultados, interferindo ainda com os princípios e objetivos profissionais.

Por outro lado, o legado clínico e psicológico do Serviço Social determinou e fortaleceu a sua atuação na avaliação e abordagem individualizada da pessoa, centrada numa intervenção social mais terapêutica e informativa, no sentido de ajudar os indivíduos a obter o seu crescimento psicológico. Contudo, esta atuação *per se* negligencia, de certa forma, uma intervenção holística necessária ao tratamento da doença, e mais especificamente neste caso do Alcoolismo, se tomarmos em conta os respetivos conceitos envolvidos que refletem uma multiplicidade de fatores e de consequências que têm de ser encarados em constante interação.

Deste modo, “ainda quando o serviço social se realiza em escala microsocial, é preciso conciliar estes problemas com os condicionamentos em escala macrosocial” (Ander-Egg, 1978, p. 25) e agir na proporção da multidimensionalidade.

Partindo duma base ecológica, todo o ambiente está interligado e pode ter impacto no desenvolvimento da pessoa, sendo constituído por diversos níveis que exercem influências diretas ou indiretas: o microsistema – o nível mais imediato em que se desenvolve o indivíduo; o mesosistema – comporta as interrelações de dois ou mais ambientes onde a pessoa participa ativamente, como o trabalho, a vida social, a família; o macrosistema – representa a cultura e subcultura, em que se desenvolve a pessoa e todos os indivíduos da sociedade (Linares et al., 2002). Se todos estes níveis dependem uns dos outros, o que implica que participem e comuniquem entre si, se a realidade que se constrói no microsistema não é apenas influenciada pelos membros que o constituem e com a totalidade que ele forma, mas também pelas características dos outros subsistemas, torna-se de facto imperativo, olhar, compreender e trabalhar simultaneamente com todos os níveis.

Assim sendo, e numa perspetiva holística, a intervenção deve focalizar a pessoa não só no seu âmbito físico, mas também social, identificando os problemas, fomentando uma capacidade política de intervenção, facilitando um equilíbrio técnico dos programas e meios envolvidos e, acima de tudo, promovendo a colaboração e participação dos indivíduos em causa.

As práticas que os assistentes sociais incrementam junto dos indivíduos alcoólicos e respetivas famílias, incidem em aspetos de natureza psicossocial, familiar, socioeconómica e profissional, tendo

em conta a trajetória de vida e especificidades de cada pessoa, indo ao encontro das características de cada um e atendendo igualmente às particularidades das instituições, políticas e teorias que as suportam.

Independentemente do seu campo ou área de intervenção, o Assistente Social é fundamental na intervenção com doentes alcoólicos, sendo fulcral valorizar o seu papel na prevenção e promoção da saúde, nomeadamente no diagnóstico precoce, na motivação, no tratamento e reinserção social de doentes e ainda de outro tipo de consumidores não dependentes.

Todavia, os fenómenos da globalização, burocratização e privatização poderão traduzir-se em obstáculos para um desempenho eficaz. Por estas razões, o desenvolvimento de um espírito crítico, inovador e criativo e de uma atitude interdisciplinar e reflexiva da prática profissional, bem como a compreensão e o desenvolvimento da capacidade de análise das dinâmicas institucionais podem ser meios para superar estes limites da profissão, permitindo a construção ou a adoção de novas formas de intervenção para os problemas existentes e emergentes.

Tendo em consideração estas constatações, na perspetiva duma abordagem holística do Alcoolismo, e na tentativa de uma concretização objetiva da atuação do Serviço Social, apresenta-se por fim o seguinte contributo, salientando a necessidade de sensibilização e formação dos assistentes sociais no âmbito do Alcoolismo, considerando assim diferentes níveis de intervenção (Esquema 1):

Esquema 1 – Proposta de modelo de intervenção do Serviço Social no Alcoolismo

PREVENÇÃO					
Gordon, 1987	PRIMÁRIA UNIVERSAL	SECUNDÁRIA SELETIVA	TERCIÁRIA INDICADA	Caplan, 1964	
Tipos de intervenção	Ações educacionais, de informação, sensibilização e promoção de competências	Utilização de instrumentos de avaliação (AUDIT, CAGE...) Aconselhamento/entrevista motivacional Satisfação de necessidades básicas	Trabalho sistemático de adesão terapêutica, definição do projeto de vida e satisfação de necessidades básicas	MICRO	Níveis de prática
	Formação de públicos-alvo em ambientes estratégicos	Abordagem familiar aos PLA Intervenção em rede Acompanhamento social	Intervenção e apoio familiar Trabalho em rede Acompanhamento contínuo	MESO	
	Advocacy para políticas e medidas de prevenção primária	Advocacy para programas de deteção precoce, motivação e tratamento	Advocacy para respostas específicas de tratamento e reabilitação de doentes	MACRO	
FORMAÇÃO – valores/conhecimentos/competências					

Fonte: Elaboração própria, adaptado de Schild & Sable (2006)

Capítulo IV

Estudo Empírico

Apesar de se continuar a assistir ao debate em torno das diferentes teorias de referência – funcionalismo, estruturalismo, fenomenologia social, sociologia compreensiva ou interpretativa e etnometodologia, bem como das estratégias de investigação – dedutiva, indutiva, abdutiva, retrodutiva e ainda dos diferentes tipos de abordagem – quantitativa, qualitativa ou mista, atualmente todas estas orientações já não são entendidas como opostas ou irreduzíveis, mas como enfoques diferentes no campo da pesquisa social (Flick, 2004).

Deste modo não há um só caminho, mas vários caminhos para a investigação científica, quanto ao modo de alcançar o conhecimento do mundo social. Assim, as opções metodológicas do investigador são enformadas, designadamente, pelas suas inquietações, pelo seu propósito de investigação e pelas suas referências teóricas e paradigmáticas.

4.1. Questões e objetivos de investigação

No presente estudo, o investigador tem vindo a sustentar a necessidade de se valorizar e conhecer o papel do Assistente Social ao nível dos consumos de álcool em Portugal, independentemente da sua área de intervenção e contexto institucional. Tal implica, primeiramente, evidenciar e/ou consolidar a presença de situações de Alcoolismo nas respostas da comunidade e, posteriormente, conhecer e refletir sobre as respetivas práticas de intervenção social no nosso país.

Que tipos de trajetórias se observam nos consumidores excessivos ou dependentes de bebidas alcoólicas? Será que estes contactam/procuram as respostas da comunidade, independentemente do seu problema de álcool? Que serviços de apoio se relacionam com as pessoas com PLA e que tipo de resposta adotam? Será que os assistentes sociais estão sensibilizados e capacitados para detetar e intervir em situações de alcoolismo? Os profissionais centram-se mais no sintoma que a pessoa apresenta e no problema a que a instituição responde, ou na situação integrada e total da pessoa potenciando a deteção precoce do Alcoolismo? Concretizarão trabalho efetivo motivacional, encaminhamento para os serviços especializados e trabalho em rede? Como procuram prevenir ou reduzir os impactos dessas situações?

Esta pesquisa pretende estudar, numa abordagem descritiva e compreensiva, os processos de atuação do Assistente Social e dos serviços de apoio e acompanhamento social nas trajetórias de vida

dos doentes alcoólicos, partindo principalmente da perspetiva dos doentes, mas também dos próprios profissionais, tendo como objetivos:

- 1) Reconstituir o percurso do comportamento alcoólico, identificando os problemas sociais mais associados;
- 2) Identificar e analisar as relações que os doentes alcoólicos estabelecem com a rede de serviços sociais e de saúde;
- 3) Conhecer e caraterizar a atuação dos serviços de apoio e acompanhamento social quando se deparam com situações de Alcoolismo, designadamente ao nível do diagnóstico, da motivação para tratamento e da reinserção social;
- 4) Determinar os fatores que influenciam as práticas dos profissionais de Serviço Social na abordagem ao Alcoolismo.

4.2. Opções e estratégias metodológicas

Este estudo, tendo como finalidade analisar e compreender os processos de atuação do(s) Serviço(s) Social(is), no percurso pessoal e institucional dos doentes alcoólicos e na abordagem ao Alcoolismo, adota uma orientação qualitativa. Numa perspetiva de descoberta, este tipo de orientação apresenta um caráter aberto, permitindo o ajuste à complexidade do objeto de estudo, e possibilita uma diversidade de abordagens e métodos, considerando, em simultâneo, a perspetiva dos participantes na sua diversidade e a reflexão do investigador.

A pesquisa qualitativa, ao contrário da pesquisa quantitativa, que defende a quantificação e o controle estatístico e das variáveis como meios para alcançar um conhecimento válido, tem como objetivo o de compreender o fenómeno em profundidade, através da apreensão da subjetividade dos participantes (Flick, 2004). A realidade estudada neste contexto é uma realidade construída socialmente, sendo os atores sociais reconhecidos como sujeitos que produzem conhecimentos e práticas (Flick, 2004).

O investigador é o responsável por decifrar e interpretar o significado da ação humana, sendo também um elemento central da investigação que, devido à circularidade do processo de pesquisa, deve adotar uma reflexão permanente ao longo da investigação, atendendo a todos os passos específicos e à sua interação (Flick, 2004).

A pesquisa qualitativa assenta assim no paradigma interpretativo, baseado na hermenêutica, que busca o significado de um texto, e na fenomenologia, que parte da premissa de que a teoria é gerada a partir dos dados obtidos. Assim sendo, de acordo com o paradigma interpretativo, a realidade é subjetiva e socialmente construída, podendo o fenómeno ser compreendido através da informação recolhida, ou seja, dos significados atribuídos pela população (Wildemuth, 1993; Myers, 2000 cit. in Dias, 2000).

O objetivo primordial deste tipo de pesquisa é então perceber a realidade humana vivida socialmente, captando os significados da ação humana que só poderão ser totalmente compreendidos

se tivermos em conta as razões e motivos que dão sentido às aspirações, às crenças, aos valores e às atitudes dos homens nas suas interações sociais. A apreensão destes significados não depende apenas dum ponto de vista objetivo (análise independente do sujeito e do contexto da percepção), mas dum ponto de vista subjetivo (análise da pessoa) e intersubjetivo (análise da estrutura e dos sistemas que favorecem a interação e a partilha de crenças entre grupos de pessoas) (Fraser & Gondim, 2004).

Mais do que explicação e verificação como lógica de investigação, o princípio de conhecimento da abordagem qualitativa é o de compreensão (o processo compreensivo da realidade social), seguindo uma lógica de saber vertical (de profundidade), em que o caminho se vai construindo, não sendo necessário definir *a priori* todos os componentes do problema de investigação, mas um ponto de partida orientador, aberto a novas ideias, perguntas e dados; não se trata de uma lógica linear, mas de uma lógica de descoberta e circular, baseada na provisoriedade e na flexibilidade (Flick, 2004). Em consonância com a abordagem qualitativa, este estudo centrar-se-á numa **lógica de investigação indutiva e abductiva**. A estratégia indutiva permite produzir generalizações a partir da acumulação de dados; a estratégia abductiva entende que a realidade social é socialmente construída, a partir da interpretação dos significados e motivações dos atores sociais (Blaikie, 2000).

Este estudo não partirá assim dum quadro teórico fechado, de uma orientação teórica *a priori*, mas, sem menosprezar o papel que as teorias podem ter no desenvolvimento da investigação, procurará encontrar singularidades e compreender os sujeitos e as suas trajetórias através dos casos e dos resultados obtidos, estabelecendo generalizações universais. Desta forma, mais do que uma simples aplicação de uma regra geral a um caso particular, é a passagem de uma premissa menor para uma maior (Blaikie, 2000; Marcos & Dias, 2005).

Considerando ainda que o conhecimento da realidade social só poderá ser alcançado através do contacto com a vida social, partindo da descrição e significação das atividades quotidianas dos atores sociais, os factos são estudados e é criada uma teoria para os explicar (Blaikie, 2000; Marcos & Dias, 2005). Deste modo, em vez de se recolherem dados para comprovar as teorias e hipóteses (*testing theory*), desenvolver-se-ão ideias, conceitos e teorias a partir de um conjunto de hipóteses que se definirão ao longo da pesquisa (*developing theory*) (Guerra, 2006), com base na análise e interpretação dos dados empíricos, ou seja, a partir das trajetórias dos doentes alcoólicos e dos respetivos processos de atuação dos serviços de apoio e acompanhamento social e do Serviço Social.

Contudo, importa frisar que se reconhece uma maior eficácia da investigação mista na leitura e interpretação da realidade social, que é complexa, mutável e incontrolável (Fernández & Fernández, 2004). Assistimos, na literatura científica, ao debate e oposição constantes entre os dois paradigmas – empirista (quantitativo) e heurístico (qualitativo); no entanto, apesar das diferenças que possam existir, Lessard-Hébert et al. (2008), recorrendo a diversos autores, identificam não só uma perspetiva dicotómica, como também uma tese de *continuum* entre o quantitativo e o qualitativo. O estudo de Miles e Huberman (1984 cit. in Lessard-Hébert et al., 2008) revela a frequente combinação das duas perspetivas na prática investigativa, independentemente da posição epistemológica do investigador.

Por outro lado, Morin (2008) sempre defendeu uma relação entre objeto e sujeito, entre o lógico, o racional e o empírico, integrando dimensões que se conjugam e se interrelacionam numa causalidade circular ou recursiva, podendo ter consequências incertas e inesperadas, características duma complexidade que não se consegue nem se deve eliminar.

Martinelli (1999) demonstra estas preocupações ao referir que os dados quantitativos são enriquecidos pelos significados dos sujeitos implicados. Para a autora (1999, p. 25), “O facto de ser qualitativa não implica a descaracterização ou exclusão da outra modalidade. Por isso é que podemos até ter uma pesquisa qualitativa que decorra de uma quantitativa”.

Na realidade, apesar desta investigação se orientar numa perspetiva qualitativa, a análise qualitativa só foi possível com uma avaliação prévia da prevalência de cada categoria. Estes procedimentos refletem, em parte, uma base quantitativa, revelando a potencial interação entre as duas abordagens e incrementando maior profundidade e credibilidade.

Neste sentido, já Good e Hatt (1979, p. 399) referiam que

“(...) o que é medido continua a ser uma qualidade. A quantificação simplesmente assume maior precisão e fidedignidade (...). O processo de alcançar precisão auxilia a esclarecer ideias e a refundir o conhecimento substantivo, mas num sentido fundamental a pesquisa pode ser chamada qualitativa”.

4.3. Técnicas de recolha e tratamento de dados

As técnicas de recolha de dados podem ser utilizadas em diferentes contextos paradigmáticos, dependendo da orientação fundamental do estudo. Podem centrar-se mais na neutralidade e objetividade das informações obtidas, na padronização das perguntas e nas orientações relativas à postura do entrevistador e na escolha aleatória ou estratificada da amostra, se forem utilizadas em pesquisas quantitativas. Ou podem centrar-se na representatividade dos significados (apreendida a partir dos próprios atores sociais, profundos conhecedores e influenciadores da realidade estudada), na flexibilidade e na interação entre os participantes e/ou entre os participantes e o próprio investigador se enquadradas numa pesquisa qualitativa (Fraser & Gondim, 2004).

Segundo Morgan (1997 cit. in Galego & Gomes, 2005), é possível conciliar alternativas metodológicas, partindo do pressuposto de que nenhuma é autossuficiente e que todos os obstáculos entre abordagens metodológicas distintas podem ser transpostos, permitindo que as diferentes opções supram a deficiência de umas e outras e beneficiem das suas virtudes.

Assim sendo, as técnicas de recolha de dados utilizadas neste estudo foram a **entrevista estruturada**, a **observação participante** e o **focus group**, procurando dar resposta a dois eixos de análise distintos, um relativo ao percurso do consumo dos doentes alcoólicos e outro respeitante à atuação dos profissionais de Serviço Social. Como em qualquer outro tipo de pesquisa qualitativa, estas têm a finalidade de procurar o sentido e a compreensão dos fenómenos sociais e da realidade estudada,

a partir da análise do sentido que os sujeitos dão às suas práticas e experiências diárias. Foi assim possível efetuar uma “triangulação” dos dados obtidos através destas técnicas, integrando uma função de complementaridade na investigação qualitativa, tal como referem Lessard-Hébert et al. (2008).

Apesar da diversidade de terminologias (diretiva, padronizada), a entrevista estruturada integra perguntas prévia e cuidadosamente preparadas, que são realizadas numa ordem preestabelecida, possibilitando uma recolha mais rápida, embora parcial da informação (Bravo, 1988). A este propósito, Lodi (1981) indica que a sua premissa é a comparação de várias respostas ao mesmo conjunto de perguntas, sendo as diferenças reflexo das singularidades de cada entrevistado e não das perguntas, visando assim uma standardização máxima, como aliás menciona Bravo (1988).

Este tipo de entrevista foi utilizada para recolher dados autobiográficos e informações mais precisas da vida dos participantes, tendo por base um guião de entrevista predefinido, adequado aos interesses da investigação e do conhecimento profundo e crítico do investigador sobre o tema para um melhor nível de avaliação (Gaskell, 2002 cit. in Fraser & Gondim, 2004). Desta forma, este guião de entrevista (Anexo I) centrou-se nas escolhas e comportamentos do consumidor de álcool, numa linha temporal e longitudinal, englobando a história de consumo (relação com o álcool, razões, contextos e padrões), os efeitos do consumo nas esferas da vida pessoal, familiar e social e a relação e o papel das instituições de saúde e sociais na trajetória do participante, nomeadamente ao nível da motivação, encaminhamento e tratamento.

Contudo, tendo em consideração o perfil dos entrevistados, alguns com baixa escolaridade e/ou manifestas limitações cognitivas, foi adotada uma variante deste tipo de entrevista, a *nonscheduled standardized interview* que, como Lodi (1981) refere, possibilita maior liberdade à formulação das perguntas. Esta tem como pressupostos o uso de vocabulário familiar e a execução duma ordenação que proporcione maior rapidez nas respostas e melhor adesão do entrevistado.

Assim, a aplicação da entrevista foi adequada a cada um dos indivíduos entrevistados, respeitando o significado das questões, mas existindo flexibilidade na escolha das palavras, na sequência das questões e no momento da entrevista. O investigador recorreu à gravação áudio, de forma a assegurar a totalidade e exatidão dos dados obtidos.

A **análise de conteúdo** das entrevistas ofereceu a possibilidade de trabalhar metódica e sistematicamente informações e testemunhos complexos, analisando o discurso, não na procura de verificar o funcionamento da linguagem, mas no sentido de compreender o que se diz e o seu sentido, sem contudo prejudicar a criatividade do investigador, como mencionam Quivy e Campenhoudt (1998).

De acordo com Bauer e Gaskell (2002), a análise de conteúdo é um conjunto de procedimentos explícitos de análise textual para fins de pesquisa social que, para além de descrições numéricas, pode também apresentar os tipos, qualidades e distinções do conteúdo, sendo assim uma técnica que permite apresentar resultados tanto quantitativos como qualitativos, dependendo dos indicadores definidos. Para analisar os textos é necessário proceder à sua codificação que ocorre segundo regras precisas em relação aos dados gerais, podendo ser atingida uma representação do conteúdo, por meio da escolha das unidades de análise, das regras de contagem e de categorias, consistindo no reagru-

pamento de tópicos específicos com critérios previamente estabelecidos, a partir do isolamento dos diferentes temas, e posteriormente, da sua organização (Bardin, 2002).

Sendo este um estudo de natureza qualitativa, a categorização é definida não a partir das questões e hipóteses que orientam a investigação, mas dos dados obtidos. O investigador tem a função de explorar o material através da sua categorização e codificação, interpretando os resultados e conclusões, elaborando afirmações que vão evoluindo do descritivo para o explicativo e do concreto para o abstrato. Procurou-se assim obter um conhecimento mais específico das trajetórias dos doentes alcoólicos e do respetivo papel dos serviços de apoio e acompanhamento social, nomeadamente a realidade e o sentido que os sujeitos dão ao seu percurso de vida, principalmente ao nível dos comportamentos alcoólicos e do respetivo apoio institucional, bem como os acontecimentos com que se confrontaram.

A análise de conteúdo foi assim utilizada como suporte para a interpretação dos dados, permitindo a construção de esquemas biográficos ou biogramas, adaptando, para o recorte longitudinal, os critérios propostos por Branco (2001) (ver Esquema 2).

Optou-se pelo uso de biogramas, na medida em que permitem uma construção e visualização gráfica da história e trajetória do indivíduo (Digneffe, 1997). Desta forma, foi possível ir ao encontro de alguns dos objetivos de estudo, nomeadamente a reconstituição de experiências, eventos e acontecimentos críticos dos doentes alcoólicos.

Os biogramas são organizados cronologicamente, integrando diferentes áreas temáticas, onde devem ser assinalados os episódios relevantes da vida dos indivíduos (Tinoco & Pinto, 2001).

Esquema 2 – Modelo do Biograma

	Perfil											
Sexo e idade												
Estado civil												
Formação e atividade/ /Situação profissional												
Problemas associados ao álcool pelo doente												
Situação atual quanto ao consumo												
Idade Dimensões de análise	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	48	
Trajetória do consumo												
Relação serviços de saúde												
Relação serviços sociais												
Trajetória pessoal e familiar												
	1971	1976	1981	1986	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2019	

Fonte: Elaboração própria, adaptado de Branco (2001)

Em consonância com a abordagem qualitativa, o enfoque biográfico adota uma análise de dados mais compreensiva do que explicativa, a partir da subjetividade dos indivíduos, que são vistos como produtores e produtos dos factos sociais, analisando assim os seus testemunhos e vivências (Bruno & Alemán, 2016).

Os dados centram-se preferencialmente no percurso do consumidor e respetivo tratamento/acompanhamento, reconhecendo que o contacto com os serviços influencia direta ou indiretamente o próprio consumo. Assim sendo, pode ser considerada uma biografia temática, dirigida a um aspeto da vida da pessoa, conforme a classificação de Tinoco e Pinto (2001).

Por outro lado, acumulam-se e cruzam-se um conjunto de histórias de vida, tendo em vista a identificação e definição de trajetórias típicas da população em causa. Desta forma, procura-se registar, analisar e interpretar os acontecimentos vividos pelos entrevistados ao longo da sua vida, relativamente ao consumo e aos serviços de apoio (de saúde e sociais), atendendo em simultâneo à relação entre características individuais e constrangimentos estruturais. Isto na medida em que o indivíduo, de acordo com Delory-Momberger (2012), se constrói na interação entre a sua ação e o determinismo das estruturas. Para além da reconstituição de trajetórias, foi assim possível recolher um número significativo de relatos das experiências de relação e de acompanhamento dos serviços de apoio locais, permitindo não só apreender os mecanismos e as dimensões adjacentes ao percurso do comportamento alcoólico, como também conhecer o doente alcoólico e a sua relação com os outros e com os serviços, compreendendo interesses, influências e escolhas de vida. Esta **abordagem de orientação biográfica** permite, a partir das histórias dos indivíduos, articular a dimensão diacrónica (ao longo do tempo) e sincrónica (em simultâneo) dos fenómenos e a apreensão da heterogeneidade, complexidade e interação das práticas sociais (Digneffe, 1997).

A pesquisa biográfica reconhece assim o indivíduo como um ator único, que possui o seu próprio saber, experiência e interpretação, procurando estudar como se constrói o indivíduo enquanto ser social e singular (Delory-Momberger, 2012). Desta forma, tem em perspetiva a relação entre indivíduo e contexto sociohistórico, atendendo à dimensão temporal e compreensiva da experiência individual, que influenciam a sua forma de pensar e agir (Delory-Momberger, 2012).

Neste sentido, a realidade social é vista como uma construção histórica que é produzida pelos próprios atores, sendo os seus testemunhos e vivências o objeto de análise para a compreensão e interpretação dos fenómenos e processos sociais (Bruno & Alemán, 2016).

Apesar das críticas que apontam para a linearidade e a carência de objetividade, Bruno e Alemán (2016, p. 38) apoiam-se em La Garza (2000) defendendo e citando que o enfoque biográfico “no es pura reconstrucción de las condiciones de la intersubjetividade sino de la relación de esta con aquellas estructuras objetivas, incluyendo en estas las de significaciones sociales.” Por outro lado, reforçam a ideia de que a essência do método biográfico é a subjetividade do sujeito (Pujadas, 2000 cit. in Bruno & Alemán, 2016), o que exige por isso a desconstrução e redefinição de conceitos alicerçadas no trabalho empírico, em detrimento duma lógica dedutiva (Bruno & Alemán, 2016).

Perspetivando os objetivos desta investigação, entendeu-se que o recurso à **observação participante** poderia ser também um contributo útil para uma análise preliminar do papel do Assistente Social no contexto do estudo em causa. Desta forma, foi aplicada a referida técnica num evento direcionado às problemáticas do álcool, intitulado “I Encontro – A Intervenção Social nos PLA: dos modelos ao trabalho em rede”, organizado pelo Núcleo Local de Inserção de Braga em parceria com a Universidade Católica de Braga (Anexo II). Este tinha por objetivo a promoção da discussão dos PLA e estava estruturado em dois painéis distintos: um primeiro, em formato de conferência, aberto ao público em geral, destinado à apresentação dos projetos e trabalhos inovadores de algumas entidades de referência, um segundo, em modelo de reunião, restrito a profissionais de distintas instituições locais⁷.

Considerada a pertinência deste encontro, nomeadamente deste último painel, para um aprofundamento e enriquecimento dos resultados da investigação em causa, foi solicitada e obtida permissão e acesso pleno aos respetivos trabalhos, enquanto observador.

A observação participante é uma técnica de recolha de dados realizada através da observação dum investigador (Oliveira et al., 1992). O que diferencia a observação participante da não participante é o facto do pesquisador estar inserido no grupo do qual vai recolher informação, ou seja, a observação parte do interior e não do exterior, sendo o investigador o instrumento de observação (Oliveira et al., 1992; Quivy & Campenhoudt, 1998; Lessard-Hébert et al., 2008).

Foi adotada a modalidade observação-participação (Oliveira et al., 1992), uma vez que o investigador não fazia parte do grupo, tendo sido integrado no contexto da sua investigação. Tendo em conta o caráter episódico e particular do evento, foi utilizada a técnica da reportagem (Oliveira et al., 1992), que incide sobre manifestações políticas, conferências, reuniões, como foi o caso. A partir da análise sistemática do mesmo, apesar da participação distanciada e de curta duração, esta técnica pode fornecer elementos importantes complementares ao estudo (Oliveira et al., 1992).

Segundo Everston e Green (1986 cit. in Lessard-Hébert et al., 2008), o investigador pode envolver-se de forma mais ativa ou passiva, relativamente aos acontecimentos e aos pontos de vista dos participantes. Assumindo uma participação passiva num primeiro momento, no sentido de evitar influências e interferências nas perspetivas dos participantes, o observador esteve presente na reunião, apreendendo e registando os pontos de vista dos indivíduos envolvidos. Já na fase final da sessão, o observador adotou uma postura mais ativa, revendo as dificuldades apontadas e tecendo alguns comentários finais.

Foi adotado um sistema de observação aberto, no sentido de apreender uma maior amplitude do contexto, definindo as categorias/unidades de observação à posteriori.

Não tendo sido permitido recorrer a um sistema tecnológico de registo, que asseguraria a exatidão dos dados “em bruto”, optou-se pelo sistema narrativo, que possibilita o registo no momento da

⁷ Vide <http://www.ffcs.braga.ucp.pt/cab/item/363-1-encontro-a-intervencao-social-nos-problemas-ligados-ao-alcool-dos-modelos-ao-trabalho-em-rede>.

observação do “acontecimento crítico” (sessão de trabalho) e da linguagem coloquial utilizada (Lessard-Hébert et al., 2008).

Embora possam existir diferentes formas de registo de dados nos sistemas narrativos, conforme Everston e Green (1986 cit. in Lessard-Hébert et al., 2008), foram registadas “notas do trabalho de campo que descrevem o que foi visto, ouvido, vivido e pensado pelo investigador” (Everston & Green, 1986 cit. in Lessard-Hébert et al., 2008). Desta forma, os dados foram tratados numa lógica de descrição narrativa, passando pela exposição dos diferentes elementos concretos da situação e pela citação das opiniões dos intervenientes (Lessard-Hébert et al., 2008).

O conjunto das técnicas anteriormente mencionadas serviu ainda para identificar os *settings* e as circunstâncias em que as situações de Alcoolismo eram mais evidenciadas e diagnosticadas, visando a construção duma amostra sólida e dum quadro analítico, particularmente rico, que se revelaram fundamentais para a constituição e estruturação do *focus group*. Este último teve como objetivo principal aprofundar e interpretar a realidade e prática profissionais dos assistentes sociais nos casos de Alcoolismo, designadamente ao nível do diagnóstico e da respetiva intervenção.

O *focus group* permite assim, numa abordagem intensiva, obter informações sobre as diferentes atitudes, opiniões e formas de atuação dos informantes no grupo, onde a discussão estimulada e a dinâmica desenvolvida são “fontes centrais de conhecimento” (Flick, 2004). Por outro lado, possibilita ainda construir hipóteses baseadas nas perceções grupais sobre o tema abordado, orientar e dar referencial à investigação ou à ação em novos campos, e gerar informações adicionais (Galego & Gomes, 2005; Giovino, 2008).

Assim sendo, o *focus group* constitui uma mais-valia na apreensão e reflexão da intervenção efetiva dos assistentes sociais e dos significados e fatores que influenciam as suas práticas no âmbito do Alcoolismo.

Para a condução desta técnica foi elaborado um guia/plano de discussão (Anexo III), cuja qualidade, segundo Gaskell (2002 cit. in Fraser & Gondim, 2004), depende do nível de avaliação e adequação aos interesses da investigação e do conhecimento profundo e crítico do investigador sobre o tema. A construção dum guião é uma prática comum que envolve a pontuação dos tópicos que são discutidos, mas de modo a que não impeçam o aprofundamento de aspetos relevantes, servindo de referência geral, orientador e auxiliar de memória para ajudar a evitar a omissão de assuntos importantes e a dispersão em relação aos objetivos estabelecidos, podendo ainda ser útil para a elaboração e antecipação de categorias de análise dos resultados (Geoffrion, 2001; Fraser & Gondim, 2004). Desta forma, o guião identifica os diferentes momentos do encontro e, centrado em questões simples e abertas, resume os dois principais temas de discussão, indicando a ordem provisória e a duração aproximada para cada etapa/assunto, conforme salienta Geoffrion (2001), no sentido proporcionar uma melhor compreensão e um maior espaço para resposta, e a permitir a flexibilidade do tema e o aparecimento de novas questões pertinentes.

A investigadora assumiu a função de co-moderadora, em conjunto com uma colega mais experiente na dinamização de *focus group* e na intervenção alcoológica, e, para além da respetiva planificação,

procurou promover a participação e a interação grupal, sem interferir na dinâmica do grupo, conforme recomendações de Galego e Gomes (2005), cumprindo e dirigindo as questões/objetivos previamente definidos e assegurando um clima de confiança e de respeito. Foram utilizados três gravadores portáteis para o registo da informação partilhada, posteriormente transcrita e objeto de análise qualitativa de dados, assistida por computador, através do programa informático MAXqda. Contribuindo para a construção e comparação do significado das atitudes e opiniões dos Assistentes Sociais sobre as suas práticas, este instrumento não realiza a análise de conteúdo nem produz resultados por si próprio, apenas ajuda a dissecar o texto de forma interativa, tendo o investigador a função de conduzir todo o processo, explorando o material através da sua categorização e codificação, tarefa para a qual o guia/plano de discussão elaborado serviu de esquema inicial, permitindo a definição de categorias e facilitando a análise e interpretação dos resultados (Anexo IV).

Complementarmente, foi ainda aplicado aos participantes uma pequena ficha de recolha de dados (Anexo V), tendo em vista uma breve caracterização socioprofissional do grupo.

A conjugação destas técnicas permite simultaneamente ter acesso a informações e formular hipóteses interpretativas a um nível intra e interpessoal. A entrevista individual capta as opiniões do sujeito decorrentes das suas características individuais e da relação intersubjetiva entre o entrevistador e o entrevistado, o que facilita o acesso aos significados atribuídos pela pessoa relativos às suas práticas e vivências (Lodi, 1981); a observação participante procura alcançar o máximo de informações relativas à situação em causa, permitindo o acesso direto a dados sobre ações, opiniões ou perspetivas (Lessard-Hébert et al., 2008) e possibilita uma interação mais consistente entre campo e objeto de estudo (Flick, 2004); o *focus group* reúne opiniões emitidas sob as influências e a dinâmica do grupo, partindo do pressuposto de que os seres humanos tendem a formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos, ajustando-as ou mesmo reformulando-as depois de ouvir os demais (Lodi, 1981; Geoffrion, 2001). Nesta linha de investigação, os participantes são vistos como pessoas que constroem os seus próprios discursos e baseiam as suas ações nos significados derivados dos processos de comunicação e de partilha com os outros. Assim sendo, o uso destas várias técnicas proporciona aos intervenientes um momento de reflexão sobre as suas próprias conceções, convicções e ações e/ou um espaço de debate sobre um assunto comum, ampliando o seu poder de ação e transformação, permitindo a construção e reconstrução dos posicionamentos em termos de representação e atuação futura e contribuindo assim para a emergência de novas atitudes e mentalidades, para o evoluir da pessoa e das sociedades (Gondim, 2002a cit. in Fraser & Gondim, 2004).

Seja qual for o fim da pesquisa, a conceção de opções de estratégia ou a aquisição de conhecimentos, o investigador deverá confiar nos resultados e na sua experiência pessoal e criatividade para interpretá-los e formular as conclusões do estudo, estabelecendo a ligação das intervenções dos participantes, das suas observações e dos objetivos de investigação (Geoffrion, 2001).

4.4. População e amostra

No âmbito deste estudo, tendo em conta que o conhecimento da realidade social é obtido através dos atores sociais e do sentido que dão às suas práticas e experiências, a análise e comparação dos percursos biográficos dos doentes alcoólicos, em termos pessoais e institucionais, num primeiro eixo de investigação, e a apreensão e compreensão das práticas do Serviço Social na problemática do Alcoolismo, num segundo eixo, só poderão ser conseguidas a partir da perspetiva dos respetivos atores e dos motivos e crenças que estão por detrás da sua ação.

Em consonância com os objetivos do estudo foram definidos dois conjuntos populacionais: portugueses consumidores excessivos ou dependentes de álcool constituindo a população alvo das entrevistas e o primeiro eixo de análise, e assistentes sociais a trabalhar nos mais diversificados serviços das diferentes áreas da sociedade, como a Justiça, Saúde, Segurança Social, Educação e Poder Local, integrando a população alvo da observação participante e do *focus group* e o segundo eixo de análise.

Inicialmente perspectivava-se a construção duma amostragem teórica, que obedecesse aos critérios da variação máxima, da intensidade e da saturação teórica. Por um lado, procurou-se integrar casos críticos de doentes alcoólicos com história de alcoolização longa, com contactos recorrentes com estruturas de suporte social, apresentando três ou mais problemas sociais associados e diversos encaminhamentos. Por outro lado, pretendiam-se profissionais de Serviço Social de diferentes áreas, de variadas instituições e de localizações geográficas diversas.

Contudo, considerando a ampla dimensão do universo em causa e a carência de estatísticas e de bases de dados atualizadas e efetivas sobre estes dois públicos tão distintos, a seleção das amostras restringiu-se a critérios de tempo, acessibilidade, disponibilidade e sensibilidade do recrutador.

Desta forma, no âmbito do método não probabilístico, foi utilizada uma amostragem por conveniência para ambas as populações, partindo dos contactos pessoais e profissionais e da proximidade geográfica com o investigador. Embora se considere que este tipo de amostra não é representativa da população, pode mesmo assim ser vantajosa, nomeadamente na captação de ideias gerais e na identificação de aspetos críticos (Coutinho, 2011; Hill & Hill, 2000).

Foi assim solicitada a colaboração de diferentes instituições particulares que acompanham doentes alcoólicos, nomeadamente Grupos de Auto Ajuda (GAA), Comunidades Terapêuticas (CT) e Centros de Acolhimento Temporário (CAT), para a seleção e recrutamento de doentes alcoólicos, tendo sido obtida uma amostra de 62 participantes (cf. Tabela 2), provenientes de cinco instituições distintas, nomeadamente dois GAA, duas CTs e um CAT.

Tabela 2 – Organização dos sujeitos da pesquisa por características sociodemográficas

Ent. N.º	Sexo	Idade	Estado civil	Habilitações literárias	Profissão	Situação profissional
1	M	48	Divorciado	12.º	Operário	Ativo
2	M	47	Divorciado	Lic.	Operário	Ativo
3	M	66	Casado	9.º	Operário	Reformado
4	M	32	Solteiro	6.º	Operário	Ativo
5	M	57	Casado	6.º	Operário	Ativo
6	M	49	Divorciado	9.º	Emp. café	Reformado
7	M	36	Solteiro	6.º	Empresário	Desempregado
8	M	52	Divorciado	6.º	Pintor	Ativo
9	M	50	Solteiro	Analf.	Não ref.	Reformado
10	M	52	Casado	Lic.	Ensino	Reformado
11	M	52	Solteiro	6.º	Cantoneiro	Desempregado
12	M	65	Casado	4.º	Trab. lota	Reformado
13	M	55	Divorciado	4.º	Servente	Desempregado
14	M	57	Solteiro	Lic.	Téc. marketing	Ativo
15	F	57	Casado	Analf.	Operário	Reformado
16	M	54	Solteiro	6.º	C. civil	Desempregado
17	M	56	Divorciado	6.º	Aux. educativo	Ativo
18	M	46	Casado	12.º	Polícia	Desempregado
19	M	58	Solteiro	6.º	Aux. educativo	Reformado
20	M	59	Divorciado	6.º	C. civil	Desempregado
21	M	47	Solteiro	12.º	T.manut.	Desempregado
22	M	48	Solteiro	Analf.	C. civil	Desempregado
23	M	49	Divorciado	4. ^a	Motorist	Desempregado
24	M	60	Solteiro	9.º	Hotelar.	Desempregado
25	M	57	Divorciado	4. ^a	C. civil	Desempregado
26	M	45	Divorciado	9.º	Equita.	Desempregado
27	M	50	Solteiro	4. ^a	Não ref.	Reformado
28	M	79	Viúvo	4. ^a	C. civil	Reformado
29	M	66	Casado	6.º	GNR	Reformado
30	F	56	Divorciado	6.º	Comercio	Ativo
31	M	30	Solteiro	12.º	Militar	Ativo
32	F	48	Divorciado	Lic.	Hotelaria	Desempregado
33	M	42	Divorciado	12.º	Operário	Ativo
34	M	50	Solteiro	Analf.	Não ref.	Reformado
35	M	51	Solteiro	4. ^a	Operário	Desempregado
36	M	64	Divorciado	12.º	Empresário	Ativo

Ent. N.º	Sexo	Idade	Estado civil	Habilitações literárias	Profissão	Situação profissional
37	M	45	Solteiro	Analf.	C. civil	Desempregado
38	M	40	Solteiro	4. ^a	Rural	Desempregado
39	M	56	Solteiro	Analf.	C. civil	Desempregado
40	M	55	Solteiro	Analf.	C. civil	Desempregado
41	M	27	Solteiro	12.º	Comércio	Ativo
42	M	59	Solteiro	4. ^a	Operário	Ativo
43	F	69	Divorciado	12.º	CTT	Reformado
44	M	49	Casado	6.º	Operário	Reformado
45	F	64	Viúvo	Analf.	Doméstica	Doméstica
46	M	32	Solteiro	6.º	Rural	Desempregado
47	M	56	Divorciado	4. ^a	C. civil	Desempregado
48	M	64	Divorciado	6.º	Empresário	Ativo
49	M	59	Divorciado	4. ^a	Operário	Desempregado
50	M	68	Divorciado	6.º	Escritório	Reformado
51	F	37	Divorciado	6.º	Lar	Desempregado
52	M	30	Solteiro	Lic.	Mecânico	Desempregado
53	M	41	Solteiro	6.º	C. civil	Desempregado
54	M	59	Divorciado	4. ^a	C. civil	Desempregado
55	M	50	Divorciado	6.º	Pintor arte	Reformado
56	M	69	Divorciado	12.º	Eletricista	Reformado
57	M	73	Divorciado	4. ^a	C. civil	Reformado
58	M	57	Casado	4. ^a	C. civil	Desempregado
59	M	70	Casado	4. ^a	Operário	Reformado
60	M	59	Casado	6. ^a	C. civil	Desempregado
61	M	52	Divorciado	6.º	Operário	Ativo
62	M	54	Solteiro	4. ^a	Operário	Desempregado

Fonte: Elaboração própria

Na segunda fase do processo de recolha de dados, o investigador esteve presente, como observador, na sessão de trabalho, intitulada “Rede de Referência/Articulação dos PLA”, com a participação de aproximadamente 50 elementos, representantes das seguintes entidades locais: Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), Associação de Pais e Amigos (APA), Rede Local de Intervenção Social (RLIS), Santa Casa da Misericórdia (SCM), Associação Bogalha, Serviços de Acompanhamento e de Atendimento Social (SAAS), Projeto Homem (CT), CRI, Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), Segurança Social, Comunidade de Inserção Social (CIS), AA, Agrupamento de Centros de Saúde (ACES).

Para a constituição do *focus group*, tendo por base a análise das entrevistas e biogramas, foram identificados os contextos institucionais a que os doentes recorrem com maior frequência, nomeadamente: Centro de Saúde, Hospital, DGRSP, Segurança Social, serviços de ação social, serviços de tratamento.

No entanto, sendo o *focus group* uma técnica aplicada a um grupo, está mais suscetível a conflitos no decorrer da discussão e a influências nos resultados, o que exige uma atenção redobrada, particularmente na seleção dos participantes. Deste modo, deve-se sempre privilegiar um grupo homogêneo com certas características heterogêneas, visando a preservação de um equilíbrio entre uniformidade e diversidade que permita um ambiente confortável, facilitando e potenciando a participação e a apresentação de diferentes pontos de vista (Geoffrion, 2001). Tendo em consideração esta recomendação e os objetivos do estudo, foi dada preferência a profissionais com formação em Serviço Social (SS), a trabalhar na zona centro do país e com experiência na intervenção com doentes alcoólicos.

Para além do mais, Geoffrion (2001) menciona ainda que é aconselhável constituir grupos entre 6 a 12 participantes, na medida em que quanto menor for o grupo, menor será a sua dinâmica, menores serão as opiniões diversificadas e maior será a tendência de alguns participantes dominarem a discussão, devendo assim ser pequeno o suficiente para que todos tenham a oportunidade de expor as suas ideias; por outro lado, quanto maior for o grupo, maior será a inibição de algumas pessoas, reduzindo as possibilidades de todos participarem, devendo assim ser suficientemente grande para que todos possam discutir e fornecer opiniões diversas e consistentes.

Neste sentido, decidiu-se constituir um grupo de 11 elementos, visando não só este equilíbrio, como também a garantia do número mínimo de participantes, muitas vezes colocado em causa pelo eventual não comparecimento de alguns, atendendo ainda em simultâneo à prevalência das relações institucionais dos doentes alcoólicos entrevistados (ACES, Hospital, DGRSP, CPCJ, Segurança Social, Câmara Municipal, Equipa de Rua, Centro Comunitário, CAT, CRI, UA) e à diversificação amostral.

Os participantes foram contactados informalmente (via telefónica) e convidados formalmente (via endereço eletrónico), recebendo um lembrete e o respetivo programa nas vésperas do *focus group*. Contudo, ocorreram imprevistos de última hora, tendo estado presentes apenas 9 elementos (cf. Tabela 3). Estes, assistentes sociais, à exceção do Técnico Superior de Reinserção Social (TSRS), representam, cada um, uma instituição específica de apoio e acompanhamento social, mais precisamente o ACES, a DGRSP, a CPCJ, a Câmara Municipal, a Equipa de Rua, o Centro Comunitário, o CAT, o CRI, a UA.

A partir da ficha de recolha de dados realizada verifica-se ainda que os assistentes sociais dos serviços de tratamento (CRI e UA) e da equipa de rua têm uma prática constante com doentes alcoólicos e os restantes lidam frequentemente com esta população. O tempo de experiência profissional varia sobretudo entre os 15 e os 22 anos e o de formação em alcoologia entre 12 a 50 horas, excluindo os assistentes sociais dos serviços especializados (CRI e UA) e da autarquia, que apresentam uma especialização muito mais aprofundada; os assistentes sociais da CPCJ e da DGRSP apontaram para a ausência de formação na área (conforme tabela 3), especificamente pela falta de tempo e pela

priorização pessoal/institucional de outras problemáticas. Os participantes referem a necessidade de continuidade e reforço formativos ou de intervenção especializada, valorizando o impacto positivo da formação em alcoologia na sua prática profissional, tanto em termos teóricos como técnicos.

Tabela 3 – Organização dos participantes do *focus group* por características socioprofissionais

AS	Sexo	Idade	Habilitações Literárias	Ano de Formação	Local de Trabalho	Função	Anos de serviço	Formação em Alcoologia
1	F	48	Lic. SS	1997	Centro Com.	DT/AS	15	12h-50h
2	F	37	Lic. SS/Mestre em Prevenção e intervenção de comportamentos de risco	2010	CPCJ	AS	9	0h
3	M	38	Lic. SS	2015	Eq. Rua	AS	5	12h-50h
4	F	41	Lic. e Mestre SS	2002/2014	Cam. Municipal	AS	18	51h-175h
5	M	48	Lic. História	1996	DGRSP	TSRS	15	0h
6	F	48	Lic. e Mestre SS	1997/2010	CAT	DT	15	12h-50h
7	F	51	Lic. SS/Terapeuta Familiar	1994/2004	CRI	AS	22	51h-175h
8	F	45	Lic. SS/Terapeuta Familiar	-	ACES	AS	22	12h-50h
9	F	48	Lic. SS	1998	UA	AS	20	+175h

Fonte: Elaboração própria

4.5. Procedimentos éticos

Porque a investigação nas ciências sociais envolve aspetos relacionados com a intimidade e subjetividade dos indivíduos, é imprescindível o maior cuidado no processo de pesquisa, desde a seleção e colaboração dos participantes à forma de análise dos dados obtidos.

Neste sentido, todos os princípios éticos na investigação social foram salvaguardados, tendo sido submetido, avaliado e aprovado o projeto de investigação (Anexo VI), pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. A informação sobre o estudo e forma de consentimento foi prestada aos participantes e obtida a sua anuência formal por escrito (Anexo VII), tendo sido respeitada a sua decisão e assegurada a salvaguarda e posterior destruição das informações recolhidas. Foi ainda considerado o espaço de realização das entrevistas, privilegiando o contexto institucional onde cada um dos participantes se encontrava ou era acompanhado, preservando a sua identidade e privacidade e propiciando um ambiente acolhedor, protetor, de confiança e de suporte psicossocial. Também para o *focus group*, realizado em pleno estado de emergência e confinamento, consequência da pandemia provocada pela COVID-19, foi tida especial atenção nos cuidados preconizados para redução do risco de contágio, optando por uma sala ampla que permitisse o distanciamento físico e garantindo a higienização das mãos e dos espaços, sem colocar em causa o ambiente favorável à discussão.

Capítulo V

Apresentação e análise dos resultados

A análise de conteúdo implica a prossecução de quatro etapas, nomeadamente a seleção da informação, a descrição, a interpretação/verificação e a escrita/divulgação (Guerra, 2006).

Esta autora (2006) distingue três tipos de análises descritivas que antecedem a análises interpretativas: a análise tipológica que, embora não consensual, é um processo de ordenação e classificação do material e de identificação de dimensões similares e distintas e de variáveis regulares e específicas; a análise categorial que diz respeito à averiguação de variáveis explicativas dum fenómeno; a análise de conteúdo tradicional que parte do reconhecimento de categorias e subcategorias, analisando e reconstituindo os fragmentos discursivos.

Numa perspetiva compreensiva, o investigador, tendo sempre por base a descrição dos fenómenos, apreende o respetivo sentido social, articulando variáveis e fenómenos estruturais, fundamentando e construindo um modelo interpretativo dos resultados (Guerra, 2006).

5.1. Análise dos biogramas e das entrevistas: da caracterização da amostra à descoberta de (ir)regularidades

Os biogramas (Anexo VIII) foram construídos a partir do total de 62 entrevistas. Inicialmente tínhamos em vista a realização de entrevistas num único contexto institucional, nomeadamente num GAA em Aveiro, que demonstrou maior rapidez e disponibilidade de resposta, recrutando 40 participantes. Contudo, tendo em vista a diversidade, o enriquecimento e uma maior robustez do material empírico, alargámos posteriormente o estudo a quatro outros contextos, reunindo mais 22 entrevistados, especificamente: 3 numa CT e 6 num outro GAA, ambos em Santa Maria da Feira; 7 numa CT na Figueira da Foz; e por último 6 num CAT em Coimbra.

Importa ressaltar que esta diferenciação quantitativa da amostra, entre o primeiro contexto e os restantes, prende-se primeiramente com uma maior rapidez no levantamento de dados em Aveiro em contraste com o hiato temporal nas outras localidades. Por outro lado, trata-se de duas respostas institucionais distintas: os GAAs são espaços de reunião, atendimento e acompanhamento dirigidos apenas a doentes alcoólicos, enquanto as CTs e os CATs constituem espaços residenciais de tratamento/apoio, acolhendo todo o tipo de toxicodependências e outras situações de carência. Desta forma, o número de utentes e as situações de Alcoolismo são indiscutivelmente superiores nas primeiras respostas, comparativamente com o segundo tipo. Para além do mais, tendo os participantes liberdade de escolha,

a sua participação no estudo dependeu da respetiva decisão individual, facto que não interferiu com os dados recolhidos em Aveiro, em contraste com o ocorrido em todos os outros contextos.

Os 62 participantes que constituem a amostra têm idades compreendidas entre os 27 e os 79 anos, apresentando a maioria, até à data da entrevista, mais de 50 anos. Principalmente do sexo masculino e residentes na zona centro do país, a esmagadora maioria dos entrevistados, entre solteiros, divorciados e viúvos, não mantinha uma relação conjugal/marital estável.

Praticamente metade concluiu o ensino básico, existindo uma presença significativa da formação secundária, sendo menos expressivo o número de analfabetos, seguido dos licenciados. Também aproximadamente metade dos inquiridos se encontra desempregado; os restantes, em proporções similares, estão reformados ou a trabalhar.

Quanto à situação dos consumos no momento da entrevista, um quinto dos participantes são consumidores ativos, embora com menor expressão, enquanto os restantes se mantêm abstinentes, com diferenciação temporal, salientando-se que um terço apresenta abstinência superior a três anos, sendo o maior período de abstinência relatado (e único) de 25 anos.

O ciclo de vida e o desenvolvimento individual são marcados por um conjunto de etapas diferenciadas, num movimento em espiral, entre avanços e recuos, em contante interação com o meio envolvente (Alarcão, 2000). A vida dum consumidor de álcool reflete essa analogia: embora as bebidas alcoólicas sejam consumidas pela maioria da população, nem todos vivem o mesmo percurso de vida ou a mesma sequência ordenada de eventos; podem beber em quantidades distintas e por diferentes razões, podem moderar, abusar ou evitar o consumo, oscilando entre estes comportamentos, consoante as circunstâncias de vida, as redes de suporte e os contextos em que se movimentam.

Desta forma, considerou-se analisar e comparar os percursos individuais dos doentes alcoólicos, não a partir da faixa etária ou dos antecedentes familiares (por exemplo), mas com foco nas suas histórias de consumo. Constituindo uma das dimensões centrais desta investigação, estas histórias foram estruturadas, tendo por base o estudo de Huberman⁸, em três distintas etapas dum ciclo dinâmico – início, aumento/ agravamento, abstinência/recaída. Simultaneamente, valorizámos a interação destas diferentes fases com as trajetórias pessoais e institucionais, estabelecendo as seguintes categorias: motivos do consumo, contexto de origem/familiar, consequências/problemas sociais (não) percebidos, primeiro contacto com serviços locais, razões de contacto com serviços locais, instituições de encaminhamento e de tratamento.

⁸ Huberman (2000) analisa a trajetória profissional docente, a partir das respetivas autobiografias, propondo e dissecando diferentes fases do ciclo de vida dos professores, nomeadamente: a entrada na carreira; a fase da estabilização; a fase da experimentação e diversificação; a fase da serenidade e distanciamento afetivo; e a fase do desinvestimento. (Huberman (2000). O ciclo de vida profissional dos professores. In Nóvoa (Org.), *Vidas de professores* (2.ª ed.) (pp. 31-61), Porto: Porto).

Início do consumo

O primeiro contacto com as bebidas alcoólicas faz-se maioritariamente de forma precoce, muito antes da idade legal atual de venda/consumo (18 anos), contemplando um total de 46 casos, entre os 3 e os 17 anos. Não obstante, este início de consumo é muito variável em termos de idade, pelo que efetuámos a respetiva análise a partir da tradicional distribuição em grupos etários. Do total de participantes, 18 correspondem a uma faixa etária entre os 3 e os 11 anos (infância) e 37 a um intervalo de idades entre os 12 e os 19 anos (adolescência e juventude). 7 entrevistados iniciaram o consumo de bebidas alcoólicas na idade adulta (a partir dos 20).

O grupo da **infância** apresenta homogeneidade no início dos consumos, sendo incentivado pela família, em casa, às refeições, quotidiana e tradicionalmente:

Ui!... desde pequeno. (...) A gente bebia à mesa sempre vinho. Lembro-me da minha mãe me dizer: bebe um copinho que te faz bem (A20)

Naquela altura, a minha mãe fazia lá aquelas malgas com vinho e (...) diziam que aquilo dava força. (A55)

Em criança (...) aquilo era um hábito (A36)

Aos três anos já bebia o meu copo de vinho à refeição. Com três anos (...) no meio da festa acharam piada (...) porque eu bebi bagaço até cair de lado”(A6).

Verificou-se uma exceção, que iniciou o consumo em casa, mas

(...) às escondidas” – “(...) comecei a beber por volta de uns 11 porque ele [pai] deixava sempre um bagacito em casa (...) como eu estava sozinho e ia à escola quando me apetecia ele como tinha a garrafita lá à mão também bebia. (...) Estive quase dois dias sem acordar porque bebi demais. (A5).

Neste caso, é relevante mencionar os acontecimentos familiares marcantes, nomeadamente a morte da mãe aos 9 anos (e posteriormente do pai), e o absentismo escolar, evidente, mas tolerado.

Salientamos ainda que, nos casos correspondentes à infância, encontramos mais algumas menções singulares relativamente à trajetória pessoal e familiar: há mais uma situação de morte de progenitor na infância (A60), dois casos com pai(s) doente(s) alcoólico(s) (A38, A6) e ainda dois entrevistados (A55, A36) institucionalizados, suspendendo um deles (A55) o consumo aquando da referida institucionalização, mantendo abstinência até à idade adulta.

No que se refere à **adolescência e juventude**, o primeiro contacto com as bebidas alcoólicas surge principalmente relacionado com o convívio e a amizade, como se alude nos seguintes excertos:

Treze/catorze anos, foi na altura em que fui para o liceu. Com os amigos, a beber vinho do Porto, whisky (...). Às escondidas pegava numa garrafa, metia dentro da mochila e trazia-a para a escola. Bebia eu e os colegas. (A1)

Comecei tarde, quer dizer tarde, por volta dos 16/17 anos, era principalmente cerveja, nas discotecas e aos fins de semana, com os amigos... (A2)

Pr'aí com 14/15 anos. Com os amigos, era cerveja. Nos bares e cafés. Todos os dias, começava para aí às 3h da tarde e acabava para aí às 3h/4h da manhã. (A9)

Naquelas idades quando nós tínhamos 18, 20, 22, íamos para os bailes... na realidade não se bebia como se bebe hoje. Não é? Nós íamos para os bailes mais para dançar e para conversar. (A29)

Aos 18 anos, para estar com os amigos. Bebia tudo o que viesse à rede, principalmente cerveja. Todos os dias, ao final do dia, nos cafés. (A8)

No entanto, alguns primeiros consumos nos adolescentes/jovens foram iniciados com e pela família (aliás como na faixa etária anterior):

Quem me começou a influenciar para beber foi o meu padrasto, obrigava-me a beber vinho champarrião.” (A34)

“Porque foi por causa do pai de um cunhado, que ele também bebia muito, e ele dizia assim: Ah, uma pinguinha à refeição não faz mal nenhum. (A45)

Nas festas, em casa dos meus pais, era muita gente e às vezes... provava um bocadinho, só assim. (A43)

Em determinados casos ainda sobressai de alguma forma o consumo social concomitante:

Comecei a beber a partir dos 15 anos de idade, vinho tinto. (...) Sem excessos (...). Era um jovem normal, bebia só à refeição e uns finos aos fins de semana com os amigos. Mas nada de transcendente. (A52)

Por volta dos 16 anos (...). Em casa não era tanto, era mais nos cafés, com os colegas, em discotecas. (A53)

Ainda durante a adolescência e juventude, há referência expressa à ligação do início de consumos com a entrada no mercado de trabalho, em idades muito precoces, no meio operário ou da construção civil, nomeadamente em 4 casos entre os 12 e os 16 anos, muitas vezes sob pressão dos patrões e/ou dos colegas:

E depois comecei a beber uns copitos porque é camaradagem... os próprios donos onde eu arranjava trabalho bebiam e copinho e coiso e tal e tal...(A28)

Na construção civil, é raro aparecer algum que não beba. Eu nunca tinha tocado, mas os gajos começaram-me a introduzir. Uns pagavam uma, outros pagavam outra e quando estavam a pagar, não me pagavam sumo. Ou bebes vinho ou não bebes nada. Eu pagava, quando era minha vez, pagava. E toda a gente bebia. Quando era a vez deles pagar, eu como não bebia, não bebia e eu disse assim: Não. Então, os gajos... quando eu pago todos bebem, quando eles pagam não pagam para mim, porque eu não bebia álcool. Então, vou começar a beber álcool. Comecei assim pingas. (A16)

Eu andei com o meu patrão desde os 14 aos 19 em casas desabitadas a pôr persianas e tudo mais então eu não bebia mas ele insistia com as pessoas e tudo mais. «Não quero, não quero, não quero», ele insistia e eu comecei a beber. Uma cerveja, duas, vinho e tudo mais. Olhe, comecei a beber de tudo. (A54)

Para além das questões relacionadas com o trabalho precoce, é notória alguma diferenciação nos contextos de vida de alguns destes adolescentes/jovens, embora não muito expressiva, nomeadamente:

o abandono escolar precoce aos 10 anos de idade (A34 e A45); o Alcoolismo em familiares (A9, A30); a cultura local e familiar de hábitos de consumo generalizados (A31, A48); um casamento precoce (mulher de 16 anos) (A30); agregado familiar com progenitor(es) ausente(s) (A16, A31) e ainda falecimento de familiar de referência (A16).

Ainda neste grupo, encontramos alguns casos muito particulares, quanto ao início do consumo.

Um dos entrevistados (A37) inicia aos 18 anos, mas de forma muito intensa, evidenciando debilidade mental e antecedentes de traumatismo crânio-encefálico grave (com intervenção hospitalar) e abandono escolar, ambos pelos 13 anos. Começou a trabalhar aos 18 anos na construção civil, precariamente, mencionando vários acidentes de trabalho de pequena gravidade (mesmo assim com recursos repetidos à urgência hospitalar) e assumindo grande agressividade e episódios de violência intra e extra familiar.

A57 refere ter iniciado consumos no serviço militar, contudo já trabalhava desde os 13 anos na construção civil com o pai.

A11 inicia aos 18 anos, expressando uma relação direta com a doença oncológica da mãe, que viria a falecer pouco depois.

Por fim, A15 relaciona o início de consumo com o casamento aos 18 anos, sendo o marido doente alcoólico. Refere ainda ter sido vítima de violência doméstica pelo pai e ter perdido o noivo em acidente, pelos 13 anos.

Quanto ao grupo dos **adultos**, correspondendo apenas a 7 entrevistados, verifica-se uma similaridade entre três casos relativamente ao início do consumo, ligado ao serviço militar:

Comecei aos 22 na tropa. Comecei lá a beber em tempos de serviço. Cerveja só. Era aos fins de semana e quando estava de serviço, com os colegas lá no bar... Pela companhia. (A10)

Tenho certeza que foi durante o meu período de militar, na minha permanência em Angola como militar. Tinha na altura 20 anos. E penso que essa situação se desenvolveu muito rapidamente porque passados três meses, eu estava em Angola e morreram três amigos meus ao meu lado. A um deles tive que encher a cabeça com algodão, amarrar-lhe um pano, fardá-lo e metê-lo dentro de uma caixa de madeira – essa imagem ainda hoje paira comigo, tal e qual como se estivesse presente – e penso que a partir daí comecei a aumentar os consumos... pronto, aquela situação de beber para esquecer. (A3)

Averiguamos em outros 2 casos que o início de consumo na idade adulta vai ao encontro do padrão observado nos grupos anteriores, 1 em casa, às refeições com o pai (A24), como no grupo da infância, outro enquanto consumo social (A32), como no grupo dos adolescentes/jovens, sendo esta uma participante do género feminino, proveniente da Rússia, onde começou a beber.

Existem ainda 2 entrevistados com especificidades muito distintas:

- A4, do género masculino, com trissomia 21 e debilidade ligeira, iniciando consumos pelos 20 anos de idade. Acompanhado por várias instâncias desde sempre, nomeadamente centro de saúde, para consultas de rotina, segurança social, câmara municipal, CERCI e IPSS, estas últimas

em termos económicos, habitacionais, alimentares e/ou formativos. Refere ainda ausência do pai desde os 13 anos, deixando a mãe com dívidas;

- A51, do género feminino, filha de pai alcoólico, com diagnóstico de Diabetes tipo I (insulino-dependente) aos 14 anos e agravamento gradual de problemas de saúde associados. Começa a trabalhar aos 17 anos e menciona início de consumos aos 24 anos, aquando do nascimento do filho, com depressão pós-parto e consequente internamento e seguimento em psiquiatria. Simultaneamente a este evento, assinala abandono do cônjuge, já com antecedentes de problemas familiares. Toda esta situação culminou com a intervenção da CPCJ e retirada do filho.

Estes dados e estas referências evidenciam as circunstâncias que, segundo os entrevistados, estão na base do primeiro contacto com as bebidas alcoólicas, variando nos diversos grupos etários, como podemos sintetizar e visualizar na seguinte Tabela 4:

Tabela 4 – 1.ª etapa: Início do consumo de álcool

Etapa 1 – Início do consumo				
	Sub categorias	Infância	Adolescência/ juventude	Vida adulta
Razões expressas	Contexto familiar	A5, A14, A19, A20, A23, A25, A27, A39, A40, A42, A46, A61, A62	A22, A26, A34, A48, A43, A49, A45, A50, A52, A53, A56	A24
	Acessibilidade em casa (“às escondidas”)	A5		
	Grupo de pares/convívio social		A1, A2, A7, A8, A9, A13, A17, A18, A21, A29, A31, A33, A34, A30, A41, A44, A47, A48, A52, A53, A56 A58, A59	A32
	Trabalho (colegas e patrões)		A28, A35, A54, A16	
	Alterações neuropsiquiátricas		A37	A4
	Serviço militar		A57	A3, A10, A12
	Crise familiar		A11	A51
	Influência conjugal		A15	
	Perda/abandono de progenitor/companheiro	A60, A5	A31, A16, A11	A4, A51
	Familiar doente alcoólico	A38, A6	A9, A30, A15	A51
Outros aconte- cimentos relevantes na vida pessoal/ familiar	Institucionalização	A55, A36		
	Absentismo escolar	A5		
	Abandono escolar		A34, A45, A37	
	Casamento precoce		A30	
	Hábitos de consumo familiares e locais		A48, A31	
	Trabalho precoce		A28, A35, A54, A16, A57	
	Acidentes de trabalho		A37	
	Traumatismo craniano		A37	
	Episódios de agressividade		A37	A4
	Doença de familiares		A11	
	Doença mental		A37	A4, A51
	Vítima de violência doméstica		A15	
	Endividamento familiar			A4
	Retirada de filho			A51

Fonte: Elaboração própria

Aumento/agravamento do consumo

O aumento/agravamento de consumos faz-se genericamente numa forma gradual e com uma evolução paulatina. Em média, este tempo de evolução é de aproximadamente 21 anos, considerando como limites temporais o primeiro registo/referência ao aumento/agravamento e ao primeiro tratamento. No entanto, salientamos que há 8 entrevistados que não reúnem critérios para estes limites, uma vez que referem nunca terem efetuado tratamento ao álcool, sendo considerados casos excecionais. E finalmente, um caso que, pela sua gravidade e particularidades, será apresentado mais adiante.

Quanto aos anos de evolução do aumento/agravamento do consumo até ao primeiro tratamento registaram-se algumas irregularidades, pelo que, por razões práticas, os entrevistados foram agrupados em **4 categorias**, no que concerne ao respetivo intervalo de tempo, a saber: grupo 1 – inferior ou igual a 10 anos, correspondendo a 10 casos; grupo 2 – dos 11 aos 20 anos, englobando 19 entrevistados; grupo 3 – dos 21 aos 30 anos, integrando 16 participantes; grupo 4 – superior a 30 anos, contemplando 8 indivíduos.

Apesar destas várias diferenciações temporais, constata-se que esta etapa apresenta bastantes regularidades noutras dimensões. À medida que o consumo aumenta, independentemente das eventuais razões que serão exploradas mais adiante, é notório que o consumo, inicialmente em grupo e em ambientes de convívio, principalmente, evolui maioritariamente para um consumo solitário. Paralelamente ao agravamento temporal dos consumos surgem também de forma gradual uma série de problemas, primeiramente sociais, a diversos níveis, nomeadamente familiares, judiciais, laborais/profissionais e económicos; os problemas de saúde associados ao álcool são mais visíveis em fases da vida mais tardia. É no momento em que os consumos se agravam que começam a ocorrer os primeiros contactos com os serviços de saúde, maioritariamente na sequência de episódios de embriaguez, coma alcoólico, acidentes de viação e de trabalho. Em termos sociais, o aumento/agravamento de consumos está obviamente relacionado com situações legais quer de condução sob o efeito do álcool (igual ou superior a 0,5 de alcoolémia)/condução em estado de embriaguez (igual ou superior a 1,2 de alcoolémia), quer de violência doméstica, sendo acionados os respetivos serviços competentes.

Ao analisarmos a evolução temporal de consumo categorizada, constata-se que não existem grandes oscilações entre as quatro categorias consideradas, seja em termos de razões explicativas do consumo, seja ao nível dos problemas relacionados, seja dos contactos com as várias instituições locais, conforme Tabela 5.

Tabela 5 – 2.ª Etapa: Aumento/agravamento do consumo de álcool

Etapa 2 – Aumento/agravamento do consumo					
	Sub categorias	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Razões expressas	Convívio social (amigos, colegas de trabalho, ambientes noturnos)	A41, A1, A4, A17, A19	A54, A8, A50, A5, A46, A54, A9	A23, A13, A29, A49, A39, A35, A3	A61, A56, A42, A47, A12, A25
	Razões intrínsecas (solidão, ara esquecer, para desinibir, baixa autoestima, prazer)	A10, A53, A41	A32, A7, A2, A20, A5	A15, A45, A43, A6	A61, A36
	Perdas significativas	A4	A18, A22, A33, A11, A21	A45	
	Clientes/contactos comerciais	A41		A3	
	Crise familiar	A51			
	Companheiro alcoólico		A32		
	Serviço militar		A55		
	Hábito familiar/cultural	A26	A48	A49	
Problemas familiares associados	Desemprego	A53			
	Conflitos/rutura/separação familiar	A1	A18, A5, A7, A8, A2, A55, A21, A34	A23, A14, A13, A6, A45, A37, A35, A29, A40	A61, A58, A47, A42, A12, A25
	Violência doméstica	A53, A10	A5, A54, A46, A34	A30, A15, A6, A49, A3, A43	A47, A25
Problemas legais associados e serviços acionados	Divórcio		A32, A33, A54, A8, A55, A48	A23, A30, A13, A6, A49, A43	A61, A47, A36, A25
	Alcoolémias positivas (DGRSP)	A10, A27	A33, A11, A8, A2, A46, A48	A35	A61, A58, A56, A47, A36
	Queixa crime de violência doméstica (DGRSP)	A53			A36, A25
	Guarda da filha do companheiro (Tribunal de Menores)			A30	
	Retirada dos filhos (Tribunal de Família e Menores?)			A15	
Problemas laborais associados	Homicídio involuntário (atropelamento sob efeito de álcool) (Tribunal)			A3	
	Atestados recorrentes/absentismo	A19	A2	A16, A39, A3, A40	A47, A25
	Dificuldades/incapacidade/ /negligência	A41, A10	A2, A24, A55	A39, A35, A40, A43	A58, A57, A42
	Desemprego	A53	A32, A54, A11	A49, A39	A47
	Reforma por invalidez	A27	A34	A29, A43	
	Ameaça despedimento/ /despedimento		A5	A35	
	Falência/dissolução da empresa		A11	A3	A36
	Instabilidade/precaridade laboral	A26	A50, A46	A23, A13, A49	
Problemas económicos associados	Acidentes de trabalho (5 com recurso hospitalar)	A26		A39, A6, A3, A40	A47
	Dívidas			A15, A6, A3	
	Dificuldades/gastos acrescidos	A4	A55, A21, A9, A48	A23, A16, A45, A39, A35	A58, A47, A12

Etapa 2 – Aumento/agravamento do consumo					
	Sub categorias	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Problemas de saúde e serviços acionados	Consultas de rotina (centro de saúde/médico do trabalho)	A10, A4, A19	A5, A18, A7, A8, A24, A55, A21	A30, A49, A37, A43, A35, A13	A61, A56, A42, A36
	Doenças orgânicas sem relação aparente com o álcool (centro de saúde/hospital)		A32, A34	A30, A6, A39, A35, A44	A36
	Embriaguezes/coma/crises convulsivas (urgência)	A1, A4, A26	A32, A22, A54, A7	A23, A16, A15, A14, A37, A40, A6, A23	A42, A25
	Doenças orgânicas com relação direta com o álcool (centro de saúde/hospital)	A53	A33, A2	A23, A14	A61
	Urgência/internamentos hospitalares (agressão, acidentes de viação, medicina interna)	A27		A6, A29, A3	A25
	Perturbações de saúde mental (hospital/clínicas)		A55, A33	A43, A37	
	Procura ajuda (sem diagnóstico)		A8	A29, A3	
Serviços sociais	Grupo de auto ajuda		A32, A33, A46	A14, A37, A40	A61, A58, A56, A42
	Junta de freguesia (apoio alimentar/económico)	A4			
	SEF (situação irregular)		A32		
	Segurança Social (subsídios/RSI/pensões)	A27	A54, A11, A46, A34	A13, A49, A37, A35, A40	A47, A42
	Cozinha económica (sem abrigo)		A22		
	IPSS (apoio alimentar/económico centro de dia)		A11, A9	A23, A15, A13, A37	A47
	IEFP (formação)		A11		
Outros acontecimentos relevantes na vida pessoal	Emigração	A26	A54, A20, A48		A56, A25
	Imigração		A32	A23, A14	
	Perdas significativas		A9		A56
	Incapacidade para a vida diária	A27	A34	A43	
	Violência extra familiar	A27	A34	A3	A25
	Tentativa de suicídio			A15	
	Fatores protetores do consumo – abstinência/redução pré tratamento			A14, A6	A42, A12, A25
	Criação de empresa comercial			A3	
	Reforma				A56
	Casamento				A56
	Trabalho precoce aos 14 e início de estudo pós laboral				A36

Fonte: Elaboração própria

No que respeita aos motivos relacionáveis com o aumento/agravamento de consumos, constata-se a importância do convívio social como o determinante mais evidente (22 casos), existindo referências aos grupos, amigos, colegas de trabalho, em contextos de diversão e socialização, como cafés, bares, discotecas, casinos, casas de alterne e ainda ambientes festivos:

Aos fins-de-semana era muito grave, os velhos da aldeia: ah agora vamos aqui, agora vamos ali, um gajo chega a um ponto que já não consegue dizer que não porque já está bêbedo. (A31)

É a tal situação, a gente andar com colegas que bebem e depois acompanhamos. E depois quando são grupos, quando é um grupo pequeno a gente bebe agora um, paga, depois outro paga. Se fossem só dois ou três era uma coisa, mas às vezes apareciam 10/12 e a gente cada um pagava e são 12 bebidas... (A5)

Quando ia para discotecas, enquanto houvesse dinheiro bebia, bebia, bebia e não parava (...). Nós bebíamos dez finos com dez bagaços mais os amigos para ficarmos alcoolizados mais depressa e não gastar tanto dinheiro. (A17)

Os trabalhadores mais antigos já bebiam muito e depois desafiavam os mais novos e a gente acompanhava. Era a praxe. (A19)

Pela socialização, fico mais extrovertido, desinibido, sinto-me melhor, sou mais engraçado... (A1)

A vida de vendedor era extremamente difícil porque lidava-se com um determinado tipo de pessoas que dizia, por exemplo, «Queres vender? Tu para vender tens que beber» e coisas assim desse género. E nós às vezes tínhamos que fazer esse sacrifício, que não era sacrifício, só o era por ser da parte da manhã. (A3)

Em segundo lugar, sobressaem as questões intrínsecas dos próprios sujeitos (14), em que o álcool é utilizado como “fuga” ou para “anestesiá-los” sentimentos negativos como baixa auto estima, timidez, solidão, embora nalguns casos (3) o consumo seja diretamente associado ao prazer.

Não sei. O álcool também era um escape...Notava que ficava mais desinibido...foi na altura que fiquei desempregado. Não é fácil a gente de repente tinha o trabalho certo, a empresa faliu de um dia para o outro e era complicado... (A53)

Foi a partir dos 16 anos (filho de peixe sabe nadar, ou seja, filho de alcoólico). Eu bebia porque queria, tinha prazer em beber (A6)

Procurava cabarés, procurava boates, procurava essas casas noturnas onde eu pudesse estar até aquilo fechar e ficava até de manhã. Muitas vezes chegava a casa já com o dia a decorrer, completamente embriagado. (A3)

Tive problemas, comecei a beber... depois nunca mais parei. (A19)

Era um pouco de tudo, um hábito, por vezes por frustração, não me sentia realizado de alguma forma... havia alguma coisa e ainda hoje há... talvez uma falta de autoestima ou baixa autoestima, provavelmente... e não saber encarar os problemas... Deixei de acreditar em mim e nas minhas capacidades. Bebia para esquecer, ou melhor, para não sentir... (A2)

Menos significativo, mas ainda com expressão (7 casos), a perda de familiares próximos influencia também o aumento/agravamento dos consumos, como afirmam alguns dos entrevistados e se exemplifica neste excerto:

Foi derivado à doença da minha mãe e depois morreu o meu pai, logo de seguida. Foi o meu pai, depois foi a minha avó, o meu avô. Depois foi a minha tia... (A11)

Com representação bastante residual, são ainda apresentadas pelos participantes outras razões da esfera ocupacional ou familiar, como se pode observar na Tabela 5.

Efetivamente, os problemas de ordem familiar, legal, laboral, económico e de saúde evidenciam-se na esmagadora maioria dos percursos de vida destes doentes alcoólicos, sendo as questões familiares as mais prevalentes. Nesta dimensão, os conflitos e ruturas familiares, a violência doméstica e os divórcios são os problemas familiares que os entrevistados mais relatam existir, mencionando-os isoladamente e muitas das vezes em associação.

E, claro, como eu não ia bem não respondia da melhor forma, portanto, eu era capaz de chegar a casa caladinho sem chatear ninguém mas se me comessem a provocar, entre aspas, eu disparava para a agressão física. Física mas bastante agravada (...). A minha esposa (...) muitas vezes foi para o trabalho com a cara disfarçada com base para não se perceber as pisaduras e as marcas que tinha na cara. (A3)

Para já a minha mãe andava sempre chateada comigo, quando eu chegava a casa a cantar ela via logo que estava tudo “lixado” e ela não gostava, nem o meu pai (...) e depois também separei-me da minha ex-mulher e da minha filha por causa disso. A minha filha também ficou assim um bocadinho traumatizada, ela não gostava que eu bebesse... Portanto interferiu nessa altura... sim, foi uma das causas da separação.... (A1)

Não era dado a brigas, quando eu bebia tinha tendência era de ir para casa e dormir. Só que depois em casa, quando eu chegava a casa a esposa dizia-me alguma coisa e eu explodia pronto explodia, tratava-a mal verbalmente. Não era por espancamento, mas é quase a mesma coisa ou pior. (A5)

Dos problemas legais referidos pelos entrevistados, destacam-se notoriamente o que designámos genericamente por alcoolémias positivas, correspondendo à condução de veículo sob o efeito do álcool (CVEA) com alcoolémias iguais ou superiores a 0,5 gramas de álcool por litro de sangue e ou crime de condução de veículo em estado de embriaguez (CCVEE), com alcoolémias iguais ou superiores a 1,2. Ressalta-se que a maioria destes participantes refere várias alcoolémias positivas.

Foi uma estupidez que eu fiz. Sabe porquê? Fui chamado a tribunal, à juíza, e depois, entretanto, fui apanhado três vezes com álcool. Primeira, segunda, escapei. Terceira, fui para a prisão. Estive dez meses lá preso. (A38)

Apesar dos vários casos de violência doméstica identificados como problema pelos doentes alcoólicos, já mencionados anteriormente aquando dos problemas familiares, em apenas 2 casos houve participação às instâncias competentes, conduzindo a processo-crime. Ou seja, somente uma ínfima parcela das repercussões negativas do consumo de álcool nas situações de violência doméstica é sinalizada e sancionada legalmente. Um cenário semelhante é observado nas questões ligadas à condução rodoviária, na medida em que as ditas alcoolémias positivas representam apenas os resultados dos condutores testados ao álcool e não de todos os que poderão ter conduzido com consumos excessivos.

Tive um acidente há 1 ano e pouco. De carro e estava alcoolizado. Não tive problemas com a polícia porque a polícia não apareceu, fui sozinho. Mas tive que ir ao hospital, embora não fosse nada de especial. (A18)

Tive acidentes, tive sempre acidentes... Quando bebia nunca [era apanhado pela polícia], nem no dia que tive o tal acidente com a morte do outro indivíduo porque eu não fui culpado diretamente do acidente (A3)

Relativamente aos vários problemas laborais, observa-se uma frequência acentuada, crescendo paralelamente aos anos de consumo e muitas vezes cumulativamente, sendo tal constatação mais visível entre os participantes que agravam os consumos num intervalo de tempo entre 21 e 30 anos (grupo 3).

Os problemas laborais que sobressaíram nas entrevistas prendem-se maioritariamente com condições dos próprios sujeitos tais como dificuldades, incapacidades, negligência e absentismo, existindo muitas vezes contactos com estruturas de saúde, tanto para solicitação de baixas, como na sequência de acidentes de trabalho, alguns destes graves, com recurso hospitalar e até reformas precoces por invalidez. Deste modo, ressaltam ainda referências a instabilidade/precaridade laboral, ameaças de despedimento ou despedimento efetivo e mesmo desemprego.

Houve uma temporada que era incapaz de exercer as tarefas do dia a dia (...) deixar passar prazos, não ter interesse pelo trabalho, estar desinteressado, fazer peças processuais duma forma despiciente (...) fez-me perder a vontade de trabalhar, de ser competente, de ter brio profissional, de angariar clientela... (A2)

Eu muitas vezes não ia trabalhar. Baixa, baixa, baixa. (...) Pois, era complicado. Pois, ia trabalhar quando já não havia dinheiro. Depois, começava a beber outra vez. Mais outra baixa. Os patrões é que eu tive sempre sorte, gostavam de mim. Iam-me aceitando e tal... (A16)

Andávamos a fazer uma obra e depois... eu era moço, eu colocava massa... isso aqui era a varanda. (...) Tinha assim uma rampinha... (...) e caí para baixo. Só paro cá em baixo. Parti os dois braços. (A39)

Podia agora ainda estar a trabalhar e puseram-me uma reforma compulsiva. Tive que chegar a um acordo com a companhia de águas: «"Epá", assim tu não dás rendimento... ou vais para a rua sem nada ou a gente vai-te pôr a reforma compulsiva» (A19)

Quando eu vim para aqui, dez dias antes queriam-me despedir. Eles sabiam que eu bebia... (A5)

Quer os diversos problemas laborais em si, quer os gastos diretamente relacionados com os consumos alcoólicos, levam naturalmente a situações de endividamento e de incumprimento de obrigações financeiras (como o pagamento das despesas da vida corrente), como podemos verificar nas palavras dos entrevistados quanto aos seus problemas económicos:

Comecei a ganhar muito dinheiro, muito dinheiro, muito dinheiro... e o que é que eu fazia, recolhia o dinheiro e ao fim do dia ia beber. (A3)

Depois deixei de trabalhar, comprava telemóvel e depois não tinha dinheiro para o álcool. Vendia o telemóvel, o computador, etc., para ter dinheiro. (...) Mesmo quando eu estava junto com a minha ex-namorada, acontecia sempre: comprava comer para o mês, tinha sempre aquele "coiso" para o mês, mas depois o resto, mesmo quando ela recebia o abono complementar, era tudo para as bebidas. (A4)

Passsei fome. Ainda consegui pagar algumas [dívidas]. (A15)

No que respeita aos problemas de saúde, constata-se que os entrevistados, maioritariamente em fases de consumo mais prolongado (grupos 2 e 3), referem várias situações orgânicas e de saúde mental, na sua maioria em relação direta com o consumo de bebidas alcoólicas, mais precisamente pancreatites, hepatites, “problemas de fígado”, cancro, depressão, para além das crises epiléticas, embriaguezes, situações de coma alcoólico e acidentes de trabalho/viação. Uma com recurso a acompanhamento e internamento hospitalar ou nos centros de saúde, e outras com encaminhamento direto para os serviços de urgência.

Contudo, verificamos que quase metade da população entrevistada teve o primeiro contacto com instituições de saúde em consultas de seguimento de rotina com o médico de família, relatando expressamente a ausência de abordagem e suspeição clínica relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas e assumindo, em simultâneo, a ocultação do seu problema. Embora pouco significativo, é de realçar o pedido expresso de ajuda, no caso de 3 entrevistados, que não terão obtido eco junto dos profissionais de saúde.

Há 10 anos atrás já as análises ao fígado não estavam normais (...). A única coisa que eles faziam era sempre a mesma pergunta: Você bebe? E eu – bebo à refeição. O que era mentira não é? E eles sabiam, porque eles tinham lá os dados e não engana. E eu sei muito bem que as coisas são assim porque eu fui enfermeiro na tropa. (...) eu sabia que aquilo estava mal. Mas nunca houve um incentivo, assim como a empresa nunca teve um incentivo seja para quem for que beba. (A5)

Foi falado com o médico por causa das análises mais altas há uns cinco anos. Não valeu de nada (...). Pedia ajuda no centro de saúde (...) Pedi ajuda ao médico de família e ele nem sabia o que era o [GAA], nem me deu resposta... (A8)

Embora este primeiro contacto com os serviços de saúde seja mais frequente nos cuidados de saúde primários, as idas aos serviços de urgência são quase tão prevalentes. E nestes casos, sucede igualmente situação aparente de minimização do consumo de álcool como problema de saúde/social, apesar da aparente evidência (embriaguezes, coma, etc.), existindo relatos críticos de “mera desintoxicação”:

Porque quando a gente apanhava as bebedeiras, eles metiam soro. Estava lá um bocadito. Quando acabasse, a gente, depois, mandavam-nos embora. (A39)

Para aí umas três. Três vezes. Mais ou menos. (...) Se não me engano acho que foi no mesmo ano. (...) Fui lá, fiz soro e mandaram-me para casa. (A7)

Eles só me desintoxicavam, deixavam-me a dormir num canto e chegava à bora, mandava-me embora e pronto. (A42)

Para além do acidente aqui na avenida em que acusei álcool, quando era mais novo, 15, 16 anos, quando andava no liceu, fui algumas vezes para o hospital de Aveiro, p'raí umas 7 ou 8 vezes ou 10, não sei precisar... passei lá umas horas a dormir, uma das vezes estava em coma alcoólico... (A1)

Nesta etapa de aumento/agravamento do consumo, o contacto com os serviços sociais não é muito expressivo. Maioritariamente por iniciativa dos próprios, surgem em primeiro lugar os contactos com a Segurança Social para a obtenção de pensões/subsídios, diretamente relacionado com questões económicas, decorrentes de situações de desemprego, pobreza e reforma precoce (já analisadas anteriormente).

Pelo contrário, é na área da justiça (logo a seguir aos serviços de saúde) que se verifica maior número de casos, em que os doentes, sendo legalmente obrigados a apresentar-se, estabelecem relação direta com os vários profissionais do campo social.

Concomitantemente, verifica-se que é nesta fase que se inicia o contacto com os GAA, por iniciativa própria, de familiares ou amigos, ou na sequência de encaminhamento pelas próprias estruturas institucionais.

Muito raramente se regista o contacto com outras instâncias públicas ou privadas de apoio social, tais como o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), o Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) e Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), em muitos casos, aparentemente, sem informação ou suspeita de situações de alcoolismo.

Eu já recebia as refeições há sete anos. Ia lá só quando elas me chamavam e ia lá pagar o comer e falava com elas. Sabiam e não sabiam. Não tinham bem a certeza. (A11)

Eu bebia muito e elas como ajudavam muita gente... Às vezes pedia ajuda e nada... Elas davam apoio económico, elas ajudam nisto... Ajudaram não na maneira de dar por exemplo bebidas, mas dinheiro e eu ia comprar certas bebidas... Elas não sabiam, eu não lhes dizia que tinha um problema com a bebida, só mais tarde... (A4)

No decurso de algumas entrevistas, há referências a eventos coexistentes com o aumento/agravamento do consumo, que vão desde temporadas migratórias, incapacidades, violência e agressividade, perdas significativas, entre outros.

Foi o meu pai depois foi a minha avó o meu avô. Depois foi a minha tia que levou 18 facadas e depois doenças de família, tudo com a mesma doença, o cancro. (A11)

É ainda de realçar que, em cinco entrevistas com evolução longa de consumos, são referidos expressamente períodos de abstinência/redução de consumo, com relação direta a acontecimentos de vida positivos (nascimento de filho, reconciliação conjugal, emigração, aconselhamento clínico, apoio do GAA), constituindo-se assim como fatores protetores do consumo.

O médico disse à minha Joana, tens de dizer ao teu pai que eu quero muito falar com ele. Ui arrasou-me. (...) Marquei e esperei. Fui o primeiro, ele falava um bocado grosso. (...): «ouve e cala-se, não diga mais nada». Medicamentos e análises, depois com as análises, olha que tu se queres continuar a beber o álcool tira assim um bocadinho, não tire todo, mas vá diminuindo que chega lá. (A12)

Relativamente aos entrevistados que não realizaram qualquer tratamento (A28, A31, A44, A52, A57, A59, A60 A62), constata-se que apresentam genericamente um percurso muito similar aos outros. Estabelecem também ao longo do seu percurso de vida contactos com os serviços de saúde e sociais, apresentando doenças, questões legais e mencionando problemas familiares e/ou laborais.

Abstinência/Recaída

Sabe-se que, em termos genéricos, quer a motivação para o tratamento, quer a manutenção da abstinência e a própria recaída são processos dinâmicos, oscilando ao longo do percurso de vida dos sujeitos, de formas diversas, mas muitas vezes com peculiaridades comuns, estando frequentemente relacionados com estratégias terapêuticas e de intervenção.

Verifica-se que quase metade dos doentes recaiu pelo menos uma vez no seu percurso de vida e que a maioria realizou pelo menos um tratamento. Desta forma, foi possível distribuir os doentes por **3 grandes grupos**: grupo 1 – doentes sem tratamento; grupo 2 – doentes com 1 tratamento; grupo 3 – doentes com 2 ou mais tratamentos.

Dos 8 entrevistados que nunca efetuaram tratamento ao álcool, metade refere estar abstinente (A31, A44, A59, A60) e a outra metade assume redução de consumos (A28, A52, A57, A62), relatando todos contacto com GAA e melhoria da qualidade de vida. Nos primeiros sobressaem problemas de saúde graves (cancro, AVC, depressão) e alcoolémias positivas recorrentes com risco de prisão (A31), aquando da abstinência. Nos segundos, observam-se por um lado idades mais avançadas (2 acima dos 70 anos), por outro lado 1 em ambiente protegido (A62) e um último que recusa tratamento.

Contrariamente a este reduzido grupo de doentes, a maioria realizou algum tipo de tratamento ao álcool, não existindo grandes diferenças entre aqueles que efetuaram apenas um tratamento e os que realizaram entre 2 a 10 tratamentos.

Independentemente da instituição ou do número de tratamentos, constata-se que a maioria dos doentes (80%) se encontra abstinente à data da entrevista com intervalos de semanas e máximo de vários anos. Em grande parte destes, a importância dos GAA é também evidente enquanto instância incentivadora da abstinência e suporte essencial para a prevenção da recaída.

Eu quando andei esses 2 anos bem, cheguei a um certo ponto em que deixei de frequentar as reuniões [GAA]. Disse: Já não preciso disto! Antes de chegar aqui, disse: Vou experimentar 2 anos sem beber. Eu deixei, sem nada, vou continuar, consigo deixar outra vez. Foi um engano. Nunca mais consegui... (A42)

Não é por se recair que não se pode conseguir a abstinência... é aquilo que eu penso, que eu acho e aquilo que eu quero, acima de tudo. Porque tenho colegas e isso é o bom do [GAA], falamos uns com os outros... sei de pessoas que tiveram a amargura de ter 6, 7 recaídas e hoje já não bebem há 10, 15, 20 anos... recaíram e tiveram de recomeçar do zero. Se eles conseguiram, eu também vou conseguir, é o que eu quero! (A2)

Para além dos GAA, as CTs desempenham obviamente um papel de proteção relativamente à abstinência, uma vez que funcionam em regime fechado, encontrando-se 11 entrevistados nestas condições.

Constata-se ainda que há referência à existência de prováveis fatores externos propiciadores de abstinência como situações de crime (alcoolemias positivas, violência doméstica, fogo posto) ou a influência da família e amigos, conforme Tabela 6.

Tabela 6 – 3.ª Etapa: Abstinência/recaída

Etapa 3 – Abstinência/Recaída				
Sub categorias		Doentes sem tratamento	Doentes com 1 tratamento	Doentes com 2 ou mais tratamentos
Situação atual de consumo	Abstinência	A60, A59, A44, A31	A6, A12, A42, A56, A36, A32, A5, A33, A11, A8, A9, A34, A40, A29, A3, A35, A37, A49, A13, A14, A30, A41, A4, A53	A47, A48, A46, A20, A50, A55, A24, A54, A22, A18, A16, A15, A45, A39, A51, A26, A17, A10, A53, A19, A27
	A consumir (de forma reduzida)	A52, A62, A57, A28	A25, A61, A58, A7, A23	A1, A2, A21
Fatores de abstinência/ consumo reduzido	GAA	A60, A59, A44, A31, A52, A62, A57	A6, A12, A42, A56, A36, A32, A5, A33, A11, A8, A9, A34, A40, A29, A35, A37, A13, A14, A30, A41, A4, A61, A53	A47, A54, A27, A46, A50, A55, A45, A39, A43, A51, A10, A1
	Alcoolemia +	A31, A28	A56,	A1, A48, A46, A20, A27
	Fogo posto	A62		
	Violência doméstica	A57, A60	A12, A30, A53	A15
	Família/amigos			A1, A18, A17, A10
	Convívio social			A1, A16
Fatores de recaída	Pessoas de referência com álcool			A1, A50, A51
	Divórcio/separação			A2, A17
	Razões intrínsecas (solidão, para esquecer, para desinibir, baixa autoestima, prazer)			A2, A26, A17, A10
	Depressão			A48
	Dívidas/desemprego/instabilidade laboral			A24, A18, A17
	Ilusão de controlo			A18, A17
	UA		A6, A12, A42, A36, A32, A36, A5, A33, A11, A9, A34, A3, A37, A13, A14, A30, A4, A61, A23, A53	A1, A2, A47, A48, A46, A20, A50, A24, A54, A18, A15, A45, A51, A26, A17, A10, A19, A27
Serviços de tratamento/ / reabilitação	Serviço de psiquiatria (hospital/clínica privada)		A8, A40, A25	A21, A20, A55, A22, A18, A16, A15, A39, A10
	Centro de saúde/equipa de alcoologia		A29, A35, A58	A50, A18
	IPSS (CT)		A40, A49, A41	A2, A47, A48, A20, A18, A16, A39, A17, A19
	Unidade de Desabituação (UD DICADN)			A43
	Clínica setor social			A51, A26, A10

Etapa 3 – Abstinência/Recaída				
	Sub categorias	Doentes sem tratamento	Doentes com 1 tratamento	Doentes com 2 ou mais tratamentos
Serviços Sociais	GAA	A60, A59, A44, A31, A52, A62, A28	A6, A12, A42, A36, A56, A32, A5, A9, A34, A29, A35, A13, A14, A30, A41, A4, A61, A58, A7, A53	A1, A47, A20, A50, A55, A54, A15, A45, A39, A43, A51, A10
	Segurança Social (subsídios/RSI/pensões)	A62	A42, A25, A58	A1, A46, A20, A24, A22, A18, A16, A39, A51
	DIAP/DGRSP	A62, A31, A57, A28, A60	A12, A30, A53	A15
	IPSS (apoio, alimentar/económico)		A6,	A1, A55, A18, A26
	IPSS (centro de dia, CAT, equipa de rua, casa abrigo)	A62	A13, A23, A25	A21, A48, A24, A22, A26
	CPCJ		A30	
	IEFP (formação)		A53	A20
	RLIS			A16
	Junta de freguesia/Câmara municipal			A18, A39
	Reforma	A28		A10, A19
Outras circunstâncias relevantes na vida pessoal	Viuvez	A28		
	Casamento		A56	
	Dinamização de GAA		A3	
	Desemprego		A13, A58	A20, A26
	Internamentos não relacionados com o álcool		A4	A1
	Sem abrigo			A21, A48, A22
	Dificuldades económicas			A19
	Problemas de saúde	A44		
	Melhoria da qualidade de vida	A59, A44, A31, A60, A62	A62, A42, A36, A32, A33, A8, A34, A40, A29, A35, A49, A41	A47, A48, A46, A50, A54, A45, A39, A43, A27
Avaliação estado global	Melhoria da capacidade económica	A59, A31	A5, A9	
	Melhoria da vida familiar	A44	A62, A42, A5, A33, A34, A29	A54, A43, A27
	Melhoria da saúde	A52	A5	A55, A54
	Melhoria a nível laboral		A3	

Fonte: Elaboração própria

Pelo contrário, os entrevistados têm mais dificuldade em identificar situações relacionáveis com a recaída, sendo no entanto possível reconhecer algumas influências externas tais como o convívio social, pessoas de referência com problemas de álcool, divórcio/separação, instabilidade laboral, dívidas e desemprego, para além de razões intrínsecas, como sentimentos depressivos e ilusão de controlo.

Porque motivos recaí? Não consigo explicar. Eu próprio já tentei perceber porquê. Tinha uma vida tão “organizadinha”, tão “certinha”, tão...Não foi muito tempo mas estive uns 4 ou 5 meses sem beber. Depois com aquela ideia «agora posso beber um copo ao almoço»...e voltei ao mesmo. Já o ano passado aconteceu exatamente o mesmo. (A18)

Porque recaí? (...) eu tenho muitos problemas, problemas financeiros, problemas profissionais, problemas com o meu filho, pagamento de multas, estou sem carta... quando voltei a casa estava à espera de ser recebido de outra forma pela minha esposa, (...) mas ela (...) não conseguiu ultrapassar e isso levou a uma rutura... foi um aglomerado, o estar sem carta, sem dinheiro, o estar sem trabalho, o estar sem relações, tudo veio complicar e deixei-me ir abaixo... para esquecer ou para não me doer ou para não ter que lidar com isso... que é uma estupidez, porque no dia a seguir os problemas estão lá, existem e continuam...(A2)

Tive cinco anos sem beber entrei num pub, pensei que estivesse bom e quis experimentar, bebia uns uísques e pronto, pensei sempre que conseguisse controlar a situação. Nunca mentalizei que tivesse que ser para toda a vida. E controlava os primeiros tempos mas depois a coisa começava a agravar-se e a arrastar-se cada vez mais. (A17)

É de salientar que nos entrevistados com vários processos de tratamento, um número significativo referiu recaídas precoces (tempo reduzido de abstinência após internamento).

No que respeita ao tratamento/reabilitação, é a UA, unidade especializada e de referência na zona centro, que veio acolhendo a maioria dos entrevistados que fizeram tratamento, seguida dos serviços de psiquiatria e das comunidades terapêuticas. Os centros de saúde, em ambulatório, e as clínicas do setor social, em internamento, foram também responsáveis por alguns tratamentos, embora com muito menor expressão, respetivamente 5 e 3 doentes.

As várias instituições de apoio e acompanhamento social representam igualmente, nas questões ligadas à abstinência e recaída, um papel importante na trajetória de vida destes doentes, tal como já tinha sido verificado aquando do aumento/agravamento dos consumos. Contudo, constata-se nesta etapa uma especial relevância dos GAA, comparativamente quer com a etapa anterior, quer com as outras instituições sociais, desempenhando também um papel fundamental no encaminhamento para tratamento.

Comparando ainda as duas etapas, constata-se que não se encontram grandes diferenças, nem em relação ao número de doentes que são apoiados, nem ao tipo de resposta fornecida, nem ainda às instituições envolvidas, salientando-se em ambos os casos a importância da Segurança Social no suporte económico, nomeadamente nas situações de desemprego e reforma. Excetua-se, no entanto, a referência expressa de outras estruturas de apoio, especialmente importantes, porque “em fim de linha”, como são as equipas de rua, as casas abrigo e os centros de acolhimento temporário (9 casos).

Relativamente ao encaminhamento dos doentes para tratamento, constata-se que a maioria dos entrevistados (40) são orientados mediante intervenção dos GAA. 22 destes foram referenciados previamente pelas estruturas sociais, principal e maioritariamente pela DGRSP (12), para além da Segurança Social (6), IPSS's, CPCJ, e Serviços de Ação Social. Também os serviços de saúde efetuaram esse encaminhamento para os GAA, somente em três casos.

Os restantes doentes que realizaram algum tipo de tratamento fizeram-no através de encaminhamento direto de serviços sociais (6), de centros de saúde (5) e por intermédio de familiares (3).

Abstinentes ou com consumos reduzidos, mais de metade dos entrevistados avalia positivamente o seu estado global no momento da entrevista, referindo especialmente melhoria da qualidade de vida

em geral e especificando diversas dimensões nomeadamente familiar, de saúde, económica e laboral (cf. Tabela 6).

O caso singular

Trata-se dum doente do género masculino, de 40 anos, solteiro, com o ensino básico, desempregado, assumindo problemas relacionados ao álcool, nomeadamente conflitos intra e extra familiares, problemas de justiça, de saúde, laborais e económicos. Refere que a mãe é doente alcoólica, bem como o padrasto, detido à época. Menciona que iniciou consumos de bebidas alcoólicas pelos 7 anos de idade, em casa e nos cafés, sendo muito cedo reconhecido e discriminado como doente alcoólico.

Na adolescência assume embriaguezes diárias, trabalho irregular na agricultura, absentismo, gastos exclusivos com as bebidas alcoólicas e comportamentos muito violentos, *sou muito mau com álcool* (A38). Esta situação de dependência grave e precoce conduziu-o ao seu primeiro internamento para tratamento na UAC, aos 14 anos, sem sucesso.

Ao longo da sua juventude, foi aumentando a frequência das embriaguezes, associada à situação de desemprego, recorrendo sucessivamente aos serviços de urgência, com intervenção da DRGSP por situações de alcoolémias positivas e violência doméstica.

Pelos 35 anos, mantinha o mesmo padrão de consumos muito elevados, que conduziu a um aumento exponencial dos problemas familiares, laborais, económicos e judiciais, nomeadamente violência familiar, tendo estado detido durante 10 meses, único período em que manteve abstinência alcoólica.

Após reclusão, sofreu acidente grave de viação com internamento no serviço de cirurgia maxilo-facial do CHUC.

Pelas questões legais recorrentes foi encaminhado para o GAA e para a UAC, onde esteve internado por cinco vezes, duas delas com alta por abandono.

No momento da entrevista, referia abstinência aproximadamente há 2 meses.

5.2. Observação da “Sessão de Trabalho”: do dialogar ao constatar

As entrevistas e os biogramas permitiram ter uma perspetiva sobre a história de vida e o percurso institucional dos doentes alcoólicos. Contudo, sendo relevante conhecer e compreender a atuação dos serviços de apoio e acompanhamento social e do próprio profissional de Serviço Social, enriqueceu-se o presente estudo com a observação, registo e análise, ainda que de forma sucinta, das opiniões, dúvidas e inquietações de quem está no terreno e tem que lidar diariamente com esta população e esta problemática. Foi aliás, seguindo esta preocupação, que se decidiu “entrar no meio” destes profissionais, em contexto de debate, como se previa no segundo painel do “I Encontro – A Intervenção Social nos PLA: dos modelos ao trabalho em rede”, que se denominou “Sessão de Trabalho”.

Segundo relato dos organizadores, este evento surgiu na sequência dum desafio colocado às equipas de atendimento e acompanhamento social e Protocolos RSI do concelho de Braga, para

reflexão e seleção dum tema pertinente e preocupante na sua prática profissional. Desta auscultação prévia (na prática a um grupo constituído pela CVP, APA, RLIS, SCM, Associação Bogalha), emergiu a identificação da problemática do álcool, o que, por si só, revela bem a importância prática e as inquietações dos profissionais de várias áreas na abordagem ao Alcoolismo.

Esta sessão, realizada numa sala de razoáveis dimensões, nas instalações da Universidade Católica de Braga, foi moderada por Jorge Barbosa, docente especialista da mesma universidade. Tinha como objetivos o aprofundamento do diagnóstico e a partilha e reflexão sobre as estratégias de intervenção psicossocial e de referência e apoio dos indivíduos com PLA. Foi referido que este seria o primeiro de uma série de outros encontros com a finalidade de aprofundar e desenvolver um plano local efetivo como resposta integrada ao Alcoolismo, tendo em vista a operacionalização e concretização dos objetivos propostos.

Na prática, devido ao grande número de instituições presentes e seus representantes, para além das apresentações dos intervenientes, o assunto debatido prendeu-se quase exclusivamente com as dificuldades sentidas relativamente à intervenção com os doentes alcoólicos, num ambiente de tranquilidade e concordância, indo ao encontro do primeiro objetivo traçado.

A maioria dos participantes concordou com a constatação de que a *aceitação social do álcool e a falta de consciencialização enquanto droga* (ACES) são fatores determinantes, interferindo negativamente na prevenção dos comportamentos alcoólicos, na motivação para tratamento e na manutenção da abstinência.

Do que tivemos ocasião de observar, foi notório que quer as instituições da saúde (ACES, por ex.), quer os serviços da área social (RLIS, SAAS, entre outros), partilham as mesmas dúvidas e inquietações. Duma forma geral, ressaltou-se a carência de recursos humanos e técnicos e a escassez de tempo para atendimento e acompanhamento, associadas à sobrecarga horária e complexidade das situações práticas. *Não temos nem tempo, nem recursos para acompanhar o utente* (SAAS, RLIS).

Especificamente, foram referidas dificuldades na motivação e encaminhamento dos doentes, salientando-se a morosidade das respostas atempadas das instituições especializadas de tratamento, bem como dos serviços de reinserção social. *Há falta de estruturas para acompanhar e apoiar na recuperação* (CVP). Por outro lado, a carência de respostas para casos específicos de especial gravidade e prognóstico reservado, como os sem abrigo, os doentes demenciados e os pacientes sem retaguarda familiar foi também referida como preocupante. *Os doentes não têm capacidades intelectuais, cognitivas para integrar uma comunidade terapêutica com objetivos muito concretos* (CT).

Os representantes do CRI afirmaram que *não têm capacidade de resposta para as situações de emergência e que os Hospitais, perante a comorbilidade, reconhecendo a substância como fator, encaminham diretamente para os serviços especializados*.

Foi assinalado o papel, considerado pouco assertivo, dos centros de saúde, no que respeita ao oportuno diagnóstico e encaminhamento em determinados casos, comentando-se que os doentes são utilizadores regulares nos centros de saúde para atestados de incapacidade...

A Rede de Referência Alcoológica (IDT, 2011) (Anexo IX), tendo por base o Plano Nacional para a Redução dos PLA, tem como objetivo principal a promoção duma intervenção abrangente,

efetiva e integradora. Esta contempla o conjunto de serviços e respostas institucionais para os PLA, consoante os níveis de intervenção e tipos de consumidores. Apesar de sucinta e parcialmente apresentada, era desconhecida pela esmagadora maioria dos participantes, o que se confirmou em vários comentários expressos e elucidativos, manifestando um acompanhamento desarticulado e desinformado entre as diversas instituições.

5.3. Exploração em *Focus Group*: das experiências às sugestões

A realização do *Focus Group* permitiu conhecer e compreender melhor a intervenção dos assistentes sociais e os fatores que influenciam as suas práticas no âmbito do Alcoolismo, beneficiando não só da expressão de uma diversidade de pontos de vista, mas igualmente da dinâmica de grupo e da interinfluência das visões e argumentos apresentados pelos participantes.

O grupo de discussão contou com a participação de assistentes sociais, à exceção do Técnico de Reinserção Social, representando a DGRSP, mas com uma longa experiência profissional na respetiva área, contemplando a maioria das instituições referenciadas nas histórias de vida dos doentes alcoólicos entrevistados.

Tendo em conta o particular interesse em valorizar o contexto organizacional, os participantes são identificados não nominal, mas institucionalmente (ACES; CAT; CCom.; CM; CPCJ; CRI; DGRSP; Eq. Rua; UA).

A partir das questões colocadas foram ressaltadas diversas dificuldades, nomeadamente ao nível do diagnóstico, motivação e reinserção, surgindo também propostas e sugestões para uma melhor atuação no terreno levando à identificação no contexto da análise qualitativa do *focus group* de dois temas principais: os fatores de diagnóstico tardio e as estratégias/boas práticas.

No primeiro tema, através da análise dos discursos e diálogos, foi possível, por intermédio duma análise categorial, identificar seis grupos de fatores que, segundo os participantes, influenciam e condicionam o diagnóstico tardio: fatores socioculturais; fatores político-normativos; fatores técnico-institucionais; fatores respeitantes à natureza do fenómeno; fatores comportamentais dos doentes/famílias; fatores relativos às competências dos profissionais.

Fatores socioculturais

Os fatores socioculturais emergiram nos discursos dos participantes como justificação natural para as dificuldades em detetar precocemente os PLA e desenvolver uma atuação eficaz nesta problemática. O peso da cultura, principalmente, a desvalorização do problema e a perceção do consumo de bebidas alcoólicas enquanto veículo de socialização foram compreendidos como modeladores da aceitação dos consumos e da banalização/normalização do fenómeno, como podemos verificar nos seguintes excertos:

Eu penso que há uma grande, em termos culturais, uma aceitação desta situação que para mim tem muito a ver também com o não reconhecimento. Como disse, o alcoolismo é visto como uma integração cultural, faz parte que o consumo seja feito na adolescência, um bocadinho mais cedo, situado e associado à simples transição, em ciclos de vida. Quanto mais adulto, mais se pode, digamos, beber. (CAT)

A questão cultural está enraizada em termos profissionais também, não só pela produção, que na maioria das vezes é caseira. Portanto, as pessoas têm a sua vinha; vendem, sim, mas muito familiar. E, depois, temos muitos madeiros. E é frequente nós, no final da jornada de trabalho, o próprio patrão leva garrações de vinho tinto na camioneta que faz a recolha dos funcionários para o final do dia. (ACES)

(...) depois, o técnico tem muito pouco poder sobre a situação, porque na comunidade é normal, as pessoas saem do trabalho, vão para o trabalho depois de já beber um “xiripiti”, não é, assim com a sua aguardente, vão muito cedo para o café. No final do dia, é no café que se encontram. Ninguém paga águas, pagam sempre bebidas alcoólicas. (CM)

Fatores político-normativos

No decurso do *focus group*, as medidas políticas foram sendo referenciadas como pano de fundo permanente, enquanto responsáveis pela minimização da importância do Alcoolismo e condicionadoras das prioridades. Assim, a não criminalização do consumo é entendida como facilitador, o qual, sendo legalmente permitido, potencia uma maior tolerância e aceitação, dificultando a deteção do problema.

Talvez o facto do consumo das bebidas alcoólicas não ser um crime, por exemplo. O álcool é permitido por lei a partir dos 18 anos e, portanto, por essa via... também passa despercebido. É entendido como uma coisa aceitável, as bebidas alcoólicas, e, portanto, desde que esse consumo não seja evidenciado, não é, não saia da norma, pode passar incógnito. (DGRSP)

Sim, eu penso que esta normalidade que se pensa atualmente sobre isso, durante este tempo todo, não é, porque todos os eventos de estudantes são patrocinados por bebidas alcoólicas. Ele está sempre presente na sociedade, lá está, por ser lícito, este problema leva-nos a que as pessoas banalizem um pouco. (Eq. Rua)

Uma outra questão suscitada no diálogo entre os participantes foi a falta de controlo do consumo de álcool, nomeadamente a débil fiscalização e penalização daqueles que são responsáveis pela promoção do acesso/venda de álcool:

(...) Depois, também há aqui outra questão que é um bocadinho a penalização. Quer dizer, nós penalizamos as pessoas por elas beberem demais. Mas não penalizamos, pelo menos que eu saiba, os espaços, por venderem

bebidas a crianças, que não podiam ser vendidas, por continuarem a vender álcool a pessoas que já estão num estado de embriaguez que às vezes que é lastimável, mas, pronto. (CPCJ)

Foi ainda muito focada a ausência de investimento na prevenção:

E se não há um instinto de intervenção nas escolas, e essa formação para mim é basilar... Eu lembro-me que quando andava na escola, sempre que iam lá os senhores enfermeiros falar disto ou daquilo, eu estava sempre a seguir tudo: "Ah, isto é muito importante!...". A questão de, por vezes, o medo, o receio protege-nos, por termos uma visão mais esclarecida. Esclarecida, eu sei como é que faço, mas a questão é que isto tem muito peso, a começar pelos grupos de jovens – são marcas, são leituras, são vivências... e isto tem de ser procurado nas escolas, de pequenito. (...) E quando a pessoa tem, está na CPCJ, tem um ano, tem dois, está na escola no ensino primário, está nos centros de jovens, para qualquer atividade física, então e aí, o investimento não teria de ser maior? Não é? Sempre me disseram que investir na prevenção é sempre melhor ferramenta do que investir depois na resolução dos problemas. E o que é que eu faço para esta intervenção, esta prevenção com os mais novos... (CAT)

Eu acho muito caricato. Na altura quando apareceram aquelas imagens horrorosas nos maços de tabaco, eu achava que também devia aparecer essas imagens horrorosas nos rótulos das garrafas das bebidas alcoólicas. É a mesma coisa, não é, se eu beber um copo não faz mal nenhum, se eu fumar um cigarro... (CPCJ)

Assim sendo, os participantes salientaram que quer a complacência dos agentes económicos e de autoridade, quer a pouca consciência dos riscos do consumo protelam um diagnóstico mais precoce e atempado, justificando a gravidade dos casos acompanhados pelas diversas instituições.

Fatores técnico-institucionais

As questões organizacionais foram abordadas, duma forma geral, como limitadoras da atuação, nomeadamente os protocolos técnicos existentes, o trabalho (s)em rede e a carência de recursos.

Os protocolos associados a reconfigurações e atribuições de serviços foram um dos fatores de diagnóstico tardio identificados por alguns participantes, nomeadamente os ligados ao setor da saúde, que comparam as estratégias anteriores e as atuais, admitindo alguns efeitos negativos dos presentes modelos organizacionais, da standardização e quantificação dos procedimentos e das consequentes interferências nos contactos com os doentes e, inclusive, com os próprios colegas.

Nesta ótica, a Assistente Social do ACES vincava que

(...) Até 2008 nós funcionávamos de uma forma, e com a reforma dos cuidados de saúde primários, a partir de 2008, as equipas passaram a funcionar de uma maneira completamente diferente. Até 2008, o assistente social que estivesse integrado num centro de saúde, por regra, na ARS Centro, era um assistente social por centro de saúde, trabalhava em parceria, com todos os projetos da comunidade, e essas situações, mais tarde ou mais cedo, acabavam por ser identificadas. Chegavam-nos por quem? Pelos

vizinhos, pelos familiares ou, no âmbito da CPCJ, alguma situação que era comunicada ou diretamente por causa do consumo abusivo do álcool, que era detetada na estrada, no consumo, ou em alguma situação assim mais dramática e mais visível. (...) a partir de 2008, as equipas foram divididas em unidades de saúde familiar, em unidades de cuidados na comunidade, os elementos foram distribuídos, criaram-se equipamentos nos centros de saúde. No meu agrupamento, portanto, com uma grande produção a nível do vinho, muito enraizada, essa questão passa completamente despercebida. (...) E, portanto, o assistente social a partir daqui passou a dar resposta a vários centros de saúde. No meu agrupamento, só situações onde a população é superior a 20.000 utentes é que está uma colega do centro de saúde. De resto, como eu comecei por me apresentar, eu faço dois centros de saúde e serviço na sede. E, portanto, o conhecimento que nós temos destas situações é mesmo já no limite.”

Acrescentando ainda que

Com a reforma dos cuidados de saúde primários, nós passamos a ter mais reuniões fora, nós serviço social, com os colegas parceiros do que com as equipas do centro de saúde. (...) e, portanto, as situações, de facto, não são discutidas dentro de portas. E isso contribui para que essa chegada seja sempre cada vez mais tardia.

Existe um grande incentivo para as carteiras de serviços adicionais no âmbito do tabagismo, por exemplo. Para o alcoolismo não tenho conhecimento. Os incentivos monetários vêm se... eles estabelecem uma meta de ver X doentes, se eles conseguirem ultrapassar em dois anos, no ano a seguir passam ao nível B, onde têm incentivos monetários por cada doente que veem. E, portanto, há coisas que não há tempo para ver.

Na mesma linha de pensamento, a Assistente Social do CRI partilhava que

Há uns anos atrás, nós poderíamos meter-nos num carro e ir bater àquela porta e perguntar porque é que o senhor não veio. Neste momento, ao nível da saúde, mesmo nós, serviço social, nós só podemos atuar ou por referênciação ou por cumprimento de critérios. Doentes para o domicílio têm critérios bem definidos. São dependentes. Os outros têm de vir ao serviço.

O excerto seguinte, relativo ao diálogo entre alguns dos participantes sobre o atendimento em termos hospitalares é igualmente revelador de aspetos relevantes do funcionamento dos serviços e da forma com podem condicionar o diagnóstico e acompanhamento dos PLA:

ACES: Mas isso foi uma decisão da direção hospitalar aqui. Pronto. Não há assistente social na urgência e durante a semana é às 16h.

(...)

CAT: Agora, as nossas colegas lá não têm culpa nenhuma. Agora... É o horário delas...

ACES: Isso foi uma decisão da direção hospitalar. Não foi uma decisão dos colegas.

CAT: A Segurança Social também tem um atendimento até às quatro.

CRI: Claro.

CAT: *Eu se for às Finanças também, se for à Loja do Cidadão é mais fácil, no outro também tenho de ir até às quatro.*

Moderador: *Mas repara, estamos a falar de um serviço de saúde que está aberto 24 horas. E o serviço social é parte integrante do meio hospitalar.*

CAT: *Sim, mas, depois, a partir das 16h, tens a linha de emergência. Estamos a falar da rede, e estamos a falar dos dispositivos. [risos]*

Complementarmente, alguns dos participantes, designadamente do CAT, CRI, CCom, DGRSP, mencionaram que a sua avaliação habitual das dependências, neste caso do alcoolismo, decorria naturalmente das atribuições do serviço em que trabalha.

Do ponto de vista teórico, os nossos modelos de relatório social obedecem a um conjunto extenso de itens que têm de ser abordados, entre os quais está a questão da dependência sempre, álcool incluído. (DGRSP)

Relativamente ao centro comunitário, nós, de facto, quando recebemos as pessoas pela primeira vez, fazemos essa... fazemos uma série de questões e abordamos também a questão do consumo, dos consumos, quer do álcool, quer de drogas. (CCom)

Contudo, verifica-se no discurso dos assistentes sociais que esta avaliação parece ser facilitada e agilizada em doentes alcoólicos previamente identificados e referenciados:

Quando rececionamos uma comunicação em que o problema não é a questão do alcoolismo, e esse problema existe, é muito difícil de detetar. (...) E é um problema muito negado, a não ser que seja um problema logo evidenciado. Ou seja, a comunicação de, por exemplo, violência doméstica com o consumo de bebidas alcoólicas. Aí, sim, é um problema que nós tentamos logo fazer o diagnóstico, junto da família, junto da pessoa, e fazer o respetivo encaminhamento. (CPCJ)

Quando as pessoas chegam até nós, já foram condenadas pela prática do crime, ou então estão numa fase prévia de julgamento. E nessa fase prévia, é-nos solicitado muitas das vezes um relatório ao tribunal, de forma abreviada, que eu possa escrever como relatório-diagnóstico. Fase em que nós vamos fazer a história de vida de cada indivíduo, o percurso de vida e a situação atual. E, nessa altura, efetivamente, fazemos também uma avaliação a nível das dependências, álcool incluído. (...) Muitas das vezes, as situações também chegam até nós numa fase posterior ao julgamento, para execução de medidas. E depois aí também, nós temos ferramentas depois também para avaliar essa situação, ainda que possamos depois na prática não ter a execução, não ser aplicável. (...) Mesmo as forças da autoridade têm algumas escalas de avaliação de risco, desenvolvidas em colaboração com o nosso serviço. E quando os casos chegam até nós, já vêm, em casos de violência doméstica, por exemplo, já vem com uma avaliação, já com indicadores ou não nesse sentido.” (DGRSP)

Por outro lado, foram ainda evidenciadas as lacunas do trabalho em rede, trabalho esse cujas virtuosidades são conhecidas quer em termos operacionais, quer de eficiência e eficácia.

As dificuldades referidas, principalmente pelas assistentes sociais da CM e da CPCJ, prendem-se com a falta de articulação entre técnicos e entre as próprias instituições, muito pela (re)organização dos

serviços, pela repartição isolada de competências e pela setorização excessiva da intervenção, com escassa partilha, integração, comunicação e interação entre os diretamente envolvidos, a que os seguintes excertos aludem:

Quando detetamos a questão do álcool, não como seu instrumento, efetivamente acho que a lacuna é mesmo haver um serviço que oriente também, que dê instrumentos, que a gente possa articular, e acho que aí perdeu-se muito nos últimos anos, não percebi como, mas já trabalhei com alcoologia e, efetivamente, o que eu percebo é que quer no diagnóstico quer no tratamento é preciso aqui uma articulação muito próxima nos serviços, entre todos nós que estamos, no fundo, a tratar daquele caso. (CM)

Nem sempre o trabalho em rede é devidamente articulado. Depois, temos outra situação que é: as pessoas não gostam muito de se meter na vida das famílias, não é, mesmo aquele pai que chega alcoolizado, a cheirar a álcool, a levar o filho à escola, pronto, é um problema chato, e as coisas não são faladas, não há uma articulação depois entre a escola e o centro de saúde. O trabalho em rede ainda está muito primário e dificultado, independentemente dos motivos, porque todos sabemos que não temos tempo nem meios, nem técnicos suficientes. E é muito difícil, às vezes até retirar os técnicos dos seus locais de trabalho e juntá-los todos em reuniões de rede, é uma coisa que a Comissão tenta fazer, porque é muito importante para nós o trabalho em rede. (CPCJ)

E, muitas vezes, a questão do dinheiro efetivamente, quando há dinheiro há consumo, quando não há dinheiro há menos consumo, e às vezes socialmente eu penso: então, mas agora vão integrar-se num programa ocupacional, não é, os tais CEI+, os CEI... aquela pessoa... mas eu sei que aquilo vai piorar a situação da pessoa em termos de saúde. Mas para a comunidade, eu vou melhorar, porque vai estar ocupado, vai estar a trabalhar. Mas, efetivamente, o problema aumenta, mas quando já não está muito sobre a nossa alçada, porque já tem autonomia, já tem uma entidade que está a acompanhar, nas juntas de freguesia ou na autarquia já não se dá nenhum cartão ao técnico. (CM)

E como se falou há pouco na rede social, a rede social, efetivamente, é um fórum de discussão das problemáticas e que tenta, também, encontrar soluções localmente para esses problemas, porque nós estamos sempre com a tendência de encontrar fora, não é? E o problema nunca é nosso. Ah, isso é da saúde... ah, isso é da proteção civil, não sei do quê, e andamos sempre aqui a apontar para fora, com interrogação, isso é culpa do governo. (CPCJ)

Ainda no âmbito do trabalho em rede, os participantes reconhecem que a natureza institucional legítima e influencia, positiva ou negativamente, a intervenção no terreno, constatando-se o poder e o peso da justiça e da saúde, em comparação com outros setores:

O que nós dizemos, como assistente social, seja da câmara ou de outro serviço, tem de valer. E, se calhar, o colega consegue porque vem da reinserção social. Também tem a ver aqui um bocadinho com o estatuto das entidades, que tem muito. (...) É muito importante não ser só a análise. Um técnico que analise seja com o

AUDIT ou até mesmo a experiência que tem, tem de valer, e isso às vezes não vale tanto como se vier da justiça, se vier do CRI, se vier... (CM)

A carência de recursos e de investimentos, principalmente humanos e a ausência de estruturas vocacionadas para o acompanhamento a longo prazo, foi também bastante focada no grupo de discussão.

É salientada a escassez de profissionais, seja da área do Serviço Social, seja da área da Medicina, restringindo o diagnóstico e o acompanhamento do doente. Esta situação é apontada pela maioria dos participantes e bem ilustrado nas afirmações da Assistente Social da UA:

A grande questão aqui é: temos uma unidade de alcoologia que tem um âmbito regional. Portanto, eu não posso, um doente, que é da Guarda, vir todas as semanas ter uma sessão de psicoterapia no serviço, completamente inviável. Temos um CRI que não tem pessoal, por exemplo, para atender o álcool. Não tem. E como é o CRI temos os outros todos, com uma carência gritante de pessoal, não é? Porque, reparem uma coisa, a questão da prevenção da recaída e da estrutura de suporte pós-internamento existe, não está é apetrechada, não é? Nós fazemos isso aos doentes de Coimbra, é fácil, não é? Há transportes, não é? Um doente de ..., pois, não faz. Não faz porque o CRI não tem pessoal para atender, não é? Vai fazendo, eu sei que vai fazendo. Mas não tem. E, por definição, e assumiram isso e bem, e bem, que não têm pessoal suficiente para atender o álcool, os casos do álcool, como tem os outros todos, não é? Temos Castelo Branco sem pessoal... nós temos uma estrutura montada, como tem os cuidados de saúde primários, a estrutura está montada. Está é esvaziada. Está vazia, não é?

A prevenção da recaída foi também uma preocupação ressaltada maioritariamente pelos assistentes sociais que acompanham casos recorrentes (como o CAT, o CCom. e a Eq. Rua), reconhecendo a inexistência de estruturas específicas para um trabalho e um apoio contínuos e prolongados.

(...) a questão que depois falha, para além da prevenção e disso tudo que devia ser feito antes é: há recaídas, há isso tudo, e falha... mas quando a pessoa sai, não há nenhuma estrutura que consiga dar... nós não temos estrutura nenhuma, lá está, quem faz a psicoterapia, quem faz... devia haver uma estrutura (...). (CCom.)

Não é só ir quinze dias, para uma desabituação, e acaba ali tudo. Porque, se não, estamos a fazer... e depois, ela volta para onde? Ela volta para o sítio onde estava. Sem apoio, sem suporte familiar, sem apoio de... os amigos também consomem. Arranjam um trabalho, o que é muito complicado, não é, mas arranjando um trabalho no fim do dia, com os companheiros, vai beber um copo. E essa prevenção de recaída, onde é que está? (Eq. Rua)

Uma outra preocupação apontada foi a falta de renovação de técnicos especializados, não só pelo desinteresse geral pela área e decorrente escassez de estagiários, mas também pelas dificuldades práticas levantadas pelas instituições, impedindo a transmissão de saberes e a regeneração de equipas aptas para lidar com a problemática.

Agora, eu também noto que estas áreas têm sido alvo de muito desinvestimento, até dos estagiários, como estava a dizer, eu também não tenho estagiários há muito tempo. Estas áreas são muito complicadas, ninguém está para, entre aspas, se maçar muito. E, de facto...(CAT)

Não temos quem continue. Quem continue e quem inove, não é? Porque mesmo nós, começamos a ficar cansados do mesmo, não é? Aquilo que fazíamos há vinte anos, se calhar, estamos a voltar ao início, não é? E isto é cansativo e é desgastante. E se não temos gente nova a entrar, a ter alguma apetência pela área, alguma sensibilidade á área, não é, é muito complicado. Eu lembro-me de um ano em que nós fizemos estágio, se calhar aqui a maioria de nós, o estágio nas dependências era superconcorrido. Toda a gente queria estagiar, era giro estagiar...(UA)

Fatores respeitantes à natureza do fenómeno

A própria doença reúne em si um conjunto de características muito específicas que, para os assistentes sociais participantes, determina o diagnóstico tardio. A perceção e interpretação das diversas, e por vezes subtis, manifestações da doença exigem um olhar sensível, atento e holístico que muitas vezes se esbate ao centrar-se nos sintomas e sinais numa perspetiva meramente biomédica.

(...) um hipertenso que tem um problema de abuso de álcool, terá aquela hipertensão completamente descontrolada. Um diabético... por exemplo, é esse tipo de discurso que eu acho que muitas vezes não passa. E é real, é real. E há clínicos, se calhar desta nova geração, mais sensibilizados para essa área, que já começam a perceber que, calma se eu trabalhar aqui o problema do álcool com especial foco, eu trato o resto todo. O nível orgânico. Eu estou só a falar a nível orgânico, estou só a falar a nível orgânico, porque isto, extravasando depois para outras áreas é flagrante e todos nós sabemos isso. (UA)

Mesmo essa questão dos jovens ou das crianças que nascem com o alcoolismo dentro de casa. Muitas vezes, os casos chegam e a preocupação é tratar o doente. Mas tratar esta criança como uma vítima indireta da questão do alcoolismo não têm tratado. E mesmo quando se pensa no que fazer relativamente ao apoio a esta criança que nasceu com este aprendizado. (CPCJ)

A constatação anteriormente referida é ainda confirmada pela existência dos casos ditos “falsos negativos”, ressaltando a importância duma visão integral e integrada, como facilmente se compreende pelas transcrições abaixo:

Nós temos um caso lá flagrante, o senhor... com processos na justiça, problemas familiares, e não é que o homem faz análises e as análises não acusam nada? Portanto, ele depois esfrega as análises na cara dos técnicos e dos familiares. E sabemos que continua a ter casos, continua a ter problemas com a justiça, a conduzir sob o efeito do álcool. (CRI)

Nós, que somos especialidade de tratamento, temos variadíssimos casos desses, não é? É que, analiticamente, nós não temos indicador nenhum. Nós temos indicadores de justiça, de emprego, de rendimento, familiares, ponto. (UA)

Por outro lado, acrescem ainda as referências ao chamado “alcoolismo funcional”, o qual dissimula situações por vezes graves, mas aparentemente inofensivas:

É muito funcional, não falta ao trabalho, consegue tratar das diligências, mas à noite, quando vem para casa, o que leva para casa é quase uma grade de cerveja. E, no outro dia quase que está... já há alguma capacidade de lidar com essas situações, de facto, aqui, torna muito difícil para nós, não tinha esta noção, torna muito difícil captar esta realidade, para quem não percebe estas dinâmicas, uma dinâmica... e o que é que o consumo faz. Quanto mais isolado, mais necessidade tem de beber e mais bebe sozinho. E relatos que as pessoas falam que a companhia que fazem é a televisão e as garrafas... e, de facto, isto torna muito difícil fazer um diagnóstico e ter uma leitura que permita avaliar e explicar. Tem muito a ver com este alcoolismo, digamos, funcional. Que também leva a que este diagnóstico seja muito mais tardio. (CAT)

Fatores comportamentais dos doentes/famílias

Os participantes são unânimes em considerar que também as atitudes e os comportamentos dos doentes e respetivas famílias interferem na concretização dum diagnóstico mais precoce. Quer uns, quer outros muito frequentemente ocultam e negam o problema, desvalorizando-o, com medo de represálias, ilusão de autocontrolo e baixa resistência à frustração, perpetuando o consumo e procurando ajuda apenas em situações de crise.

Mas esses doentes que nos chegam não têm crítica e, portanto, não é um problema para eles. E a negação está sempre presente. Quando nos dizem que é só um copo, vamos percebendo depois ao longo do acompanhamento que aquele copo são vários copos, multiplicados. (CS)

(...) às vezes, uma pessoa que não assume o problema que tem, porque desvaloriza e acha que consegue controlar. (CAT)

Porque as famílias, quando comparecem na comissão, têm muito medo das consequências, dos comportamentos que têm. E, então, só após estabelecermos alguma relação de confiança com as pessoas é que elas começam a dar conta das problemáticas que evidenciam no dia a dia. E aí, sim, pode vir ao de cima a questão do alcoolismo. É claro que, depois, também temos as pessoas que negam, não é? Eu bebo, mas é só depois do trabalho, é só um copo, não é? Que é uma frase muito habitual. Ou então, eu bebo, mas é aos fins de semana, mas depois sempre que sai aos fins de semana, bebe. E é um problema muito negado, a não ser que seja um problema logo evidenciado. (...) mas ali existe sempre o receio, não é, porque as pessoas ainda não veem a comissão como uma

entidade que pode prestar o apoio. Mas, sim, como alguém que está a criar um dano. E, então, têm muito receio de assumir os comportamentos. (CPCJ)

Até que ponto é que quando há uma recaída não vem a vergonha. E então, tenta-se esconder ainda mais do que na primeira vez em que se detetou o problema. Que eu penso que é uma coisa que possa acontecer muitas vezes. (CPCJ)

Esses utentes não recorrem ao serviço de saúde e, portanto, nós para os identificar e fazer esta avaliação, é numa fase tardia, sim, porque eles só recorrem quando já estão com danos tão grandes ao nível da sua saúde física que não há outra alternativa. Ou quando o INEM os encontra caídos numa valeta e os levam, e depois há uma integração através do meio hospitalar. (ACES)

As situações de problema só são identificadas eventualmente quando desencadeia um problema, de cariz familiar, com conflitos entre os seus elementos, quer questões de saúde, quer questões criminais, que são apanhados, inclusive, alcoolizados. Só quando essas situações, esses problemas surgem é que, eles próprios, muitas vezes, tomam consciência que, se calhar, podem ter um problema. (DGRSP)

E quando as situações efetivamente nos chegam, já chegam no limite, as pessoas já não aguentam mais aquela situação. Não dá para aturar. Mas andou, no fundo, a achar que aquilo era normal, a desculpar uma ausência. (CM)

Por outro lado, há ainda quem mencione as dificuldades de trabalhar com certas famílias, nomeadamente pelo respetivo “estatuto social”, e com determinados cônjuges de doentes, uns que obtêm ganhos secundários com a manutenção do consumo, outros que não sabem como proceder ou lidam de forma errada com a situação.

Em relação ao diagnóstico, eu também considero mais difícil dar o diagnóstico a pessoas ou a familiares mais abastadas. Ou seja, têm outra maneira de se proteger, sabem proteger-se de outra maneira, não estão sob o holofote dos serviços. E são famílias que ninguém gosta muito de trabalhar com elas. São famílias muito difíceis no trato. Quando maior o estatuto, pior. Depois, até há um diálogo, por vezes, quase em forma de ameaça aos técnicos, e enquanto que as pessoas que acabam por não ter tantas possibilidades, mas que estão nos holofotes dos serviços, não têm como se proteger — muitas vezes, são pessoas excluídas, infelizmente —, e têm uma outra humildade, até, em assumir os problemas e até em aceitar o apoio dos serviços, que eu acho que é uma das dificuldades que às vezes também sinto. (CPCJ)

Depois, se nós pensarmos em termos familiares e nas dificuldades reais, do dia a dia, nas famílias, às vezes, dá um jeito danado os homens beberem, porque assim as mulheres fazem tudo o que, efetivamente, não se tem de negociar tanto. Porque se diz: ele é alcoólico, eu faço sozinha. Isto até dá jeito, isto não é consciente na maior parte das vezes. Eu não acho nada que seja consciente, mas dá jeito. Porque, assim, não há que negociar. Olha, tu achas que é melhor assim, tu achas que é melhor assado? Não senhor, eu quero fazer assim, não quero saber, toca a andar. (CRI)

Fatores relativos às competências dos profissionais

Os profissionais são obviamente um fator decisivo para o diagnóstico. De acordo com os participantes, as características pessoais influenciam a relação com os indivíduos (doentes ou não), e a empatia, sensibilidade e apetência para este problema facilitam a abordagem, o diagnóstico e o acompanhamento. Contudo, consideram que poucos são os técnicos que reúnem estas condições ideais para uma intervenção eficaz, acrescidas da falta de formação especializada neste campo.

Ou se tem uma sensibilidade especial para a deteção deste tipo de casos (...) ou eu tenho especial predileção por esta área das dependências, estou extremamente atenta e deteto sinais precocemente ou então passa-nos completamente ao lado, não é? (UA)

A maior parte, é que há muitos colegas que detestam isso, já falam com duas ou três pedras na mão, porque nem tão pouco percebem que é uma doença. (CRI)

Eu tenho muita sensibilidade para essas áreas, não só por questões pessoais, mas também porque eu gosto de desafios e essas áreas são muito desafiantes. A área das dependências é muito desafiante. Mas eu não vejo isso nas minhas outras colegas. (...) Mas eu sinto que tenho paciência para esses casos. Os meus colegas, efetivamente, não têm tanto. Nem para o diagnóstico, nem para depois para a intervenção. (CM)

Depois, perguntam assim: então, a pessoa diz que bebe? Quanto? Ah, um litro, dois, já não sei bem. (...) Nós temos de ter elementos de prova. Não é só telefonar, é preciso ter conhecimento real das coisas. Agora, isto tem muito a ver também com a falta de formação que nós temos. Ou fazemos porque gostamos e abdicamos de muito tempo pessoal para investir, para conhecer um bocadinho mais, ou então paramos. (CAT)

São ainda visíveis os constrangimentos relativos a uma avaliação (mais) integral e a um trabalho motivacional, por parte dos assistentes sociais, mas muitas vezes dependente de condicionalismos envolventes:

E o que eu vejo efetivamente é que as colegas locais, do serviço social, das IPSS, da Segurança Social e por aí fora, efetivamente, o motivo que faz com que as pessoas as procurem não tem a nada a ver com o álcool, nunca tem a ver com álcool. São tantas as outras coisas importantes, que o álcool é uma coisa que lá está escondida, que nem dá tempo, para atrapalhação das outras coisas, de estar a olhar mais cirurgicamente para isso... (CRI)

(...) A pessoa não é só o consumo. Quem é a pessoa que está com o problema? E seguramente [impercetível] por ali, eu se calhar vou ter uma atitude um bocadinho diferente. E isto leva ao quê? Tempo. E as pessoas têm muita dificuldade de falar, porque vamos falar dos nossos fracassos. Nós próprios temos. A pessoa, por ser pobre, está numa situação vulnerável, vai estar disponível para? Este é um trabalho de conquista e de muito tempo. Agora, quem é a pessoa que temos à frente que está no controlo do problema, que é só a parte mais visível. (CAT)

(...) fazemos uma série de questões e abordamos também a questão do consumo, dos consumos, quer do álcool, quer de drogas e, relativamente ao álcool, eu acho que, por um lado, ou é uma coisa já visível... pronto, e nós também, por algum motivo, já conhecemos aquela pessoa. Ou então, é tudo dentro do normal. (CCom)

(...) Que o técnico atende a pessoa que precisa de RSI ou que precisa de outra intervenção qualquer. Avalia e vê, claramente, ou não, que tem uma questão de álcool. Mas claramente que tem uma questão de álcool, aquele agregado familiar. O que é que faz? Encaminha, ou passa por nós ou vai diretamente para a unidade de alcoologia. O que é que acontece? Bate com o nariz na porta, não é? Das duas uma: ou vai e não está minimamente motivado, e "é um passeio à senhora da asneira", volta para trás, e a unidade de alcoologia não faz o seu trabalho, entre aspas. Ou então nem sequer lá chega. (CRI)

No decurso da discussão e partilha de opiniões sobre as razões explicativas do diagnóstico tardio e as dificuldades inerentes à sua concretização mais precoce, os participantes foram apontando, espontaneamente, diversas estratégias e boas práticas no sentido da superação dos constrangimentos referidos, acabando por antecipar a resposta à última questão do guião.

Duma forma geral, ressaltam dois grandes tipos de estratégias: as políticas, direcionadas para as medidas preventivas e de tratamento e as técnico-operativas, centradas na atuação dos assistentes sociais e nas possíveis respostas sociais.

Estratégias políticas

Os participantes mencionam a necessidade de um quadro político nacional que valorize as questões do álcool e os seus impactos sociais e, consequentemente, mais eficiente e ativo, que promova as mudanças exigidas e preencha as lacunas das políticas atuais.

Apesar dos PLA serem reconhecidos como um verdadeiro problema, é necessária uma maior consciencialização e mobilização para que entrem efetivamente na agenda política da saúde e sejam discutidos em profundidade, de forma a poderem ser tomadas decisões e implementadas medidas mais assertivas e eficazes. Os seguintes excertos especificam esta mesma visão:

E se o Estado tivesse essa leitura [se eu trabalhar aqui o problema do álcool com especial foco, eu trato o resto todo (UA)] se o estado conseguisse perceber, se calhar, os médicos passavam rapidamente para o modelo B, porque efetivamente, os custos, a nível de custos, a questão do álcool é dramática, não é? Portanto, efetivamente, há que fazer chegar a quem de direito que, se calhar, o problema alcoólico é muito mais rentável para o Estado do que tratar um diabético. (CM)

São as tais carteiras tradicionais de serviços. Por aí, isso. Nos cuidados de saúde primários, só vejo por aí. Agora, isto implicava uma grande mudança ao nível da saúde, dos planos nacionais de saúde, em que a questão do alcoolismo pudesse ser integrada com um tronco comum, com uma necessidade básica e não como uma necessidade adicional. (ACES)

Os participantes evidenciam ainda que os profissionais e a sociedade em geral deveriam ser mais sensibilizados para os PLA, apontando para a necessidade de um investimento na educação para a saúde e de uma maior informação através dos meios de comunicação social, o que remete para as “políticas que mudam o clima social e as atitudes perante o álcool”, segundo a classificação de Edwards et al. (1994).

(...) E também na consciência dos técnicos relativamente ao seu dever cívico e profissional, no sentido de alertar, e de serem também, às vezes, mais interventivos, quer os técnicos, quer os professores, as pessoas que estão junto das problemáticas, mas que acabam por tentar não interferir nelas. (CPCJ)

“Eu queria só reforçar aqui que eu acho que é essencial quem está na primeira linha, nomeadamente numa urgência, ou em outras situações, pessoal encontrado na rua, etc., que estejam sensibilizadas para esta questão (...). (Eq. Rua)

(...) o que eu acho é que era importante haver mais trabalho, sensibilização para a população geral, sobre doença e álcool. (CRI)

São ainda ressaltadas algumas propostas de melhoria das políticas diretamente relacionados com o tratamento, especificamente uma maior implementação das intervenções breves nos cuidados de saúde primários, bem como o reforço das consultas de especialidade e a criação de estruturas pós-tratamento.

(...) dotar os CRIs, CRAs, de consulta da especialidade. Dotar os hospitais com consultas da especialidade. Os centros de saúde locais com consultas da especialidade. (DGRSP)

(...) depois, também tem a ver ao nível terapêutico, não é, para trabalhar as questões da autoestima, da reestruturação de traumas, que é muito importante para a pessoa prever e não recair, não é? Agora, se todo este trabalho, também, não for devidamente estruturado, e não houver também um acompanhamento pós-tratamento, eu também acredito que seja muito fácil uma recaída. (CPCJ)

Portanto, se uma pessoa sai, faz um tratamento, uma vez, e a conseguíssemos agarrar e ter depois uma estrutura que conseguisse trabalhar com ela uma série de conceitos, se calhar, prevenia-se muito as tais recaídas. (CCom)

Estratégias técnico-operativas

Foram ainda elencados alguns caminhos possíveis de consolidação da intervenção direta com o doente e respetivas famílias, quer da responsabilidade dos próprios assistentes sociais, quer dependentes da organização e dinâmica institucionais.

Uma das constatações referidas foi a importância da prevenção da recaída, muito ligada à cronicidade do problema e à consequente necessidade de acompanhamento e supervisão a longo prazo:

Depois, acho outra coisa também. Isto remete depois para questões legais e para questões que têm a ver com o quê? Têm a ver com seguimento. Se eu tenho uma doença e está previsto, eu tenho de fazer um trabalho continuado e eu... diabetes, tenho de fazer análises, tenho de tomar medicação... Havia alguma forma deste acompanhamento... quando a pessoa o sente é ótimo, mas havia alguma forma, entre aspas, de levar a pessoa a comparecer na consulta, nem que seja para dizer: Olhe, eu estou muito bem ou isto ou aquilo. Que supervisão, que forma e que mecanismo legal é que existe para. É que já se viu que a pessoa tem um problema. E depois perder-se... E o perder-se, há pouco não referi também, o principal diagnóstico, e depois o que pode ser feito... e aqui, uma grande dificuldade é nos indivíduos isolados a capacidade que eles têm de ir para aqui e para acolá, e começar tudo de novo. As famílias é um bocadinho diferente. Agora, que forma é que eu tenho de supervisionar um paciente identificado, na situação que já foi vista, que oferece aqui alguns indicadores de risco visíveis ou não, até que ponto é que isto podia ser feito, não é? Terá alguma designação diferente. É, de facto, alguém que tem uma doença. Quem tem uma doença tem de se aproximar dos serviços de saúde, faz como, não é? (CAT)

No sentido de favorecer uma melhor mediação e acompanhamento das situações, foi reafirmada a oportunidade de se constituir, a exemplo do médico e enfermeiro de família, a figura do Assistente Social de Família:

E, aqui, aplica-se também a 100%, e tem a ver também com, em termos de Serviço Social, uma ideia que está muito em voga e que se discute, ganha-se, perde-se, mas que cada vez tem mais sentido, de facto, para acompanhamento mais próximo das famílias, seria, de facto, o assistente social da família. E esse seria, sim, o mediador — que é o termo que nós usamos, não é? — seria o mediador, a pessoa que tem ali um conhecimento mais próximo da família, e que seria, de facto, o mediador, depois, com os vários técnicos dos outros serviços. (CAT)

O agente de proximidade que está ali que, por um lado, tem muito mais conhecimento da realidade, consegue encaixar a coisa. E se conseguisse ter uma relação de confiança com aquela pessoa, seria tudo mais fácil, porque, efetivamente, os dependentes vão fazer internamento e depois vêm e parece que está tudo bem. E depois ficam sem apoio. Se tiverem uma boa relação ali com o técnico sabem que se tiverem algum problema, se precisarem de falar, é ali àqueles que recorrem. E é esse ganho que eu acho que seria muito importante de ser feito, mas é utópico. (CRI)

A investigação foi também considerada decisiva não apenas em termos meramente académicos, mas sobretudo como fundamento técnico-operativo e como instrumento de avaliação de impacto de projetos, contribuindo, consequentemente, para o aperfeiçoamento de estratégias interventivas eficazes, a criação de modelos e respostas inovadoras e a (re)definição de medidas políticas ajustadas à natureza e dimensão da problemática.

Há aqui uma linha de pensamento global que se pode identificar, que é o quê? É um conjunto de universidades, com projetos individuais ou ligados, fazer um estudo de âmbito razoavelmente nacional em que ficasse deveras

patente que sairia mais barato ao Estado o financiamento na prevenção e na intervenção dessa fase, mais barato do que custear a posteriori os tratamentos e o custo que traz para a sociedade, mesmo a nível de produtividade. O contrário era mais barato. Os anúncios e os preços altos do tabaco têm a ver com os custos caríssimos do IPO, para se tratar da boca, garganta, pulmões e por aí fora. Esses medicamentos são caríssimos. E, portanto, se nós tivermos menos gente a fumar, é capaz de não ser mau de todo. (...) E aí podemos fazer uma coisa que é o quê? Partindo daí, podemos pegar nesse estudo e fazer – como é que os americanos falam? – Ir junto às autarquias locais, veja lá, arranja um dia para um médicozinho. E colocam mais um médicozinho, e junto do hospital, junto do governo central, haver aqui qualquer coisa que justifique... (DGRSP)

Também há projetos que começaram como projetos e, depois, passaram a ser modelos de política social. Portanto, o que eu acho que é importante é, efetivamente, pensar-se um bocadinho fora da caixa e ter, efetivamente, resultados, provar que aquela intervenção ou que aquele modelo é eficaz para, eventualmente, se tornar... porque, se não, não conseguimos lá chegar, pelo menos na área da saúde, não é? ... (CM)

Outra proposta diz especificamente respeito aos cuidados de saúde primários, com a criação de protocolos de atuação relativa aos problemas do álcool, mediante a inclusão desta problemática específica nas designadas “carteiras de serviços”:

Ao nível dos cuidados de saúde primários, é existir uma carteira de serviços. [risos] Carteira de consulta de alcoologia, como existe... porque a carteira básica é aquilo que define o corpo de intervenção daquela unidade. Depois, as carteiras adicionais. O tabagismo é uma carteira adicional. Só contratualiza quem quer. E, portanto, o alcoolismo é outra... se existir, só é contratualizado se aquela equipa tiver pessoas que sentem que isso é uma necessidade na zona geográfica onde estão a intervir, com aquela população que está lá inscrita. Porque as USFs respondem à população que está inscrita. (ACES)

Os participantes partilharam também as “boas práticas” que concretizavam em termos motivacionais, sublinhando a importância da continuidade e regularidade do acompanhamento:

Não conduz alcoolizado, ótimo. Aquilo que bebe não incomoda a coesão familiar, cinco estrelas. Não tem prejuízo no local de trabalho... agora, depois, há um outro indivíduo que ofende e que maltrata a companheira, a esposa, os filhos, em estado de embriaguez... às vezes, basta moderar para ficar desinibido e, pelo menos, a língua fica solta. Aí, sim, o consumo moderado não é suficiente e aí há a abstinência... confrontamos o indivíduo com... as nossas entrevistas motivacionais, muitas das vezes, passam por confrontá-lo com o custo, com o custo. “Ah! Não tenho nenhum problema com o álcool!” Você, nos últimos dois anos, só em muitas quando é que pagou? Ah, dava para ir de férias para o Algarve. [risos] E quantas vezes é que se chateou com a sua mulher? Ah, não falo nisso. [risos] E, quer dizer, um indivíduo que não era... ah, não tenho problema nenhum com o álcool. De repente, surgiu ali... você não tem problemas de saúde, físicos, com o álcool, mas se calhar tem aqui outros problemas. (DGRSP)

Que eu às vezes costumo fazer esse cálculo com eles. Quantas são? São duas? Quanto é que custa cada uma? Ok. Chega-se ao fim do mês, [imperpetível], mas isto é preciso de ser feito com muita regularidade com a mesma pessoa. (CM)

Outra questão mencionada, mas que não reuniu consenso no contexto deste *focus group*, tem em consideração uma outra abordagem ao Alcoolismo e aos PLA, adaptada dum modelo de intervenção face às toxic dependências – a redução de riscos e a minimização de danos:

Eu acho que agora, se me permitem, começam a surgir novas formas de intervenção também proporcionadas pelos técnicos da área, nomeadamente falo das pessoas que estão na rua. Portanto, o SICAD também tem agora uma parceria com instituições que trabalham com essas pessoas, projetos que vão arrancar quando já não se tem em conta aquela falsa questão ou ilusão de que a pessoa vai ficar abstinente do álcool para sempre, mas como também nas drogas, fala-se também num consumo de álcool assistido. Portanto, já vai arrancar um projeto desses brevemente em Lisboa. E é algo que é extremamente importante, porque, para quem tira essas pessoas da rua, a equipa de rua tem essa perceção. (Eq. Rua)

(...) mas, se a metadona ou a buprenorfina são tomadas conforme a prescrição médica, nós não estamos a falar aqui de substituição nenhuma, nós estamos a falar de um tratamento. Estamos a falar... eu tenho diabetes, tenho de tomar insulina... eu tenho já outros défices provocados pelas ilícitas, eu tenho de tomar outra coisa... (CRI)

Ganhos para a pessoa, que é o principal interesse que temos aqui nesta situação, mas, aqui, depende muito depois também dos contextos e das situações de cada pessoa. Temos de ser pragmáticos, mas depende da situação pessoal de cada um e da situação familiar. Há aqui alguns cuidados. Porque é assim, eu vou dizer: agora aquele programa pode consumir X. E quais são os critérios? Fez dez desabituções, esteve em vinte unidades terapêuticas, tem cinquenta anos. Não há nada a fazer, você vai ali para uma tasca perto, pronto, isto é um exagero, mas é assim: de facto, temos de pensar neste ponto. E, de facto, pensamos. Eu acho que, também é uma opinião pessoal, mesmo que a desabitação, ao fim do tratamento, não corra bem, garantidamente, há sempre ali algum ganhozito em termos de saúde. (CAT)

A formação foi bastante enfatizada como pilar de uma intervenção mais eficiente e eficaz, clarificando e atualizando conceitos e procedimentos, capacitando e motivando técnicos e catalisando e ampliando recursos. Foram concretamente identificados alguns conteúdos concretos, nomeadamente: autoconhecimento, neurociências, diagnóstico, motivação e intervenções breves.

Eu penso que concordo com isto, que é no local que tem de se ver. Efetivamente, esta iniciativa do SICAD de dotar equipas nos centros de saúde que façam uma rotina na consulta médica ou a enfermeira ou um serviço social mesmo que façam as intervenções breves. Isto deveria ser também trabalhado pelos respetivos locais. Para não andarmos todos depois também a fazer um testezinho, não é? Senão, depois, também caímos no ridículo,

não é? Mas é um instrumento que poderá permitir os diagnósticos mais precoces, mas que é fundamental articular com quem apanha as pessoas com necessidades. (CRI)

É importante a formação, e a formação transversal, tanto a nível da profissão, para os técnicos, como para os médicos que estão nos centros de saúde, numa primeira linha. Eu penso que essa formação é muito importante. (CAT)

Eu acho que o facto de a formação a todos níveis, não é, não só nas dependências, mas também a nível até pessoal. Da gestão de stress, porque hoje em dia eu acho que o burn out e o stress está muito em cima da mesma com os técnicos. Então, que tipo de atendimento é que nós fazemos a pessoas com dependências, quando nós já nem sequer estamos” com o tico a bater com o teco”, não é? (CPCJ)

Eu acho que é muito importante conhecermos mesmo o impacto que tem no nosso cérebro, a dimensão do prazer, como é que sabia ou não, porque é que tem de ser imediato, a questão de porque é que vão aumentar a dose, porque é que notamos a resistência... (CAT)

Por fim, destacou-se ainda a importância do denominado “trabalho em rede”, alertando para a importância duma clara e precisa definição de objetivos comuns e dos papéis e competências de cada um, para a necessidade de envolvimento e fortalecimento dos agentes envolvidos, a diferentes níveis, mas sem demasiadas burocracias que possam constituir-se como obstáculos práticos a uma intervenção eficaz, favorecendo antes a flexibilidade, a reciprocidade e a informalidade responsáveis. De forma bastante positiva, foi enaltecido o trabalho dos GAA enquanto estrutura de intervenção a vários níveis.

Efetivamente, um grupo local em que a gente pudesse mensalmente reunir, discutir, e agora vamos definir quem é que vai fazer o quê e depois, sim, passar para a outra fase ou acompanhar também, arranjar um serviço que faça este acompanhamento, desde o diagnóstico até... (CM)

Se há vinte anos eu referi que sabia onde se batia à porta, qual era a porta para entrar, hoje, não sabemos muito bem. Não sabemos muito bem qual é a porta, há várias. E isto ficou. Nós temos de voltar a saber os circuitos, conhecer a realidade, e estamos disponíveis para nos apresentarmos, para mostrarmos como as coisas funcionam e não estarmos fechados. Eu sou apologista de uma rede, mas uma rede em que cada um saiba o que está a fazer. Porque se eu tenho uma rede, estamos em rede, e eu não faço, é tudo muito importante, e espero que o outro faça... portanto, essa definição, às vezes, é muito difícil. (CAT)

E eu acho que localmente haveria algumas estratégias, modelos, formas de atuação que poderiam ser pensadas, e era local, era nosso. Portanto, não precisava de ser igual a todos, poderia eventualmente depois ser replicado o modelo, como disse há pouco, haver aqui estas boas práticas, mas o que eu acho importante é localmente. Ok, mantemos então a resposta que nós localmente, com as entidades todas, podemos fazer sem estar com medo da proteção legal, que também é um problema. Sem estar com medo de: ah, isto não é da minha área, isto está... o conteúdo funcional não é meu. Sem estar com esse receio, portanto, abrir aqui um bocadinho mais o leque de... isto é um problema que é nosso, é da comunidade, vamos investir. Vamos trabalhar. (CPCJ)

(...) obviamente que é difícil, mas os grupos de autoajuda, eu acho que são muito importantes. Este ir acompanhando quer pelo técnico, quer também pelas pessoas perceberem que não estão sozinhas, porque, efetivamente, a maior parte dessas pessoas estão sozinhas. (...) E, efetivamente, é preciso muito aqui uma intervenção local desde o diagnóstico e intervenção. Eventualmente, depois, localmente, articular-se com as estruturas que são regionais, que sem elas também não podemos trabalhar. (CM)

Nós, vamos lá ver, temos o C. [GAA] que é uma IPSS, que tem uma técnica de serviço social e de psicologia e faz uma coisa brutal, que é: pega numa carrinha, para ir a Coimbra às consultas. E depois de fazer a desintoxicação e nós por trás como mola, eles vão lá às consultas, às entrevistas no C. e fazem acompanhamento. (DGRSP)

Capítulo VI

Discussão dos resultados

6.1. Do perfil aos problemas sociais

Duma forma genérica, a partir da análise dos resultados constatam-se algumas tendências que não deixam de encontrar eco na literatura, relativamente ao perfil dos doentes alcoólicos e aos problemas sociais associados.

É evidente que a maioria dos doentes, que chega aos serviços de tratamento, apresenta características comuns, dentro duma diversidade que é transversal a esta problemática.

À semelhança do estudo de Pinto e Lameiras (2019), a maioria dos doentes entrevistados pertence à faixa etária entre os 51-65 anos e com habilitações literárias ao nível do ensino básico. Metade encontra-se desempregada e apenas aproximadamente um terço se mantém a trabalhar.

Analisando estudos de há 20/30 anos atrás, não se revelam alterações significativas no perfil genérico do doente que procura tratamento, salvo no que diz respeito à faixa etária e à situação profissional. De facto, enquanto que em 1991, os doentes alcoólicos tinham entre os 35-39 anos, estando maioritariamente no ativo (Pinto et al., 1992), em 2001, mantinham-se igualmente a trabalhar, embora as suas idades rondassem entre os 25 e os 44 anos (Almeida & Pinto, 2006).

Este panorama demonstra que, em períodos anteriores, os doentes procuravam ou eram encaminhados para tratamento, mais cedo, em idades mais precoces, mantendo os seus postos de trabalho, contrariamente ao tempo presente, como se constata pelos resultados apresentados. Aliás, os percursos de vida registados nos biogramas dos entrevistados ilustram igualmente o momento avançado dos primeiros tratamentos, indiciador de um diagnóstico tardio, preocupação que tem vindo a ser manifestada por algumas instâncias técnicas de referência (como a OMS e a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa), como já anteriormente salientado.

Apesar de se tentar encontrar um perfil comum do doente alcoólico e de ser consensual que este se vai modelando de acordo com a conjuntura socio económica e com a orientação das políticas públicas, não só Edwards (1987), como a OMS, entre outros autores, reforçam que o Alcoolismo se encontra tanto em contextos pobres, como em meios mais favorecidos. Não existe assim “um quadro único e estereotipado de alcoolismo que possa resumir satisfatoriamente as várias formas que pode assumir. A própria diversidade é, paradoxalmente, uma das principais características comuns.” (Edwards, 1987, p. 1).

Edwards (1987) alerta ainda que o alcoolismo vai para além da doença, uma vez que existe “uma lista praticamente interminável de maneiras pelas quais o excesso de bebida pode, ocasional ou

cronicamente, contribuir para prejudicar a convivência social ou familiar, a saúde física ou o bem-estar mental” (Edwards, 1987, p.1).

Neste sentido, são bem evidentes os problemas sociais nas trajetórias de vida dos entrevistados que, sendo uma das dimensões centrais do estudo, revelam as efetivas repercussões do consumo de álcool nomeadamente ao nível da família, justiça, trabalho, economia e saúde.

Comparando com o estudo de Pinto e Lameiras (2019), não existem diferenças significativas entre estas áreas problemáticas e respetivas vertentes, exceto no que respeita à sua relativa preponderância. Ainda assim, ressalta-se que a referida investigação, tendo sido realizada em contexto hospitalar especializado, terá identificado, em princípio, os problemas mais pela sua evidência clínica, enquanto que a presente pesquisa decorre da valoração individual desses problemas por cada um dos entrevistados.

Não obstante, os problemas sociais mais referenciados e que mais se destacam dizem respeito à família, estando aliás em consonância com os últimos estudos da EURO CARE (2011 cit. in Pascual Pastor, 2012) e da OMS (2006 cit. in Pascual Pastor, 2012), nomeadamente o projeto multinacional GENACIS, que comprova uma associação prejudicial entre o abuso de álcool e a qualidade da relação no casal. Estes enfatizam as situações de violência doméstica, associando o álcool a diferentes formas de violência, mais especificamente, violência juvenil, maus-tratos infantis, violência conjugal, violência contra os idosos e violência sexual.

É de salientar que, segundo Pascual Pastor (2012, p. 306), “son pocos los países que cantifican de manera sistemática la implicación del alcohol en actos violentos”, o que também se verificou nos relatórios nacionais já oportunamente analisados.

Por outro lado, é também a nível do trabalho que se fazem sentir as consequências negativas do consumo de álcool, com ligação direta aos problemas económicos, como está bem patente nos percursos de vida dos doentes entrevistados. Apesar de Pascual Pastor (2012) referir a escassez de estudos neste campo, recorre aos dados de Morales y Rubio (2000) para detalhar estas questões, mencionando que, a percentagem de trabalhadores com consumo abusivo de álcool varia de 40 a 70%, apresentando estes um absentismo duas a três vezes superior aos restantes trabalhadores e sofrendo duas a quatro vezes mais acidentes laborais. Também o estudo de Almeida e Pinto (2001) assinala o baixo rendimento e o elevado absentismo dos doentes analisados.

Importa ressaltar que alguns dos entrevistados, apesar de estarem em situações de desemprego, reforma precoce, rutura familiar, entre outras problemáticas, muitas vezes, ou não relacionam automaticamente o consumo de álcool com a sua condição, ou negam até qualquer associação entre os problemas referidos e o consumo. Na verdade, Gitlow e Peyser (1991) reforçam esta constatação, quando referem expressamente que o doente alcoólico tende naturalmente a negar quer os problemas, quer o consumo, desvalorizando ou tentando encontrar outras explicações para o facto de beber excessivamente e de ter vários problemas associados.

No presente estudo, não é perceptível o tipo de relação de causalidade entre consumo de álcool e problemas sociais. Efetivamente, Gitlow e Peyser (1991) chamam a atenção para o facto de não ser fácil reconhecer a causalidade prévia do consumo de bebidas alcoólicas aos acontecimentos de vida

relatados, embora em alguns dos percursos de vida dos entrevistados se verifique contacto com o álcool ainda antes dos problemas emergirem. Ainda assim, a partir dos biogramas, é visível e notória a presença conjunta de ambas as variáveis (consumos e problemas), podendo afirmar-se, objetivamente, que à medida que o consumo aumenta, os problemas intensificam-se, em espiral, promovendo, frequentemente, quer o aumento do consumo progressivo, quer a decisão para a mudança, seja por fatores internos, seja por pressão externa.

Já o estudo de Fonte (2006) indicava quer uma maior prevalência de PLA, quer uma maior ocorrência de acontecimentos de vida negativos em doentes recaídos, comparativamente com os abstinentes, evidenciando esta relação bidirecional consumo-problemas.

Santo-Domingo (1994) corrobora parte desta interpretação, ao mencionar que a gravidade e as características dos problemas, aliadas ao contexto em que ocorrem e a fatores individuais, podem desencadear o processo de procura de ajuda, principalmente nas situações mais ou menos agudas ou nas ocasiões em que se chega ao “fundo do poço”, podendo ser consideradas “gatilhos” para a mudança. Prova disso, são as alcoolémias positivas e os casos de violência doméstica, bem evidentes e frequentes nos esquemas biográficos, situações essas que, também pelas imposições legais, reforçam a eventual tomada de consciência e ainda mais a procura de tratamento.

Os problemas sociais são portanto prevalentes na problemática do alcoolismo, sendo de ressaltar quer a sua diversidade, quer a sua intensidade e persistência, bem como a gravidade e impacto na vida dos sujeitos, independentemente do seu perfil.

6.2. À procura de trajetórias

De uma forma abrangente, a trajetória de vida integra o conjunto de acontecimentos e de experiências, que vão ocorrendo no percurso longitudinal do indivíduo, ao longo do seu ciclo vital, constituindo a base da sua existência e da sua essência, consoante a oportunidade, frequência e durabilidade dos eventos e circunstâncias que o envolvem. Engloba assim os acontecimentos vividos sequencialmente, os comportamentos adotados e os significados atribuídos pelo indivíduo, nas mais diversas vertentes da sua realidade pessoal e social (Manita & Agra, 2002).

Assim, as trajetórias destes doentes permitem conhecer os eventos e os processos de mudança ocorridos durante a sua história de vida, ajudando a compreender o sentido e o impacto que aqueles tiveram nas suas decisões, tendo em consideração quer as características dos indivíduos, quer os condicionalismos estruturais.

Uma metanálise prospetiva das trajetórias específicas relativamente ao consumo de álcool em jovens, com monitorização variável entre 1 e 12 anos, publicada em 2012 (Cortés Tomás et al.), identificou quatro trajetórias típicas habituais, habitualmente designadas como “clássicas”: 1) ausência de consumo ou consumo reduzido (*low*); 2) consumo abusivo persistente ou crónico (*high/cronic*); 3) consumo elevado com redução gradual no tempo (*decrease*); 4) consumo reduzido com aumento gradual no tempo (*increase*).

Embora o presente estudo seja de natureza retrospectiva, a partir desta distribuição tipológica, poder-se-ão tecer alguns paralelismos com a amostra em causa.

Há, no entanto, que ressaltar que, tratando-se de uma população de doentes alcoólicos, são automaticamente excluídas as tipologias 1 e 3, uma vez que estas, volta-se a frisar, implicam respetivamente uma ausência de consumo ou consumo reduzido e uma redução gradual no tempo, que não se evidencia obviamente no percurso dos entrevistados. Por outro lado, só são passíveis de comparação as duas primeiras etapas consideradas na apresentação dos resultados, ou seja, o início e aumento/agravamento dos consumos.

Da análise dos esquemas biográficos, constata-se que a esmagadora maioria dos indivíduos apresenta uma trajetória dita *increase*. Embora com muito menor expressão, são ainda detetados alguns percursos (A25, A36, A46 e A52), incluindo o “caso singular” (A38), classificáveis numa trajetória *high/cronic*, que, na amostra estudada, apresenta também um início muito precoce de contactos e consumos de álcool, bem como um espectro de problemas graves a vários níveis, similar aliás à metanálise referida.

Do mesmo modo, os principais fatores influenciadores destas duas trajetórias coincidem igualmente com as variáveis significativas identificadas pelo mesmo conjunto de estudos, evidenciando-se, na amostra estudada, dois polos principais e distintos: por um lado o convívio social e a influência dos pares (sejam familiares, amigos, colegas de trabalho ou serviço militar), por outro as razões intrínsecas (como sentimentos negativos, estratégias de fuga e de desinibição e dificuldades de *coping*).

Importa ainda assinalar que todos sofrem as influências culturais, tradicionais dum país mediterrânico, produtor e comercializador de vinho, festivo e hospitaleiro, que junta, naturalmente, à mesa, a família e os amigos, brindando à saúde e à felicidade. É pois habitual que a grande maioria da população – alcoólico ou não alcoólico, abstinente ou não abstinente, bebedor social ou bebedor ocasional, entre em contacto com as bebidas alcoólicas, relativamente cedo, seja no seio da família, no meio do grupo ou em contexto de celebração.

Assim é fortemente expectável que os participantes deste estudo relacionem o início do seu consumo, principalmente com o contexto familiar ou social. Contudo, estes desenvolveram a doença e outros, felizmente, não. São estes últimos que integram a trajetória *low*, em que a metanálise identifica como fatores protetores a estabilidade e interação positiva familiar, a maior autoeficácia, pares com baixos consumos, o sucesso académico e a menor exposição a ambientes de risco, entre outros (Cortés Tomás et al., 2012).

Como vimos, os percursos individuais divergem mais no início do consumo convergindo em fases mais avançadas. Contudo, quando na história natural da alcoolização se considerou o primeiro tratamento como a fronteira para a etapa seguinte (abstinência/recaída), os esquemas biográficos apontam para trajetórias distintas.

Verifica-se, por um lado, que cerca de metade dos doentes aparenta estabilização da abstinência após um único e primeiro tratamento, um outro grupo de doentes, de dimensão semelhante, alterna períodos de abstinência com períodos de recaída, intermitentemente, implicando dois ou mais

tratamentos, e ainda um terceiro grupo, muito mais diminuto, que vai reduzindo consumos sem alcançar a abstinência, nalguns casos sem tratamento estruturado.

Desta forma, “sob inspiração” da metanálise de Cortés Tomás (et al.,2012), e na tentativa de classificar estas trajetórias de doentes alcoólicos, cria-se assim uma proposta de designação de três tipologias distintas:

- 1) Trajetória “em planície”, que diz respeito ao percurso de abstinência estável (primeiro grupo);
- 2) Trajetória “em montanha russa”, que se refere ao percurso oscilante entre períodos de ausência de consumos e períodos de consumos ativos (segundo grupo);
- 3) Trajetória “em encosta descendente”, que engloba o percurso de redução de consumos (terceiro grupo).

Nas trajetórias “em planície” e “em encosta descendente” é especialmente evidente a importância do GAA, assim como, embora com menor expressão, as questões de âmbito legal e de saúde.

Relativamente à trajetória “em montanha russa”, a participação em GAA naturalmente está presente nos percursos destes doentes enquanto fator protetor, contudo, em confronto principalmente com fatores intrínsecos dos sujeitos e com pressões sociais para o consumo, interferindo assim no processo de recuperação. Em consonância, também Fonte (2006) identifica como determinantes principais do consumo/recaída o desejo interno subjetivo, a pressão social e as dificuldades de *coping*.

Tais premissas são aliás referidas na literatura, nomeadamente, por Adès e Lejoyeux (1997, p. 123), quando afirmam que “o comportamento alcoólico raramente evolui por si só (...), estando sempre sujeito a alterações, evoluções positivas ou negativas inesperadas, a incertezas”, nomeadamente situações de stress e crise, como as sanções legais ou complicações somáticas graves, ou situações de experiências positivas e êxitos. Fonte (2006, p. 341) conclui a este propósito a existência de

“(...) variáveis contextuais como a sucessão de acontecimentos positivos e negativos que emergem na vida do sujeito após a alta hospitalar, o tipo de situação que em determinado momento se lhes depara e/ou a disposição afectiva vivenciada, a qualidade do apoio recebido para a contenção/sobriedade e a resposta de *coping* específica que em determinada circunstância consegue desenvolver”.

Desta forma, abstinência e consumo, enquanto pratos de uma mesma balança, oscilam sob o peso quer de fatores interpretados como positivos, quer de fatores ditos negativos, mediando a atitude do doente perante o álcool em cada momento, numa forma interativa e dinâmica, na busca dum equilíbrio difícil e instável.

Já Edwards et al. (1999, p.161) referiam que “eventos de vida tanto negativos quanto positivos podem ser percussores da conquista da sobriedade”, afirmando também que “a conclusão mais sólida é que não existe nenhum caminho único para a recuperação e que as pessoas encontram muitos caminhos individuais para parar de beber” (Edwards et al., 1999, p.160). Porque este processo é igualmente válido para voltar a beber, independentemente da trajetória em que o doente se encontre,

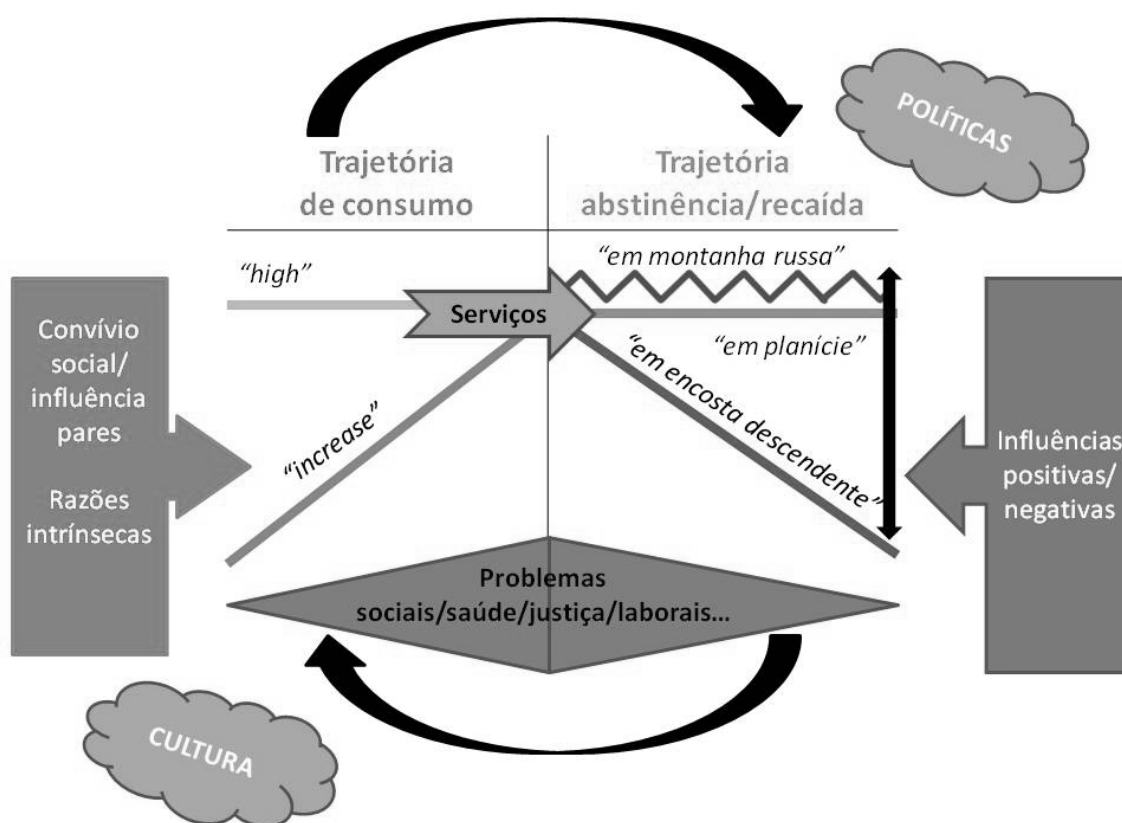
sendo estas pedagogicamente distintas, mas não estanques, o indivíduo poderá alterar sempre o seu rumo e (re)tomar outros caminhos.

Assim sendo, tal como Fonte (2006) salienta, a propósito da recaída:

“retomar o consumo de álcool com retorno ao estado de dependência, resulta de multifactores, variáveis ao longo do tempo, interagindo num determinado momento e num determinado contexto, num indivíduo específico, pelo que somente a avaliação compreensiva, holística, proporcionada pelo modelo biopsicossocial, se mostra com possibilidades de fornecer as linhas de força apropriadas para orientar o estudo deste fenómeno”.

Em forma de conclusão e procurando objetivar os aspetos referidos anteriormente, apresenta-se o seguinte quadro interpretativo (Esquema 3), alusivo à trajetória da alcoolização dos doentes alcoólicos estudados:

Esquema 3 – Trajetórias de alcoolização



Fonte: Elaboração própria

Por outro lado, constata-se que nos percursos dos doentes entrevistados se assinalam vários contactos com os serviços de apoio e acompanhamento social, que, de alguma forma, também sugerem algumas trajetórias mais ou menos típicas.

Nesta perspetiva, são definidas cinco tipologias, tomando em atenção que os diversos problemas, não existindo isoladamente, condicionam em muitos casos o cruzamento entre várias delas:

- 1) Trajetória “ab initio”, engloba os doentes que são acompanhados, direta ou indiretamente, desde muito cedo, pelos serviços sociais;
- 2) Trajetória “reincidência no crime”, diz respeito aos entrevistados com episódios repetidos de alcoolémias positivas e/ou de violência doméstica, sinalizados para as instâncias judiciais competentes;
- 3) Trajetória “embriaguezes rotineiras”, inclui aqueles que relatam ocorrências sucessivas de embriaguez ou mesmo coma alcoólico, recorrendo ou sendo encaminhados para os serviços de urgência hospitalar;
- 4) Trajetória “doença incógnita”, refere-se aos indivíduos com patologias e problemas de várias ordens, procurando diferentes serviços de apoio e acompanhamento social, para os quais o alcoolismo se mantém oculto;
- 5) Trajetória “fim de linha”, respeitante aos casos que são sinalizados e acolhidos em fases de degradação física e social extremas.

Nos entrevistados em estudo, são especialmente evidentes as trajetórias “doença incógnita”, “embriaguezes rotineiras” e “reincidência no crime”, bem ilustradas nos biogramas construídos e apresentados. Ressalta-se, ainda e finalmente, a importância de ter em atenção a singularidade e particularidade de cada caso e a interpretação do investigador, podendo abrir caminho para desenhar outras trajetórias.

6.3. As respostas institucionais

Os serviços sociais são instrumentos da política social para promover o bem-estar da população em geral, mediante prestações técnicas que facilitam o desenvolvimento humano e a sua efetiva inserção social, oferecendo assim apoios preventivos, assistenciais, integrativos e reabilitadores (Román, 2008). É num sentido amplo que se abordam os serviços sociais neste estudo, reportando-os a áreas ou âmbitos de bem-estar social, tais como a saúde, a justiça, etc.

Nos casos estudados, onde foi bem patente quer a diversidade, quer a prevalência de tantos PLA, seria expectável um mais intenso e mais precoce contacto com as várias instituições locais. No entanto, é consensual o conhecimento das dificuldades dos próprios doentes em reconhecer e assumir a sua própria condição e ainda as vicissitudes dos técnicos na respetiva identificação.

Não obstante, existe efetivamente um conjunto de serviços com os quais os doentes referiram ter tido contactos concretos, por iniciativa própria, por pressão de terceiros ou por imposição legal.

De todos estes, são os centros de saúde que surgem em primeira instância e mais precocemente, enquanto serviço de saúde de primeira linha e de acompanhamento regular e de rotina à população, que visam uma ação preventiva e curativa. O médico de família e a equipa de saúde, incluindo o Assistente Social, são detentores dum conhecimento, mais próximo e amplo, da história clínica e social

global do utente e da sua família, acompanhando um e outro na sua evolução ao longo da vida. É neste sentido, que surgem como figuras chave para um diagnóstico mais precoce, para um aconselhamento para a mudança e um encaminhamento para eventual tratamento. Tendo assim como atributos a relação informal e de confiança, que estabelecem com os mesmos, e por isso existindo um menor risco de estigmas ou de discriminação.

No entanto, este acompanhamento nos cuidados de saúde primários, e no que se refere aos doentes estudados, não conseguiu alcançar estes objetivos, ao desvalorizar análises alteradas, sintomatologia sugestiva, pedidos expressos de ajuda e perda de oportunidades de aprofundamento da história pessoal e familiar.

A situação descrita vem corroborar os resultados do estudo de Pinto e Lameiras (2019), que demonstrou que só um quinto dos doentes encaminhados para tratamento provinha do centro de saúde. Igualmente preocupante é o facto desta situação corresponder a um agravamento da ausência de resposta por parte dos médicos de família, uma vez que tanto em 1991 como em 2006, esse encaminhamento correspondia a um terço dos doentes (Pinto et al., 1992; Almeida & Pinto, 2006).

A escassez de recursos humanos, com ênfase nos assistentes sociais, o desaparecimento gradual das equipas locais de tratamento (ditas equipas de alcoologia dos centros de saúde) e a ausência de formação especializada nesta área ajudam a compreender esta involução.

A nível hospitalar, são vários os doentes que referem ter dado entrada nos serviços de urgência, na sequência de embriaguezes, comas alcoólicos, crises convulsivas e acidentes em geral, para além da frequência de consultas de especialidade, algumas delas com patologias associáveis ao álcool. Nuns e noutros casos, prevaleceu a perspetiva estritamente biomédica e de avaliação apenas pontual e isolada da situação patológica em causa, sem intervenção do Serviço Social, concretizada na desintoxicação simples do doente e/ou tratamento específico das outras entidades nosológicas. Tal como se confirma pelo estudo de Shepherd et al. (1995 cit. in Edwards et al., 1999), a equipa médica hospitalar negligencia habitualmente a história do consumo excessivo de álcool. À semelhança dos cuidados de saúde primários, também a nível hospitalar, se perde assim a oportunidade de identificar e orientar doentes para acompanhamento e recuperação.

Relativamente às instituições do âmbito da justiça, Edwards et al. (1999, p.290) ressaltam que “o grande número de crimes relacionados ao álcool cometidos a cada ano indica uma oportunidade de identificar e de intervir nos problemas com bebida entre os criminosos”. De facto, constata-se que mais de metade dos doentes entrevistados referem recorrentes situações de alcoolémias positivas e/ou de violência doméstica, para além de outros problemas legais. Contudo, parece desperdiçarem-se tais oportunidades como momentos ideais para motivação do doente para tratamento. Por outro lado, por parte dos próprios doentes, há muitas vezes aceitação tácita do tratamento, em alternativa a penas e coimas pesadas, o que interfere negativamente com uma efetiva aceitação da doença, adesão ao tratamento e mudança de comportamentos. Salienta-se ainda que estes casos que chegam aos tribunais representam apenas a “ponta do *iceberg*”, constituindo uma pequena parte dum vasto leque de

comportamentos ilegais, que não são detetados, mas que interferem muito frequentemente no bem-estar quer da família, quer da comunidade.

Nas entrevistas e biogramas analisados, verifica-se ainda que se procede ao encaminhamento dos doentes para tratamento só após consecutivas infrações, muitas vezes sem trabalho motivacional prévio, sendo evidente alguma benevolência na interpretação das respetivas molduras penais. Aliás, de acordo com o estudo de Pinto e Lameiras (2019), mais de metade dos doentes internados na UAC apresentavam problemas judiciais e apenas cerca de um terço tinha sido encaminhado pelas estruturas competentes.

No que respeita aos serviços de apoio social, como a Segurança Social, IPSS, Serviços de Ação Social, entre outros, os doentes estudados recorrem maioritariamente em situações pontuais de crise, nomeadamente de âmbito habitacional, alimentar e económico, principalmente em fases mais tardias da evolução da doença, ocultando-a frequentemente e requerendo apenas a satisfação das suas necessidades mais básicas. É habitual ter acesso aos bens pretendidos, sem ser dada a devida atenção aos problemas que estarão na base dessas dificuldades. Também neste contexto, embora pouco significativo, se verifica um encaminhamento tardio para os serviços ou estruturas de apoio e tratamento do doente alcoólico.

De grande relevância para os doentes entrevistados, é o papel dos GAA que sobressai no apoio motivacional para tratamento e manutenção da abstinência, onde se inclui também a figura do Assistente Social, enquanto técnico mediador e integrador, realizando tarefas de suporte psicossocial e de apoio para a reinserção social. É natural esta evidência no estudo em causa, na medida em que a maioria dos doentes estudados foram recrutados por intermédio destas instituições, em cujas instalações foram realizadas as entrevistas.

No entanto, já vários autores referem a importância do papel do GAA na problemática do álcool, ressaltando que “la participación en grupos de autoayuda incrementaba considerablemente el éxito terapéutico incluso con niveles modestos de intervención” (Pascual Pastor, 2012a, p.452).

Para além do mais, resultados do projeto Match (2004 cit. in Pascual Pastor, 2012a) demonstraram que os doentes pertencentes a GAA mantinham períodos mais longos de abstinência. Pascual Pastor (2012a) menciona também as potencialidades do grupo no apoio após o tratamento quer ao doente, quer à família, sendo um dos melhores instrumentos de prevenção da recaída. O mesmo autor alerta ainda que já a Sociedade Americana de Psiquiatria tem recomendado os GAA num primeiro nível de intervenção e no acompanhamento do tratamento.

Os GAA reúnem-se para partilhar experiências, dificuldades, forças e esperanças, e, em simultâneo, para partilhar e procurar soluções, a fim de resolver em conjunto o(s) seu(s) problema(s), sendo um coadjuvante ao tratamento propriamente dito. Têm assim como objetivo promover o suporte emocional e educacional e o sentimento de pertença, assim como facilitar a aceitação da doença, possibilitando o restabelecimento e fortalecimento da confiança, autoestima e autonomia, necessárias para enfrentar comportamentos e mudanças nos estilos de vida e para alcançar o bem-estar (Barrie, 1990).

Os GAA mais conhecidos no âmbito do Alcoolismo são os AA. Em Portugal e em Espanha, para além destes, existem os Grupos de Alcoólicos Tratados, que diferem dos primeiros, pelos seus membros assumirem, perante a sociedade, a sua identidade enquanto doentes alcoólicos. Desta forma, apresentam uma metodologia distinta de atuação, numa resposta de proximidade e de contacto ativo com os casos e os serviços da comunidade, respondendo frequentemente a solicitações de familiares e institucionais, nomeadamente judiciais, oferecendo respostas imediatas. Procuram ainda integrar atividades variadas ao nível lúdico, recreativo, ocupacional e terapêutico, para além das habituais reuniões periódicas presenciais (Pascual Pastor, 2012a).

No nosso país, a sua expressão é mais evidente na zona norte e centro, em consequência da sua articulação privilegiada com os serviços de tratamento, à época, os CRAs do Porto e de Coimbra, surgindo o primeiro em 1968. Curiosamente, criado e desenvolvido por uma Assistente Social (das antigas Caixas de Previdência), em colaboração com um doente alcoólico recém tratado, em Albergaria-a-Velha, impulsionado pela preocupação da referida técnica relativamente às dificuldades de reinserção social (Frazão, 1989).

“Eles representam, sem dúvida, uma estrutura útil pela sua dinâmica interna de entreajuda e apoio; o grupo determina uma reorganização de planos de vida, onde a abstinência alcoólica é, independentemente das elaborações explicativas e ideológicas a que profusamente tem dado origem, um meio de promoção individual, familiar e social do Alcoólico Tratado” (Frazão, 1989, p. 132).

Com as alterações decorrentes das flutuações na organização e filosofia dos serviços de tratamento, esta relação estreita mantém-se, apesar das adversidades, e tanto quanto nos é dado a conhecer, no que respeita à UAC.

Assim sendo, parece ter ficado claro que as várias estruturas de apoio e acompanhamento social raramente atuam de forma precoce, na deteção do problema, minimizando a importância da motivação e efetuando um encaminhamento tardio para as instâncias de tratamento e de recuperação, tendo o GAA um papel relevante e imprescindível em sentido oposto.

6.4. Pistas da e para uma abordagem do Serviço Social ao Alcoolismo

Como temos vindo a frisar, dada a multifatorialidade e multidimensionalidade do Alcoolismo, é indispensável uma abordagem global que tenha em conta não só a vertente física e psicológica, como também as necessidades básicas e sociais dos doentes e das suas famílias. Estas, se desvalorizadas, poderão dificultar a avaliação diagnóstica, o processo de mudança, a aceitação da sua condição de doente e necessidade de tratamento e ainda constituir-se como fator propiciador de recaída.

É neste sentido, que Pastor (2012a) salienta a relevância dum trabalho em equipa, que integre o Assistente Social, tendo em vista “la normalización e integración social, [debiendo] incluir los aspectos

personales y familiares, culturales, laborales, sociales, legales” (Pastor, 2012a, p.459), direccionadas não só para o doente, como também para a respetiva família.

Foi notória a valorização particular deste profissional, pelos doentes estudados, cuja importância foi apontada como fundamental na recuperação e reorganização das suas vidas, com evidência no momento da entrevista, realizada no âmbito deste estudo, e não tanto ao longo do seu passado, evocando um protelar do primeiro contacto/intervenção concretos. Em consonância, os próprios assistentes sociais, participantes do *focus group*, referenciaram esta mesma concretização tardia, identificando-a como determinante para o (in)sucesso da intervenção.

De salientar ainda que, no que concerne à observação da sessão de trabalho entre as diversas instituições de Braga, muito focada nas dificuldades do quotidiano, a experiência e a discussão dos profissionais participantes centrou-se nos casos já bem conhecidos e identificados com problemas múltiplos, agravados e recorrentes, em que a intervenção social se converte numa atuação de fim de linha e na busca de respostas para situações designadas como “desesperadas”. Confirma-se, assim, que haverá toda uma longa história de vida e de alcoolização que parece passar ao lado dos vários profissionais de Serviço Social que, em termos práticos, acabam por contactar doentes e famílias e intervir principalmente em situações de crise. Mais uma vez se verifica que, tal como Jones (1996) refere, o Serviço Social continua a manter o seu foco nas consequências, nos efeitos, em detrimento das causas, as quais se tornam assim mais toleráveis e suportáveis, prevalecendo uma atuação de natureza globalmente paliativa.

À semelhança dos assistentes sociais presentes na sessão de trabalho, os assistentes sociais participantes do *focus group* entendem o contexto sociocultural do nosso país como uma das principais razões para este contacto, e consequentemente diagnóstico, tardios. Os falsos conceitos relativos ao álcool, os incentivos, a acessibilidade e a permissividade face aos consumos, a desvalorização das consequências, pelos próprios doentes, pelas famílias e pela comunidade em geral, são afinal cenário e palco onde todos representam os mais variados papéis. No entanto, embora reconhecendo a influência das raízes socioculturais do fenómeno, parecem centrar-se mais numa perspetiva externa, passiva e de meros espectadores (dos doentes e famílias), aparentando mostrar-se, em certa medida e enquanto profissionais, como que imunes a essas mesmas influências, que aliás, aparentemente, não identificam nem para si próprios, nem para os outros técnicos.

Apesar de tudo, os participantes reconhecem a necessidade duma maior sensibilização e consciencialização da população em geral, em particular dos próprios profissionais, e ainda a importância dos programas educativos das escolas, no sentido de inverter as representações sociais, atualizar os conhecimentos, alterar as atitudes e modificar os comportamentos dos portugueses. Para Cunha Filho (2016, p.420), que estudou o campo das políticas do álcool, “algumas medidas que dependem do empenhamento das instituições ou serviços (públicos ou complementares) que as põem em prática beneficiariam de sensibilização dos intervenientes e de incentivos que permitissem melhores condições de aplicação e boas práticas.”

Desta forma, e a título ilustrativo, a afirmação “Beber é cultura”, que sintetiza o panorama nacional ao relacionar as bebidas (alcoólicas) com a tradição, a história, os usos e os costumes de todo um povo, transformar-se-ia em interrogação – “Beber é cultura?”. Tal como Fonte (2010) menciona, “beber” remete inequívoca e imediatamente para bebidas alcoólicas, excluindo qualquer outro tipo de bebidas, inclusive a água. Contudo esta perspetiva crítica desconstruía, de alguma forma, a certeza de que beber é sempre um agente de socialização, uma experiência de prazer e um ato de cultura, abrindo porventura caminhos para estilos de vida mais saudáveis. Efetivamente, este tipo de questões poderia equilibrar os vários interesses e contrariar os objetivos económicos e lucrativos das campanhas publicitárias que, embora sancionadas por lei, continuam mais ou menos impunemente a incentivar o consumo, como aliás foi ressaltado por alguns dos participantes do *focus group*. Segundo Knill e Tosun (2008), as políticas públicas visam, por princípio, enquanto uma abordagem *problem solving*, apresentar soluções para os problemas sociais. Dizendo respeito e afetando todos os atores sociais, enfrentando realidades particularmente complexas, estas políticas são muitas vezes ineficazes e desadequadas, daí a persistência de muitos dos problemas sociais.

Enquanto atores na *policy arena* (Knoepfel et al., 2011), os assistentes sociais, interferindo (in)diretamente no problema (do Alcoolismo) e sendo também objeto de intervenção das políticas públicas, são condicionados por estas, positiva ou negativamente. Em consonância com a visão de Knoepfel et al. (2011), os participantes do *focus group* são disso mesmo prova, ao entenderem que as políticas públicas do álcool não têm o efeito desejado na consciencialização da população, na redução dos riscos do consumo e na restrição e controlo do acesso, interferindo, indireta, mas negativamente, na sua intervenção técnica. Tais factos perpetuam o consumo nocivo e dificultam assim o diagnóstico e respetiva atuação.

O estudo⁹ de Cunha Filho (2016, p.407) corrobora estes mesmos factos ao concluir que “a maioria das iniciativas dos governos em Portugal não parece ter tido impacto relevante nos indicadores de saúde ou na redução dos danos associados ao consumo e aos PLA”; diferentes atores sociais¹⁰ percecionam um grau baixo ou moderado de realização na maioria das políticas públicas. Genericamente, os resultados do estudo demonstram que as estratégias políticas do álcool foram influenciadas por agendas e compromissos internacionais, justificadas pelo impacto nacional do consumo e condicionadas pelas estruturas e conjunturas dos governos e ainda pelas pressões públicas e/ou particulares. Assim sendo, a sua evolução e ineficácia pode ser explicada, em parte, pela inconsistência na gestão do tempo e

⁹ Estudo qualitativo, financiado pela FCT, Fundo Social Europeu e fundos nacionais do MCTES, que analisa a evolução das políticas do álcool nos últimos anos em Portugal, através de análise documental e de inquérito a diversos atores sociais envolvidos nas políticas do álcool.

¹⁰ (i) órgãos políticos da governação e da administração pública do MS (DGS, IDT e do SICAD) e de outros ministérios e serviços envolvidos nas políticas do álcool; (ii) Operadores da Indústria de Bebidas Alcoólicas – associações representativas do sector; cervejeiras, produtores de vinho, hotelaria e restauração, comerciantes, publicitários, etc.; e (iii) Sociedade Civil Organizada – organizações não-governamentais, sociedades científicas e profissionais nas áreas da Saúde, Social, Cidadania e Consumo envolvidos nas políticas do álcool.

espaço políticos, por falhas do processo e pelas cedências a agendas de alguns atores sociais, desde a sua criação à sua implementação (Cunha Filho, 2016).

A influência nas e das políticas sociais é uma componente intrínseca à identidade do Serviço Social de acordo com uma diversidade de orientações paradigmáticas e teorias para a prática. Para Wyers (1991), a *policy practice* (dimensão sociopolítica) é parte integrante da atividade profissional do Serviço Social, uma das estratégias de ação, em diversos campos, práticas e níveis de atuação, cujo foco passa pela implementação, compreensão e análise dos efeitos das políticas e, consequentemente, pela participação na sua reformulação e melhoria.

Embora se tenha verificado uma reflexão geral sobre as políticas do álcool, principalmente ao nível dos seus efeitos, no decurso do *focus group*, o papel do profissional na (re)construção e influência nessas mesmas políticas não foi praticamente referido. O estudo de Cunha Filho (2016) confirma, ainda que num âmbito distinto, esta mesma situação, na medida em que verifica uma intervenção política escassa por parte das Organizações Não Governamentais (ONGs) e da sociedade civil, comparativamente com a Indústria do Álcool, existindo uma discrepância nítida entre os atores sociais envolvidos. Esta indústria tem como principal estratégia uma estimulação da inação dos governos e partidos para as políticas do álcool, favorecida pelo seu “melhor desempenho (...) para estabelecer relações funcionais e conquistar a atenção do poder público para os seus interesses, em detrimento da atuação inconsistente e dispersa dos atores sociais da Sociedade Civil Organizada, ONGs e Comunidade de Saúde.” (Cunha Filho, p. 413). Por outro lado, a maior parte destes atores sociais não integrava as autoridades responsáveis pelas políticas do álcool, nem o próprio Fórum Nacional Álcool e Saúde (FNAS), pela divergência de opiniões ou por discordar frontalmente com a inclusão e participação da indústria¹¹, a qual aproveitou essa mesma ausência para impor as suas posições às autoridades governamentais e políticas (Cunha Filho, 2016).

Ainda de acordo com Cunha Filho (2016), as iniciativas políticas prenderam-se mais com a promoção de mudanças estruturais e funcionais dos serviços públicos do que com a criação de novas políticas do álcool, defendendo interesses económicos em detrimento da Saúde Pública. Algumas das contestações que surgiram por parte da sociedade civil, das ONGs e da comunidade de saúde, centraram-se exatamente nessa reestruturação dos serviços de saúde e nos respetivos cortes orçamentais e redução de investimentos.

Quer os intervenientes do *focus group*, quer os participantes da sessão de trabalho teceram críticas muito semelhantes, identificando as reconfigurações de serviços como sendo aparentemente deficientemente alicerçadas e por isso pouco eficazes, conduzindo a atuações institucionais e profissionais mais redutoras, interferindo negativamente não só no diagnóstico e acompanhamento do doente alcoólico, como também no trabalho em equipa e em rede. Uma das grandes mudanças estruturais e organiza-

¹¹ Ignoram-se as orientações da OMS (2007, cit. in Cunha Filho, 2016), que defende a não participação da Indústria do Álcool no desenvolvimento de políticas do álcool e na promoção da saúde. A participar na redução dos danos ligados ao álcool, a OMS (2007, cit. in Cunha Filho, 2016) entende que deverá ser apenas no contexto do seu papel de produtor, distribuidor e publicitário.

cionais apontadas foi a que se refere aos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente a implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF) e da Carteira Básica e Adicional de Serviços (onde não consta o Alcoolismo) e a criação (posterior) dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

Efetivamente, o estudo de Guadalupe e Gonçalves (2009, p.128) demonstra que

“Se o Serviço Social foi uma unidade orgânica de primeira linha nos centros de saúde deste país, os últimos desenvolvimentos verificados indicam-nos que esta profissão é tida como dispensável ou como serviço complementar numa equipa de prestação de cuidados que se querem universais, cumprindo direitos universais, baseados na equidade e justiça social.”

Para além do mais, Branco e Farçadas (2012) verificam que o Assistente Social evidencia dificuldades em definir métodos de trabalho precisos e em assumir uma posição no contexto profissional, estando limitado em termos de ação e de autonomia profissional. Acresce ainda o número significativamente reduzido de assistentes sociais no contexto dos centros de saúde quando comparado com o meio hospitalar ou com a dimensão da população inscrita nas unidades de saúde, estando por isso subrepresentados (Guadalupe & Gonçalves, 2009; Branco & Farçadas, 2012).

Apesar do Serviço Social trabalhar com famílias desde as primeiras referências à profissão e de maneira transversal, há quem considere a necessidade e a relevância de se criar a figura do “Assistente Social de Família”, proposta que emergiu também no *focus group*. Um “agente de proximidade” seria vantajoso não só para o diagnóstico precoce do Alcoolismo, como também para o acompanhamento contínuo e permanente do doente e da família.

É nos cuidados de saúde primários que se estabelece habitualmente o primeiro contacto com as pessoas que necessitam de cuidados de saúde, psicológicos ou sociais, existindo a oportunidade de captar situações de risco e canalizar esforços para uma ação preventiva (Trigueros e Mondragón, 1999).
O médico de família

“compromete-se com a pessoa, e não com um conjunto de conhecimentos, técnicas especiais ou grupo de doenças. Este compromisso tem duas vertentes: o médico está disponível para qualquer problema de saúde, em qualquer pessoa, de qualquer idade ou sexo, sem se limitar a um problema definido. E este compromisso não tem prazo: não termina com a cura da doença ou o fim do tratamento” (Ramos, 2017).

À semelhança, o Assistente Social de Família, pela sua relação continuada, de proximidade e de confiança, teria melhores condições para ajudar a identificar e avaliar eventuais problemas de índole muito variada, não se restringindo a uma população específica, a um problema tipo, nem a um tempo de acompanhamento determinado (limitado no tempo e/ou no espaço). Tal como Guadalupe e Gonçalves (2009, p.156) referem

“O Assistente Social, pela sua formação é o elo de ligação e o interlocutor de eleição entre a equipa de saúde, o indivíduo, a família e a comunidade. Deveria ser mesmo criado, à semelhança

da figura do “Médico de Família” o “Assistente Social de Família” no contexto dos CSP, ficando responsável por uma carteira de utentes numa dada comunidade, para além da sua responsabilidade noutros planos.”

Outro aspeto mencionado no *focus group* prendeu-se com a ausência de investimentos, e consequentemente de recursos, que condicionam obviamente a respetiva atuação e os resultados práticos. Foram salientados nomeadamente a carência de profissionais e a inexistência de estruturas não só para doentes alcoólicos com particularidades específicas, como também para o acompanhamento e apoio contínuo e *in loco* na recuperação e na reinserção a longo prazo. É neste sentido que sugerem, com bastante ênfase, a implementação de estruturas pós-tratamento, reforçando a importância duma prevenção da recaída obrigatória, efetivamente estruturada e organizada, em conformidade com a história natural da doença e a cronicidade do problema.

É interessante verificar que esta preocupação surge principalmente dos profissionais que trabalham em instituições de tratamento (CRI) ou de “última linha”, ligadas à reinserção social (CAT, Eq. de Rua, CCom., CT), reveladora de uma certa sensação de impotência e quase ineficiência... Em contrapartida, as instituições de primeira linha (CS, SAAS, RLIS, CM, CPCJ) focam mais como limitadores da sua ação o pouco tempo disponível e os procedimentos institucionais, justificando, pelo menos em parte, a deteção e avaliação tardia das situações. Constata-se assim que uns e outros se baseiam nas dificuldades das suas experiências concretas em cada um dos seus respetivos patamares de intervenção, com as suas competências específicas próprias e tendo em conta os objetivos priorizados institucionalmente. Assim sendo, a ação de cada um estará mais focada numa perspetiva individual, centrada na instituição, e por isso redutora, revelando dificuldades em descentrar-se da microrealidade.

Foi igualmente reforçada a importância e a premência em sensibilizar os governos para a questão das bebidas alcoólicas e PLA enquanto problema social e de saúde pública que, partilhando a análise de Cunha Filho (2016, p. 419), “encaram o assunto como um comportamento individual ou social com consequências esporádicas que precisam de serem acomodadas” e cuja resposta política atende apenas um único nível de preocupação e atenção desproporcionado à dimensão do problema.

Desta forma, os vários participantes no estudo sugerem a concretização de investigação neste domínio, especificamente ao nível dos custos desta problemática para a sociedade em geral e do impacto das estratégias e respostas existentes, nomeadamente através da implementação e avaliação de projetos.

Foram assim mencionadas a necessidade e a importância da construção de projetos sociais no âmbito do Alcoolismo, permitindo orientar e estruturar um processo de intervenção mais racional, organizado e sistemático, obter e avaliar (de forma realista) os recursos disponíveis e necessários, fortalecer parcerias e impulsionar a mudança social. Já Guerra (2000, p. 125) referia que

“O trabalho por projetos é, cada vez mais, uma forma de condução de ações que parece adaptada à intervenção na complexidade e na escassez constante de recursos. Quer se trate de acionar uma nova medida de política (...), quer se trate de reorganizar um serviço ou uma

instituição, ou de lançar um programa de desenvolvimento local, a metodologia participativa de projeto emerge como uma forma eficaz e activa de o fazer.”

Os profissionais que integraram o *focus group* estão em consonância com Cunha Filho (2016, p. 418), quando este refere que

“O conhecimento necessário reside em investigação interdisciplinar e na capacidade de transmitir esse conhecimento e essa experiência aos atores políticos e à sociedade civil organizada de forma que sejam integrados nas suas práticas, ações de influência e tomadas de decisão, tornando as decisões mais transparentes e claras na sua intencionalidade. Sendo os PLA e as políticas do álcool assuntos complexos, a experiência passada de aplicação de medidas, desenvolvida in loco, pode determinar quais as melhores estratégias a adotar ou a evitar para produzir os efeitos desejados.”

Ressalta-se assim o papel da investigação no aprofundamento e difusão dos conhecimentos, no desenvolvimento das boas práticas e na criação de novas e melhores condições para a intervenção profissional. No entanto, não surgiram comentários quanto à dimensão investigativa do Serviço Social e ao seu envolvimento na pesquisa científica, mediação esta que, como consideram diversos autores¹², orienta, legitima, transforma e fortalece a prática profissional. A produção de investigação em Serviço Social, no nosso país, está intrinsecamente relacionada com o contexto académico, que se expandiu principalmente em interligação com a formação pós-graduada, ainda relativamente recente entre nós. É pois uma prática que, por isso mesmo, ainda não está muito evidenciada, nem reconhecida, devido a uma débil formação e ausência de tradição neste domínio, e ainda pelas atribuições socioinstitucionais da profissão, maioritariamente orientadas para a ação (Branco, 2008). Mesmo em termos internacionais, o estudo de Teater (2017) aponta para uma imprecisão na definição de pesquisa em Serviço Social e igualmente para uma produção focalizada no âmbito académico, visando mais uma evolução na carreira do que uma melhoria da intervenção profissional, conduzindo assim para uma desconexão entre pesquisa (teoria) e prática.

Todas as dificuldades objetivamente sentidas refletem pois que, a existir, uma análise e avaliação das políticas públicas por parte do Assistente Social, reforçando a sua função de *advocacy* e ainda o seu papel na melhoria e construção de políticas mais adequadas, incentivaria, entre outras medidas, a criação e gestão de novas e mais adequadas respostas e estratégias. No entanto, tal implicaria assumir as dimensões investigativa e política da profissão, valorizando-as, legitimando-as e efetivando-as.

¹² A título exemplificativo: Baptista, Myriam Veras (2001). *A Investigação em Serviço Social*. Lisboa/S. Paulo: CPIHTS e Vera Editora; Guerra, Yolanda (2009). A dimensão investigativa no exercício profissional. In ABEPSS e CFESS. (Org.). *Direitos Sociais e competências profissionais*. Brasília: Universidade de Brasília-UNB CEAD; Martins, Alcina (1999). Serviço Social e Investigação. In M. Negreiros et al., *Serviço Social – Profissão e Identidade – Que trajetória?* (45-63). Lisboa/S. Paulo: Veras; McLaughlin, Hugh (2008). *Understanding Social Work Research*. London: Sage Publications; Suguihiro, Vera (1999). *A ação investigativa na prática cotidiana do Assistente Social*. Disponível em Ação Investigativa (uel.br).

O próprio Cunha Filho (2016, p. 416) afirma que “a necessidade de se desenvolver uma mais forte intervenção da sociedade civil organizada em Portugal se tornou evidente no decorrer dos acontecimentos relatados sobre a implementação das políticas do álcool”, na sequência de algumas iniciativas de *advocacy* (na legislação da venda e consumo de menores de 18 anos), que demonstraram o potencial destes atores no fortalecimento das políticas do álcool.

Por outro lado, e como já se referiu atrás, para além da escassez de tempo que é recorrentemente salientada pelos profissionais, foram igualmente destacadas as diversas atribuições institucionais e as diferenças territoriais, de *status*, de ritmos e de tempos das várias respostas da comunidade. Neste sentido, os participantes reconhecem que a sua prática é delimitada e limitada pelo enquadramento institucional, estando aliás em consonância com os trabalhos de Souza (1995), Andrade (2001), Nunes (2004), entre outros, que analisam a relação entre estruturas organizativas e práticas do Assistente Social.

Sabe-se que o Serviço Social integra um contexto e ambiente institucional com diretrizes e dinâmicas específicas. Atualmente, privilegia-se e predomina o controlo dos gastos e a eficiência dos serviços, mediante a gestão de processos, procedimentos e recursos, em detrimento da qualidade da resposta, bem como da defesa e garantia dos direitos humanos (Jones, 1996; Dominelli, 2004; Howe, 2009; Amaro, 2012). Desta forma, o Assistente Social tende a centrar-se mais numa prática do “aqui e agora”, imediatista, conduzindo a uma dimensão mais redutora na capacidade de dar respostas oportunas e eficazes à complexidade do Alcoolismo, sendo esta situação bem visível nas experiências profissionais relatadas pelos participantes.

Também condicionadas pelos contextos institucional e político anteriormente salientados, foram ainda destacadas as dificuldades de implementação do trabalho em rede que, pese embora as orientações técnicas já existentes nesse sentido (rede alcoológica de referência), teoricamente bem delineadas, eram desconhecidas de alguns, não utilizadas habitualmente por muitos e consideradas por outros, em termos práticos, dissolvidas. Cunha Filho (2016) acaba por explicar esta realidade ao referir que as tentativas de regulamentação da rede alcoológica foram válidas na sua conceção, mas nunca conseguiram obter a aprovação e o apoio atempados e necessários.

Independentemente desta rede de referência propriamente dita, importa recordar que o Assistente Social sempre foi um mediador/intermediário entre operários e patrões, entre cidadãos e Estado, entre doente/utente e família, entre doente/utente e profissionais, entre instituições e organizações, apresentando um *know-how* específico e especializado, conhecendo e utilizando as ferramentas necessárias, contribuindo para a promoção e concretização eficaz duma intervenção em rede, indispensável não só neste campo, como noutros, utilizando pois a relação interpessoal como estratégia de intervenção. No entanto, os participantes entendem que, na prática, os serviços sociais não funcionam em rede, indo ao encontro do pensamento de Nowak (2001), que refere a prevalência duma atuação separada ou paralela, em que as instituições são excessivamente especializadas e burocratizadas.

O trabalho formal em rede é considerado por todos os participantes uma mais valia na problemática do Alcoolismo, tendo sido destacado especial e naturalmente pelas assistentes sociais da

CM e da CPCJ, representantes de instituições que dependem e estão em permanente articulação institucional. De alguma forma, todos entendem que esse trabalho necessita de ser fortalecido em termos técnicos e operacionais, ultrapassando as barreiras entre instituições e entre profissionais e estabelecendo uma relação de reciprocidade e flexibilidade, onde cada um saiba quem participa, com que papel e objetivo, cooperando efetivamente entre si.

É neste sentido que a interdisciplinaridade e a visão holística surgem como fundamentais na tentativa de se responder à complexidade, multicausalidade e multidimensionalidade da problemática do Alcoolismo. Tal como Pombo (2004) refere, não basta juntar diferentes pessoas, de áreas distintas (em que cada uma apresenta e defende as suas perspetivas teórico-práticas), a comunicação e a cooperação são fundamentais.

Em consonância com a literatura e tal como nas entrevistas dos doentes, também no *focus group* foi referida a importância dos GAA, enquanto estrutura intermediária e polifacetada no acompanhamento dos doentes e famílias, em todo o processo de intervenção, desde o diagnóstico à reinserção, e por isso mesmo com um papel preponderante no trabalho em rede. Embora tenha sido um tema abordado apenas por dois dos participantes, importa referir que a maioria não contactará habitualmente com os referidos grupos, dependendo muito da existência ou não desta resposta no seu local de trabalho concreto e consoante o seu conhecimento prévio.

Para além do mais, o Assistente Social não é apenas interdisciplinar ao nível da atuação, enquanto elemento duma equipa que trabalha em conjunto e em interação, mas também ao nível da produção de conhecimento e da formação, organizando o seu saber a partir da mediação de várias áreas num todo, estabelecendo assim uma visão holística (Kamerman et al., 1984; García & García, 2004). Contudo, e de acordo com os participantes do *focus group*, não só tem sido difícil efetivar a articulação institucional, como também predomina ainda uma leitura parcial e isolada e uma análise fragmentada deste problema, por parte de profissionais diferenciados, inclusive os assistentes sociais. É por isso que os diagnósticos continuam a ser maioritariamente estabelecidos nas situações limite, apesar dos procedimentos e critérios de algumas instituições (como a DGRS, a CPCJ, o CCom., a Eq. de Rua) incluírem por rotina a avaliação global da problemática em causa. Uma das principais razões apontadas para este fracionamento prende-se com a própria natureza do problema que continua a ser encarado mais como uma doença, diretamente ligado ao campo da saúde e a alterações fisiológicas, descurando-se outras determinantes e repercussões, nomeadamente sociais, e baseando-se em análises laboratoriais e alterações físicas e comportamentais que são, muitas vezes, incompletas, falíveis ou indetetáveis (“falsos negativos”, “alcoolismo funcional”), conforme a evolução da doença/problema. Em contrapartida, e segundo os profissionais ouvidos, não podemos analisar somente o contexto social. Há que considerar outras dimensões da problemática (sendo salientados os padrões e modos de consumo), tendo em vista um diagnóstico bem fundamentado, o que muitas vezes não ocorre, interferindo na credibilidade profissional e influenciando desfavoravelmente a articulação interprofissional.

Por outro lado, os participantes referem que a maioria dos colegas de Serviço Social e outros profissionais não têm a sensibilidade e empatia necessárias, nem a formação especializada requerida,

condicionando uma atitude menos alerta e menos centrada nas questões do Alcoolismo, impedindo um diagnóstico integral e dificultando a consequente intervenção, nomeadamente o trabalho motivacional. Acrescentam ainda a falta de tempo, a sobrecarga de trabalho e os objetivos institucionais, os quais direcionam a atenção e reduzem a atuação para outros problemas. O estudo de Branco e Amaro (2011) confirma que a falta de tempo e as condições são das razões mais apontadas pelos assistentes sociais do atendimento para a dificuldade de aprofundar casos, de obter uma visão total das situações-problema e de apresentar respostas articuladas nos diferentes níveis de intervenção.

Conforme a Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plano Nacional sobre Drogas (2007) e Mangado et al. (2009), uma avaliação adequada e um diagnóstico preciso do Alcoolismo dependem da elaboração duma anamnese e exploração clínica corretas, mediante entrevistas e questionários, complementadas com recurso a instrumentos e escalas de avaliação e exames laboratoriais; são de valorizar as informações relativas ao consumo de álcool (duração, evolução, frequência, quantidade) e respetivas repercussões (somáticas, comportamentais, familiares, sociais e legais). No entanto, Mangado et al. (2009, p. 31) comentam que “los registros del consumo de alcohol (...) son muy recomendables aunque poco registrados en Atención Primaria, donde el consejo terapéutico sobre la reducción de un consumo de riesgo puede ser útil.”

Mangado et al. (2009, p. 31) mencionam igualmente que

“Las dificultades diagnósticas dependen de conceptos de tipo epidemiológico (cantidades y frecuencia de bebida) y de tipo clínico (problemas por el consumo), excesiva rigidez de los criterios diagnósticos, ausencia en ocasiones de complicaciones somáticas objetivables, escasa conciencia de patología con negación del problema por el paciente y banalización por parte del profesional.”

Razões estas que coincidem com as já anteriormente referidas e destacadas pelos vários participantes, quer nas entrevistas, quer na sessão de trabalho, quer no *focus group*.

Na realidade, tal como Nunes (2004) defende, o Assistente Social, com a sua competência e atitude reflexivas, é particularmente capaz de agir sobre as estruturas, podendo essa ação produzir quer constrangimentos quer possibilidades.

O Serviço Social, ao questionar, ao refletir e ao confrontar-se com a sua prática diária, mais facilmente ultrapassará estas limitações e encontrará soluções, indo para além da simples aplicação de critérios de mensuração e de padrões de desempenho quantitativos. Não se deixando cair na rotina e assumindo uma prática consciente, crítica e investigativa, focar-se-á mais nos problemas e menos nos resultados, indo ao encontro dum perfil científico humanista, em detrimento dum perfil científico burocrático. Só então poderá superar o “finalismo metodológico” (redução da prática a tarefas rígidas e standardizadas), que Amaro (2012) identifica, sobrepondo o humanismo à tecnologia, assumindo como central a avaliação diagnóstica, convertendo os instrumentos em meios e não em fins, e valorizando a dimensão axiológica da profissão. Desta forma, conseguirá contestar ou recusar as determinações e procedimentos formais, legais e burocráticos das instituições, prosseguindo com a sua

verdadeira finalidade, a capacitação dos indivíduos mais vulneráveis e excluídos e a garantia plena dos seus direitos.

Para além do contexto sociopolítico e institucional e da competência do Assistente Social, os profissionais envolvidos nesta investigação assinalam ainda que os doentes e respetivas famílias, mediante as suas características específicas, a natureza do problema que enfrentam e as dinâmicas das relações que estabelecem no seio da família e com os assistentes sociais, prejudicam muitas vezes a realização de um diagnóstico precoce e a concretização dum plano de intervenção eficaz. Os doentes frequentemente negam ou minimizam o consumo de álcool, adotando uma postura defensiva, negligente e autosuficiente, procurando por isso os serviços em fase já avançada da doença quando as consequências são demasiado gravosas. Tendo as famílias um papel preponderante na consciencialização e recuperação do doente, podem não só favorecer como também dificultar esse processo, nomeadamente e também segundo os mesmos participantes, quando rejeitam, encobrem ou encorajam o consumo, seja por não compreender o problema, seja na tentativa de manter a boa imagem, seja para alcançar determinados objetivos ou ganhos secundários. Efetivamente, Mueller (1972) partilha que vários investigadores concluíram que a mulher (inconscientemente) incentiva o Alcoolismo do marido por causa das suas próprias necessidades, passando ela própria também por várias fases para se ajustar às etapas críticas do desenvolvimento da doença, apresentando sentimentos divergentes de raiva, pena, culpa ou defesa.

Em todo o caso, tal como os intervenientes neste estudo, a Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plano Nacional sobre Drogas (2007) sublinha que a atitude empática é essencial para uma relação de confiança e de receptividade, o atendimento deve ser ajustado a cada indivíduo e as perguntas devem favorecer respostas sinceras, podendo ser menos acusadoras ou mais diretivas, consoante cada caso.

Embora não consensual, dentro e fora do *focus group*, a adaptação da abordagem da redução de riscos e minimização de danos à problemática do Alcoolismo foi introduzida por um dos profissionais envolvidos, que defende a adoção de novas perspetivas, nomeadamente o consumo assistido. Existem já algumas recomendações internacionais neste sentido e alguns resultados positivos no tratamento da dependência de outras substâncias psicoativas em Portugal, conforme indicado numa das reuniões de reflexão da Revista Portuguesa de Farmacologia (Pinto et al., 2016). Contudo, importa referir que as medidas da redução de riscos e minimização de danos em Portugal integram os programas de substituição e de consumo assistido, que podem não ser compatíveis com a natureza do problema do Alcoolismo e as características específicas da substância álcool, em comparação com outras drogas. Esta foi uma das questões levantadas por alguns colegas do *focus group*, indicando que estas novas estratégias não podem ser generalizadas e que necessitam de ser muito bem estruturadas, não existindo ainda diretrizes específicas.

Efetivamente, está já preconizada uma estratégia terapêutica que aceita a manutenção de consumos mais baixos designada de “beber controlado”. Sagardoy (1983) refere que este é um tratamento individualizado, que tanto pode incluir como objetivo final a abstinência total como o controlo da

ingestão alcoólica, que exige uma desintoxicação prévia, abstinência alcoólica inicial e o registo dos consumos diários determinados pelo terapeuta. O estudo da autora (1983) conclui que este é um resultado possível, positivo e estável, mas para um grupo muito reduzido de doentes alcoólicos, que reúna determinados critérios específicos.

Serecigni (2012) salienta a filosofia dos programas de redução de danos como uma alternativa terapêutica para alguns doentes alcoólicos, em especial os mais graves e/ou aqueles com os quais a relação terapêutica é particularmente difícil, uma vez que “pequeños pasos hacia una mejoría parcial, ya se valora como un éxito que, posteriormente se puede ir ampliando en algunos casos”. Este é um processo em que a relação terapêutica é fundamental e que pode ter progressos e retrocessos constantes, pressupondo um acompanhamento ainda mais próximo e prolongado e o estabelecimento gradual de objetivos mais ambiciosos.

Para Edwards (1999), “beber normal” é sinónimo de “beber controlado” e nem sempre é adequado propor esta meta, principalmente para aqueles com dependência de álcool, cuja abstinência deve ser o único objetivo possível. Em determinados casos, é possível definir como objetivo a melhoria do padrão de beber, ao invés da abstinência, para os consumidores com histórico recente e intermitente e com ausência de sintomas de dependência, mas sempre durante um período de tempo concreto e monitorizado (Sanchez-Craig et al., 1984; Booth et al., 1992 cit. in Edwards, 1999).

A partir da revisão de evidências científicas, o Ministerio de Sanidad – de Espanha – (2020) conclui que em relação ao consumo de álcool: 1) não existe um nível de consumo seguro; 2) não consumir é o único que evita os seus efeitos prejudiciais; 3) nenhum profissional de saúde deve recomendar o consumo para melhorar a saúde.

Do que se tem vindo a referir, constata-se pois várias opiniões sustentadas, algumas divergentes, o que confirma a necessidade duma análise e avaliação mais cuidadas e aprofundadas, especialmente no que respeita a estas ditas “novas” perspetivas, muitas delas decalcadas de contextos internacionais diversos e de substâncias distintas do álcool, não esquecendo as especificidades do fenómeno em Portugal. Alerta-se assim para a importância da adequação das políticas e das estratégias e respostas de intervenção à configuração cultural, política e social de cada território específico.

Esta questão do “local” foi naturalmente muito vinculada pela Assistente Social da Câmara, enquanto representante em exercício do poder local, assumindo um papel de mediador entre Estado e sociedade, entre instituições estatais e processos sociais, entre estruturas e agentes portadores de práticas (Ruivo, 1990). Esta participante defendia a intervenção no Alcoolismo a nível local, a partir das respostas da comunidade e com os agentes de proximidade envolvidos. Neste sentido, e em concordância com Ruivo (1990, p. 80-81),

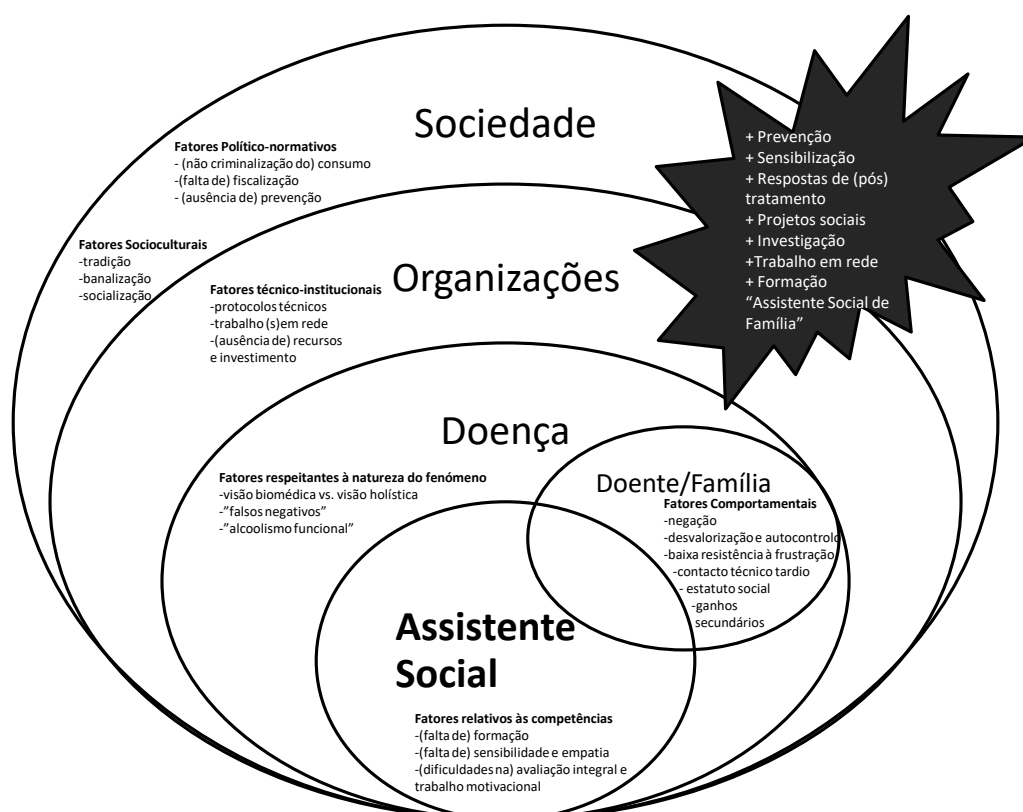
“existem estruturas sociais e modelos de interacção específicos de determinado local que podem dar origem a formas também específicas de comportamento político. (...) O local enquanto actor colectivo produz uma imagem relevante para a sua “diferença” cultural, a qual em grande medida pode ser determinante para a atracção de políticas públicas e para o manusear de toda uma série de recursos”.

De uma forma geral, podemos referir que quer os participantes do *focus group*, quer os profissionais da sessão de trabalho partilham entre si experiências e perspectivas similares da intervenção no Alcoolismo, independentemente do seu contexto institucional e geográfico, deixando perceber um possível cenário nacional e, conseqüentemente, vislumbrar potenciais respostas específicas alicerçadas numa base comum. Apesar dos dois encontros (*focus group* e sessão de trabalho) terem sido distintos na sua metodologia, objetivos e território, ambos se centraram nas dificuldades práticas da intervenção com doentes alcoólicos e no âmbito do Alcoolismo, reconhecendo constrangimentos socioculturais, políticos, institucionais e individuais.

Constata-se uma visão empiricamente holística do problema quando se identifica a presença permanente de múltiplos, distintos e interdependentes fatores a um nível micro e macrosocial, refletindo mais uma vez a multidimensionalidade do Alcoolismo e a exigência duma atuação a diversos níveis.

Resumidamente, o seguinte esquema sintetiza os principais fatores influenciadores na prática do Assistente Social, expondo as razões de um diagnóstico tardio e as várias interferências no processo interventivo:

Esquema 4 – Fatores influenciadores no diagnóstico e intervenção do Serviço Social no Alcoolismo



Fonte: Elaboração própria

Pode-se por fim concluir que, quer doentes, quer profissionais confirmam a importância e a carência efetiva de diagnósticos precoces e ainda a perda de oportunidades na abordagem para a motivação, tratamento e reinserção. Na realidade e em termos concretos, só a iniciativa “sessão de trabalho”, por si só, bem como a forma como foi programada e concretizada, pode considerar-se como constituindo passo importante para a partilha, o diálogo e a negociação entre pares, pese embora a sua componente regional. Também o *focus group* acabou por ser um espaço especialmente privilegiado, ainda que pontual, de discussão e interação entre profissionais de Serviço Social que lidam com doentes alcoólicos. Um e outro facilitaram e promoveram a sistematização de perspetivas concretas sobre os programas, serviços, redes e apoios existentes, augurando o fortalecimento duma intervenção mais integral, adequada e inovadora na problemática do Alcoolismo.

Conclusões

O presente estudo evidencia Portugal como um país com elevados consumos de bebidas alcoólicas, decorrentes de marcadas influências tradicionais. A cultura popular (provérbios e mitos), a cultura económica (cultivo da vinha, comércio e exportação de vinhos, impostos sobre as bebidas), a cultura artística (música e literatura), a cultura social (festas, convívio, socialização), alimentam e reproduzem a alcoolização da comunidade, desvalorizando o Alcoolismo enquanto problema social e de saúde pública. Os portugueses continuam a manifestar uma atitude complacente e até incentivadora do consumo generalizado, frequente e intenso de bebidas alcoólicas, encarando o álcool como a substância menos perigosa entre as várias substâncias psicoativas, reunindo por isso uma menor censura e uma maior aceitação social.

Este panorama prende-se não só com as questões culturais, mas também, pelo menos em parte, com a dificuldade na implementação de abordagens políticas e preventivas adequadas à dimensão e gravidade do problema, políticas essas muito influenciadas pela Indústria do Álcool, objetivamente com maior peso que a sociedade civil nas decisões políticas. Acresce ainda o papel dos *media*, tendendo a transmitir informação incompleta, imprecisa, quando não enganadora, centrando-se mais nos lucros e na promoção, do que nos riscos e na prevenção.

Os dados científicos (inter)nacionais, mesmo os mais recentes, confirmam a evidência de que o álcool é a mais nociva entre as substâncias psicoativas, alterando os comportamentos do indivíduo, com repercussões sobre o próprio e sobre terceiros, de uma forma particularmente nefasta. É notório que o consumo de álcool se relaciona com uma panóplia de problemas variados, habitualmente denominados de PLA, desde acidentes, violência, problemas laborais, familiares, legais e sociais, para além dos clássicos problemas de saúde física, mental e relacional, cuja intervenção precoce, evitaria ou minimizaria algumas destas graves consequências.

A presente investigação, ao debruçar-se sobre as trajetórias de vida dos doentes alcoólicos, constata a relação omnipresente entre consumo de álcool e problemas sociais onde, apesar de não poder ser avaliado o tipo de relação causal, é visível um caminho paralelo: à medida que o consumo aumenta, também os problemas se intensificam; quando o consumo diminui, os problemas tendem a reduzir-se. Estes mesmos problemas (assim como as experiências positivas), de índole diversa, tanto podem ser fatores impulsionadores da dependência, como da abstinência. São mais prevalentes, na amostra estudada, aliás em conformidade com a literatura, os problemas criminais como a violência doméstica e a condução sob o efeito de álcool, e os problemas laborais como o desemprego, o absentismo, a instabilidade e os acidentes de trabalho.

Comparativamente com estudos da década de 90 e também deste milénio, os doentes abrangidos pela presente investigação efetuaram o tratamento em idades mais tardias e encontram-se maioritariamente em situação de desemprego ou reforma antecipada, o que indicia, por si só, a desvalorização da problemática e o diagnóstico tardio, bem como as previsíveis consequências de consumos excessivos mais prolongados.

Relativamente ao início do consumo alcoólico, os resultados deste estudo coincidem com as evidências de outras pesquisas anteriores, principalmente modelado pelo contexto familiar e/ou social, mas também diretamente relacionado com vulnerabilidades individuais psicoafetivas e relacionais. A maioria dos doentes alcoólicos apresenta uma trajetória *increase* (conforme classificação de Cortés Tomás et al., 2012), aumentando gradualmente o consumo ao longo da vida, e com menor expressão a trajetória *high*, com consumos precoces e persistentemente elevados.

O estudo permitiu ainda agrupar percursos distintos relativos ao período de abstinência/recaída, a partir do primeiro tratamento realizado, permitindo a definição das seguintes trajetórias típicas:

- 1) Trajetória *em planície* – percurso de abstinência estável após tratamento;
- 2) Trajetória *em montanha russa* – percurso oscilante entre períodos de ausência de consumos e períodos de consumos ativos, integrando vários tratamentos;
- 3) Trajetória *em encosta descendente* – percurso de redução de consumos, com ou sem tratamento estruturado.

Constata-se uma maior prevalência das duas primeiras trajetórias no grupo estudado, de forma praticamente similar, em oposição à terceira trajetória muito menos representada. Esta última, relacionável com o consumo dito moderado, parece vir colocar o “beber controlado” como uma estratégia de aplicação prática diminuta, dirigida a um grupo muito restrito, com características próprias, sustentando a pertinência da abstinência alcoólica como meta a perseguir e a valorização daquela estratégia específica em situações muito particulares e bem fundamentadas.

Independentemente da trajetória de abstinência/recaída, foi possível constatar o papel ativo e fundamental que os GAA desempenham junto dos doentes e suas famílias, nomeadamente no sucesso do tratamento, potenciando a intervenção de outras entidades. De forma espontânea e voluntária, tutelados por uma equipa técnica especializada, conseguem suprir, pelo menos em grande parte, as lacunas das respostas institucionais, ocupando um vazio que a outros competiria preencher. Importa ainda mencionar que, a nível nacional, os Grupos de Alcoólicos Tratados têm ainda uma expressão diminuta, pelo que poderia e deveria ser promovida e acarinhada a sua replicação. Não desconhecendo, nem desvalorizando o papel dos AA, a natureza (anónima) e a filosofia (de cariz espiritual) que os caracterizam dificultam a sua implementação prática generalizada na realidade nacional, especialmente nas pequenas cidades, vilas e aldeias, locais em que não é possível o dito anonimato e em que todos identificam a maioria das pessoas com problemas de bebida.

Ao contrário do que seria desejável, os resultados desta pesquisa salientam que, nas distintas trajetórias dos doentes alcoólicos estudados, onde se evidenciam os diversos problemas já apontados,

a atuação dos serviços apresenta-se tardia e pouco eficaz. A relação com as instituições ocorre principalmente em momentos em que o impacto do Alcoolismo é de tal forma negativo e visível a todos os níveis, com os doentes apresentando já longos percursos de alcoolização, potenciando o crescimento exponencial de diversas consequências nefastas, impedindo ou dificultando a prevenção ou até a minimização dos danos e a resolução dos problemas associados. Esta realidade é igualmente corroborada pelos próprios assistentes sociais que participaram no presente estudo, quer a nível da sessão de trabalho, quer a nível do *focus group*.

Nesta relação com os serviços e consoante os vários problemas em jogo, foi possível identificar cinco trajetórias específicas típicas, as quais, embora analisadas de forma independente, muitas vezes estão presentes simultaneamente, potenciando-se e relacionando-se entre si:

- 1) Trajetória *ab initio* – doentes com acompanhamento, direto ou indireto, desde muito cedo, pelos serviços sociais;
- 2) Trajetória *reincidência no crime* – doentes com episódios repetidos de alcoolémias positivas e/ou de violência doméstica, sinalizados para as instâncias judiciais competentes;
- 3) Trajetória *embriaguezes rotineiras* – doentes com ocorrências sucessivas de embriaguez ou mesmo coma alcoólico, recorrendo ou sendo encaminhados para os serviços de urgência hospitalar;
- 4) Trajetória *doença incógnita* – doentes com patologias e problemas de vária ordem, procurando diferentes serviços de apoio e acompanhamento social, para os quais o Alcoolismo se mantém oculto;
- 5) Trajetória *fim de linha* – doentes sinalizados e acolhidos em fases de degradação física e social extremas.

Em todo o caso, se na amostra estudada prevalecem as trajetórias 2, 3 e 4, na sessão de trabalho e no *focus group* são principalmente referenciadas as situações ditas limite (trajetória 5). Assim, os serviços de apoio e acompanhamento social e os próprios profissionais de Serviço Social identificam a sua missão, espontaneamente e em termos práticos, como sendo quase exclusivamente a de acompanhamento de doentes/utentes já previamente identificados com problemas de Alcoolismo. Paralelamente, embora reconhecendo a importância da deteção precoce, da avaliação integral, do trabalho motivacional e do encaminhamento oportuno, admitem uma desvalorização e até ausência concreta de atuação nestas várias dimensões, transversais aos diversos serviços, assistentes sociais e outros profissionais do terreno, aliás de acordo com a realidade identificada nas trajetórias de vida dos doentes alcoólicos estudados.

Segundo os participantes do *focus group*, estes constrangimentos práticos ocorrem por várias razões, aliás em consonância com o estudo de Googins¹³ (1984), que chama a atenção para a dificuldade em

¹³ Estudo que, mediante questionário, explora as experiências das instituições americanas no âmbito do Alcoolismo, identificando as barreiras existentes nos serviços sociais que impedem a deteção precoce e que interferem no tratamento, nomeadamente: 1) mitos acerca do alcoolismo; 2) ceticismo relativo ao tratamento; 3) sintomas vs causas; 4) medo da confrontação; 5) negação por parte das instituições; 6) encaminhamento direto para os serviços especializados; 7) falta de recursos especializados.

separar influências sociais, barreiras individuais, obstáculos profissionais e restrições organizacionais, situação essa que ocorreu também com a investigadora, refletindo a interinfluência dos fatores e evidenciando a complexidade da realidade. Adaptando a sistematização deste autor mencionado aos resultados da presente pesquisa, resumem-se e concluem-se as seguintes (possíveis) causas do diagnóstico tardio:

- a) Contexto sociocultural – a influência dos mitos e das tradições ligados às bebidas alcoólicas, incitadores do consumo, modelam as atitudes e comportamentos face ao consumo de álcool;
- b) Contexto político económico – as prioridades da agenda política decorrem mais dos *lobbies* económicos do que das orientações das autoridades sanitárias e da sociedade civil, resultando em desinvestimento financeiro e ausência de liderança e de alinhamento estratégico nas tomadas de decisão, produzindo, consequentemente, medidas legislativas restritas, que na prática se demonstram ineficazes e centradas mais no álcool do que na população em geral, condicionando a diminuta capacidade de resposta dos serviços.
- c) Falta de recursos – os recursos existentes são, a todos os níveis, objetivamente escassos: tempo, financiamento, profissionais especializados, estruturas específicas.
- d) Missão/lógica institucional – cada serviço tende a cumprir estritamente com os seus objetivos funcionais gerais, minimizando a influência dos PLA e prestando uma resposta manifestamente insuficiente;
- e) Trabalho (s)em rede – as instituições e os profissionais colaboram entre si pontualmente, sem um trabalho efetivo de articulação organizada, sistematizada e integrada, atuando de forma mais fragmentada, independente e territorial.
- f) Características da doença – sendo o Alcoolismo uma afeção crónica, que exige acompanhamento longo e contínuo, alguns dos problemas associados estão muitas vezes ocultos e os sintomas quando perceptíveis são-no apenas a médio/longo prazo.
- g) Sintomas vs causas – tratam-se os problemas decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas, mas não se reconhece, não se enfrenta e não se intervém no Alcoolismo enquanto causa;
- h) Falta de formação – a maioria dos assistentes sociais (e até outros profissionais como os médicos) não recebeu formação suficiente, encontrando-se impreparada para reconhecer e lidar com o problema;
- i) Receio da confrontação – os assistentes sociais raramente questionam diretamente o utente sobre os padrões de consumo de álcool, evitando constrangimentos e reações desadequadas;
- j) Encaminhamento automático – a maioria dos assistente sociais referencia diretamente para os serviços especializados, sem previamente trabalhar a motivação do doente e da família e/ou assumir o seu próprio papel na intervenção com estes casos, interferindo negativamente no sucesso das respostas;
- k) Postura do doente/família – é frequente a negação, desvalorização e minimização dos consumos e respetivas consequências, adotando o doente/família uma atitude defensiva ao longo do atendimento/acompanhamento, dificultando o levantamento de uma história social precisa

e completa e, consequentemente, uma avaliação adequada, um diagnóstico correto e uma intervenção eficaz.

Pese embora estas fragilidades, é notória, na literatura analisada, a relevância do papel imprescindível do Assistente Social não só no processo motivacional e de reabilitação a longo prazo, como também na análise e avaliação do risco e na deteção precoce de casos. Já entre os anos 60 e 80, principalmente na literatura anglo-saxónica, que um conjunto de autores (Sapir, 1958; Bailey & Fuchs, 1960; Glasgow, 1979 cit. in Leckie, 1990; Freeman et al., 1987) reforçava a evidência de que os assistentes sociais intervêm muito frequentemente com problemas relacionados com o consumo de álcool, encontrando-se pois numa posição única e privilegiada para prevenir e concretizar um diagnóstico precoce.

Apesar do contexto geográfico e temporal distintos, também na presente investigação se constata esta realidade em Portugal, confirmando-se no entanto e paradoxalmente a persistência das dificuldades práticas em diagnosticar precocemente o problema. É necessário, pois, refletir como esta profissão poderá criar condições favoráveis para o seu fortalecimento, para a superação dos constrangimentos (não) expressos, e para assumir um posicionamento crítico e legitimado que lhe permita afirmar-se como resposta fundamental, alternativa e complementar às lacunas e carências existentes atualmente no terreno.

Uma questão importante diz respeito à premência de formação nesta área, aliás muito ressaltada pelos participantes do *focus group*, reconhecendo estes a necessidade de aquisição de conhecimentos ao nível da avaliação diagnóstica, da estratégia motivacional, das implicações neurobiológicas e do autoconhecimento. Já que é localmente, em distintos serviços de diversas áreas, que os assistentes sociais estão em maior contacto com as famílias com PLA, mais do que conhecimentos especializados, é imperativa uma formação genérica de base, a incluir nos programas universitários e/ou a atualizar em cursos de reciclagem, visando uma maior sensibilização, consciencialização e capacitação dos profissionais de Serviço Social, e consequentemente uma melhor e mais adequada intervenção na problemática.

Por outro lado, a prática do trabalho em rede é vantajosa na medida em que promove a interação entre profissionais, a partilha de informação, a apreensão e definição de estratégias comuns e práticas concertadas e uma reflexão coletiva mais enriquecida. Segundo os assistentes sociais do *focus group*, é imperioso que esta intervenção se concretize efetivamente, uma vez que na sua prática este é um trabalho “sem” rede. Na realidade, se não há diagnósticos (precoces ou não), não existem motivos para a existência de rede; se não há estruturas e se não sabemos para quem orientar, não há tratamentos nem acompanhamento regular e contínuo das situações. Não basta existir uma rede, esta só se tornará funcional se os elementos que a integram se conhecerem entre si, se entenderem a respetiva estrutura, se compreenderem a sua dinâmica e se a souberem utilizar no terreno. É pois fundamental a formação, o trabalho e a avaliação contínuos, para que cada um (re)conheça o seu papel, integre os respetivos procedimentos, e adote uma linguagem comum, assumindo em simultâneo uma atitude recetiva, humilde, recíproca e ativa. A intervenção em rede permitirá assim uma atuação interdisciplinar e

integral, indo ao encontro da multicausalidade e multidimensionalidade da problemática do Alcoolismo, tendo em vista uma resposta única, mas articulada, e por isso mesmo decisivamente mais eficaz.

No entanto, todo este trabalho depende em grande parte do grau de consciencialização da população, e em particular, das instituições e profissionais que se cruzam com esta problemática, direta ou indiretamente. Tal como Edwards et al. (1999) referem, o reconhecimento do Alcoolismo enquanto problema de saúde pública e problema social, a apreensão das causas e a perceção dos riscos associados facilitam globalmente a redução da prevalência, o retardar do início de consumo e a minimização dos danos. Por outro lado, potenciam ainda uma atitude mais atenta e predisposta para a intervenção profissional.

De acordo com os participantes do *focus group*, é fundamental desenvolver medidas políticas e programas de prevenção que produzam esta consciencialização política e pública, atualizando a informação, modificando atitudes, reforçando normas sociais, diminuindo a acessibilidade e a disponibilidade e potenciando o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais e sociais.

Tendo por base as perspetivas dos atores sociais envolvidos nas políticas públicas do álcool (Cunha Filho, 2016), estas mudanças globais implicam uma vontade política, um compromisso do Ministério da Saúde para com a resolução do problema, uma inibição da participação e da influência da Indústria do Alcool, a superação dos conflitos de interesses, o desenvolvimento de políticas locais centradas nos cidadãos, o aumento da consciencialização pública e da formação profissional sobre PLA e a participação ativa e coordenada da sociedade civil.

É assim necessário, segundo Cunha Filho (2016), *empoderar* as organizações e os seus membros ativos, capacitando-os para uma melhoria dos seus níveis de atuação e *advocacy*, e permitindo a sua inserção nas políticas públicas e a respetiva colaboração conjunta para o bem comum. Está assim em consonância com a abordagem de Amartya Sen (2003), que explora o desenvolvimento como um processo de realização e expansão da liberdade, o que envolve não só uma aptidão para fazer, como a criação de condições para a concretização dessa capacidade.

Deste modo, e sendo a *policy practice* (Gal & Weiss-Gal, 2013) uma dimensão potencialmente integrante da atividade profissional em diversos campos e áreas, o Serviço Social desempenhará também, para além de mero executor, um papel relevante na avaliação e melhoria das políticas públicas. Assumir e legitimar esta dimensão política, implicaria pois adotar esta lógica de desenvolvimento, efetivando o *empowerment* profissional. Mediante a aquisição de capacidades para analisar, compreender, aprofundar e criticar as políticas e respetivas avaliações, através da construção de conhecimentos por meio do seu próprio olhar e da observação do que se faz de forma crítica e integrada, e ainda por intermédio da criação de condições e oportunidades (em conjunto com colegas e instituições), mais facilmente seriam definidas propostas bem fundamentadas e articuladas, tendo em vista a criação de melhores políticas, fortalecendo assim a posição do Assistente Social enquanto ator no processo das políticas sociais.

Nesta ótica de crescimento e desenvolvimento, foi ainda focada a necessidade e relevância da realização de investigação no âmbito do Alcoolismo, fundamentando e contribuindo para a introdução

efetiva desta problemática na agenda política e, conseqüentemente, para um maior investimento na disponibilização e dinamização de recursos específicos. Complementarmente, importa referir as vantagens duma prática profissional de investigação e reflexão, abrindo caminhos para superar constrangimentos teórico-práticos e para legitimar e incrementar maior autonomia e novas formas de atuação. Tal implicaria admitir e integrar, verdadeiramente, esta competência de pesquisa no quadro de funções e no horário laboral do Assistente Social.

A criação e implementação de projetos foi igualmente mencionada no *focus group* como uma estratégia prática relevante para a canalização de recursos financeiros, físicos e humanos e para a aquisição de aprendizagens dinâmicas e eficazes, legitimando e reforçando melhores práticas de atuação.

Assim sendo, para uma intervenção adequada e oportuna, os planos curriculares da formação formal dos assistentes sociais seriam mais potenciadores, se integrassem, não só conteúdos que desenvolvem conhecimentos e competências no âmbito do Alcoolismo, do diagnóstico precoce e do trabalho motivacional, como também saberes e aptidões ao nível do ciclo político, e ainda na elaboração de projetos e na prática de investigação.

Foi ainda salientada a pertinência da criação do “Assistente Social de Família”, indo ao encontro duma atuação mais preventiva e interventiva e dum acompanhamento próximo, regular e contínuo, independentemente das condições, necessidades e problemas familiares específicos e isolados.

Ressalta-se o papel fundamental da recém criada Ordem Profissional que, tendo como atribuições, entre outras, a regulamentação do exercício profissional, a acreditação académica, a definição de prioridades e a mediação com as entidades governamentais, pela sua natureza pública e autónoma, possui condições privilegiadas para dinamizar estes e todos os outros aspetos considerados relevantes na intervenção no Alcoolismo.

Finalmente, e em jeito de síntese, pode afirmar-se que o Serviço Social se encontra numa posição excecional para um trabalho particularmente qualificado, exigente e promissor junto dos doentes alcoólicos, das suas famílias e da comunidade em geral, nos múltiplos contextos em que se desenvolvem os PLA. Colocando como marco temporal o vulgarmente designado “tratamento da doença alcoólica” (interpretado como o acompanhamento clínico e social em contextos especializados, onde aliás o papel do profissional também não poderá ser ignorado, porque complementar, mas essencial), o Assistente Social (seja qual for o seu âmbito de intervenção) terá efetivamente uma ação decisiva nas fases que precedem (antes) ou sucedem (depois) o referido tratamento.

O “antes” remete para três etapas essenciais da intervenção social: a prevenção, o diagnóstico precoce (das complicações e da doença alcoólica, fundamentalmente através dos problemas sociais), a motivação para o tratamento (e conseqüente eventual encaminhamento e adesão efetivos para os serviços especializados). O “depois” diz respeito à recuperação plena e à integração social do doente alcoólico tratado, momento em que as estruturas locais como a Segurança Social, a CM, o GAA, entre outras, podem ser suporte para a manutenção de uma abstinência compreendida como gratificante e autodeterminada, desenvolvendo competências específicas e valorizando os ganhos de escolhas mais saudáveis.

Não bastará assim olhar apenas a árvore isolada, mas abranger a densidade da floresta e vislumbrar a paisagem como um todo, conjugando as dimensões micro e macro, relacionando as singularidades com as estruturas, olhando a pessoa na sua integridade e apreendendo uma visão e uma leitura holísticas do problema. Tal como Le Boterf (1994) refere, só seremos profissionais competentes se conseguirmos ir além do prescrito, procurando compreender os diferentes níveis e situações do contexto e em simultâneo atuar perante o imprevisto e as contingências, em função dos distintos problemas em causa.

O Alcoolismo, enquanto temática central, teve ao longo de décadas, inúmeras teorias e investigações que vêm contribuindo para a sua compreensão científica, o que à primeira vista, poderia ter facilitado o processo de revisão bibliográfica e de atualização de conhecimentos relativamente ao “estado da arte”. No entanto, e no que concerne às questões sociais em geral e à intervenção do Serviço Social em particular, tal não se verifica na literatura mais recente e muito menos no que respeita à realidade nacional. Desvantagem, por um lado, dificultando as decisões sobre os caminhos a seguir, vantagem, por outro, possibilitando “desbravar” trilhos com grande liberdade, mas também com responsabilidades acrescidas.

Poder-se-ia, em alternativa à metodologia utilizada, ter efetuado a análise de documentos, nomeadamente a consulta de processos clínicos/sociais que, por motivos alheios e inesperados, principalmente burocráticos e de oportunidade temporal, não foram concretizados, obrigando a outras alternativas de trabalho empírico.

Optou-se assim pela colheita de dados diretamente aos doentes alcoólicos, mediante a realização de entrevistas individuais. Esta perspetiva, direcionada à fonte primária de informação – os doentes, enfrentou também dificuldades práticas, como a notória deterioração cognitiva de alguns dos entrevistados, especialmente ao nível da memória, da compreensão e da linguagem, interferindo negativamente na obtenção dos dados requeridos. Verificou-se igualmente um obstáculo prático para responder a algumas das questões colocadas, concretizado muitas vezes pela omissão ou pela negação. Para além do mais, sendo o entrevistador um elemento estranho, sem história relacional com os entrevistados, tendo com estes um contacto apenas pontual, potenciaram-se ainda mais as dificuldades referidas, acrescidas da noção de estigma e de discriminação, tão características destas populações.

Foi ainda possível, apesar de alguns constrangimentos e do contexto pandémico desfavorável, conhecer e compreender, de forma mais elaborada e direta, a visão e os significados interpretativos que os profissionais de Serviço Social atribuem à sua prática quotidiana com doentes alcoólicos, (re)conhecidos ou não como tal.

Não obstante estas vicissitudes, conseguiu-se reunir uma base de estudo de dimensão importante, permitindo a definição e compreensão de algumas trajetórias típicas de alcoolização e da relação dos doentes com os serviços, ilustrando os pressupostos já referidos anteriormente e colocando a descoberto os paradoxos que o país enfrenta nas questões ligadas ao álcool, em termos das pessoas, das comunidades, das instituições, dos grupos de pressão, das organizações e dos decisores políticos.

Por outro lado, espera-se que a presente tese possa constituir-se como um espaço de inquietação, desafio e reflexão para os assistentes sociais, despertando-os para uma interferência mais positiva,

atempada e eficaz nos percursos de vida dos doentes alcoólicos e suas famílias, e ainda de todos os que sofrem direta ou indiretamente com o uso excessivo ou inoportuno de bebidas alcoólicas.

Tal como na vida, também na investigação há caminhos que se tornam estradas, ruas que percorrem trajetos atribulados ou lineares, veredas tortuosas, sentidos que se cruzam, ou becos sem saída... Há escolhas a fazer, decisões a tomar e planos a seguir, muitas vezes sem contar com os imprevistos e os percalços... As sendas desbravadas e percorridas não são estáticas, abrem outras direções, outras encruzilhadas, desafiando-nos a continuar a caminhar...

Indispensável será, certamente, o aprofundamento da realidade e prática do Serviço Social e a reflexão sobre as carências, processos, dinâmicas e estratégias no contexto do Alcoolismo, reforçando, mais uma vez, a necessidade de sensibilização e de formação dos assistentes sociais nesta área, simultaneamente tão vasta e transversal, quanto pouco reconhecida e valorizada, e quase sem expressão na formação pré e pós-graduada.

Espera-se que esta investigação constitua uma contribuição significativa e um despertar para outras interrogações e novos estudos no sentido da melhoria dos conhecimentos, das atitudes, dos comportamentos, das ações e das práticas do Serviço Social na abordagem ao Alcoolismo.

Bibliografia

- AAVV (2010). *Estudo sobre a perceção da pobreza em Portugal. Algumas considerações e recomendações*. Lisboa: REAPN/AI.
- Adès, J. & Lejoyeux, M. (1997). *Comportamentos Alcoólicos e seu tratamento*. 2.^a Ed., Lisboa: CLIMEPSI.
- Alarcão, M. (2000). *(Des)equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Alaszewski, A., & Harrison, L. (1992). Alcohol and Social Work: a literature review. In *British Journal of Social Work*, 22(3), 331-343.
- Albuquerque, C. (2017). *Análise de Políticas Públicas (projeção visual)*. 64 diapositivos: cor. Comunicação efetuada no âmbito do Programa Interuniversitário de Doutoramento em Serviço Social, na Universidade de Coimbra.
- Alemán, M^a. & Pérez, M. (1996). Los servicios sociales y su relación con otras disciplinas. In Alemán, M^a & Garcés, J. (Dirs). *Administración social: servicios de bienestar social*. Madrid: Siglo XXI.
- Almeida, A., & Pinto, A. (2006). *Doentes do CRAC – 2001. Perfil e avaliação de resultados* (projeção visual). 22 diapositivos: cor. Comunicação efetuada no âmbito da licenciatura em Serviço Social, na Escola Superior de Educação e Ciências Sociais de Leiria.
- Almeida, M. V. de (2009). *Violência Conjugal e Álcool: (in)existência de uma relação causal?* (Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses). Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Amaro, I., & Branco, F. (2010). Perfis da Pobreza na Cidade de Lisboa – notas metodológicas e principais resultados do estudo qualitativo dos utentes do Serviço de Acolhimento Social da SCML. *Cidade Solidária*, 24, 6-11.
- Amaro, M. I. (2012). *Urgências e Emergências do Serviço Social: fundamentos da profissão na contemporaneidade*. Lisboa: Universidade Católica.
- Amartya Sen (2003). *O Desenvolvimento como Liberdade*. Lisboa: Gradiva.
- Ancel, P., & Gaussot, L. (1998). *Alcool et alcoolisme. Pratiques et représentations*. Paris: L'Harmattan.
- Ander-Egg, E. (1978). A Politização do Serviço Social. *Cadernos*, 2, 17-26.
- Ander-Egg, E. (1988). *Dicionário del Trabajo Social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Anderson, P., & June, B. (2006). *Alcohol in Europe – Report for the European Commission*. Consultado a 28 de novembro de 2016. Disponível em https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_en.pdf

- Andrade, M. (2001). Campo de Intervenção do Serviço Social – Autonomias e Heteronomias do Agir. *Intervenção Social*, 23/24, 217-232.
- APAV (2015). *Estatísticas APAV – relatório anual 2015*. Lisboa: APAV.
- Associação Fernão Mendes Pinto (2002). *Violência Entre Laços*. Coimbra: Associação Fernão Mendes Pinto.
- Bailey, M. & Fuchs, Estelle (1960). Alcoholism and the social worker. *Social Work*, vol. 5 (4), 14-19.
- Balsa, C., Farinha, T., Urbano, C., & Francisco, A. (2001). *Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoactivas na população portuguesa*. Lisboa: IDT.
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2017). *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17*. Lisboa: SICAD.
- Banks, S. (2001). Ética em Fragmentos. In H. Mouro, & D. Simões (Coords.), *100 anos de Serviço Social* (pp. 101-124). Coimbra: Quarteto.
- Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barrie, K. (1990). Helping in groups. In S. Collins, *Alcohol, social work and helping* (pp. 153-169). London: Routledge.
- Barroso, T. (2000). Álcool e jovens estudantes, estudo sobre expectativas e crenças pessoais acerca do álcool. *Boletim do CRAMLMM*, IV(10), 3-8.
- Barroso, T. (2004). Álcool e comportamentos de risco em jovens estudantes. *Livro de Actas do 5.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Bauer, M., & Gaskell, G. (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Becker, H. (2008). *Outsiders: Estudos de sociologia do desvio*. Tradução Maria Luiza X. de Borges (1.ª ed). Rio de Janeiro: Zahar.
- Benjamin, A. (1996). *A Entrevista de Ajuda*. São Paulo: Martins Fontes.
- Benson, R., & Saguy, A. (2005). Constructing Social Problems in an Age of Globalization: a French-American comparison. *American Sociological Review*, 70(2), 233-259.
- Biestek, F. (1965). *O Relacionamento em Serviço Social de Casos*. Porto Alegre: ESSPUCRGS.
- Birkland, T. (2010). *An introduction to the policy process: theories, concepts, and models of public policy making*. London: Routledge.
- Blaikie, N. (2000). *Designing Social Research*. Cambridge: Polity Press.
- Branco, F. (2001). *A Face Lunar dos Direitos Sociais*. Tese de Doutoramento, PUC/SP.
- Branco, F. (2008). A investigação em Serviço Social em Portugal: trajectórias e perspectivas. *Locus Soci@l*, 1, 48-63.
- Branco, F., & Amaro, M. I. (2011). As práticas do “Serviço Social Activo” no âmbito das novas tendências da política social: uma perspectiva portuguesa. *Serviço Social & Sociedade*, 108, 656-679.
- Branco, F., & Farçadas, M. (2012). O Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários: Contexto, Perspectivas e Desafios. In Carvalho, M. I. (coord.) *Serviço Social na Saúde* (1-23). Lisboa: Pactor.

- Bravo, Orlando (1988). *Sociologia*. Porto: Porto Editora. Breda, J. (1996). *Bebidas alcoólicas e jovens escolares, um estudo sobre consumos, conhecimentos e atitudes* (Dissertação de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Breda, J. (1997). Bebidas alcoólicas em jovens escolares: um estudo sobre consumos, conhecimentos e atitudes. *Boletim do CRAMLMM*, 0(0), 6-8.
- Breda, J. (2000). Álcool, Jovens e Publicidade – implicações para a prevenção. *Boletim do CRAMLMM*, IV(10), 13-16.
- Brookoff, D., O'Brien, K., Cook, S., Thompson, D., & Williams, C. (1997). Characteristics of participants in domestic violence. Assessment at the scene of domestic assault. *JAMA*, 277(17), 1369-1373.
- Bruno, Fernando & Alemán, Jesús (2016). El Enfoque Biográfico: La construcción de las trayectorias laborales de los adultos mayores, un fenómeno de análisis social. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(4), 29-47.
- Bruto da Costa, A. (2016). Prefácio. In F. Diogo, A. Castro, & P. Perista (Orgs.), *Pobreza e exclusão social em Portugal – contextos, transformações e estudos*. Vila Nova de Famalicão: Humus.
- Cabral, L., Farate, C., & Duarte, J. (2007). Representações Sociais sobre o Álcool em Estudantes do Ensino Superior. *Revista Referência*, II.ª Série, n.º 4, 69-80.
- Cabrita, I., Lopes, M. A., Silva, P. T., Santos, R., & Trigueiro, S. (2012) A intervenção social com crianças e famílias por acontecimento adverso em saúde. In M. I. Carvalho (Coord.), *Serviço social com famílias* (pp. 141-162). Lisboa: Pactor.
- Calado, V., & Lavado, E. (2014). *Consumo e Representações Sociais do Álcool – Inquérito ao público jovem presente no Rock in Rio Lisboa 2010/2014*. Lisboa: SICAD.
- Calvário, M., Lizardo, M., Loureiro, M., & Santos, V. (1997). Estudo dos hábitos de consumo de bebidas alcoólicas nos estudantes da Universidade da Beira Interior. *Boletim do CRAMLMM*, I(1), 7-11.
- Campanini, A. (2012) Intervenção com Famílias numa Ótica Sistémica. In M. I. Carvalho (Coord.), *Serviço social com famílias* (pp. 1-24). Lisboa: Pactor.
- Campenhoudt, L. C. (2003). *Introdução à análise dos fenómenos sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Campos, E. (2009). Alcoolismo, doença e significado em Alcoólicos Anónimos. *Etnográfica*, 13(1), 103-124.
- Capucha, L. (1998). Exclusão Social e Acesso ao Emprego: paralelas que podem convergir. *Sociedade e Trabalho*, 3, 60-69.
- Carapinha, L., Guerreiro, C., Ribeiro, C., & Ferreira, L. (2016). *Inquérito sobre Comportamentos Aditivos em Jovens Internados em Centros Educativos 2015*. Lisboa: SICAD.
- Cardoso, L. (1998). Diagnóstico Precoce do Alcoolismo. *Serviço Social & Sociedade*, 58, 131-152.
- Carvalho, A. C. (2003). *Representações sociais do consumo de álcool e droga em adolescentes* (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Carvalho, A. C., & Leal, I. P. (2006). Construção e validação de uma escala de representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 287-297.
- Carvalho, M. I. L. (2003). Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em Contexto Hospitalar. *Intervenção Social*, 28, 29-50.
- Carvalho, M. I. L. (Org.) (2012). *Serviço Social na Saúde*. Lisboa: Pactor.
- Carvalho, S. (2007). *Manual de Boas Práticas sobre Reinserção – 1.º Caderno: Enquadramento Teórico*. Lisboa: IDT.
- Castañó-Perez, G. A., & Calderon-Vallejo, G. A. (2014). Problemas Associados ao consumo de álcool em estudantes universitários. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(5), 739-746. Consultado em 30 de março de 2017. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00739.pdf
- Castro, A., & Guerra, I. (Coords.) (2010). *Os Caminhos da Pobreza: Perfis e Políticas Sociais na cidade de Lisboa*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- CNPDPJ (2019). *Relatório Anual de Avaliação da atividade das CPCJ 2018*. Lisboa: Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. Disponível em: <https://www.cnpdpj.gov.pt/cpcj/relatorios-de-avaliacao-da-atividade-estatistica/relatorio-2018.aspx>
- Collins, S. (2000). Alcohol and Alcohol Problems. In M. Davies, *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pp. 8-10), Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Collins, S., & Keene, J. (2000). *Alcohol, Social Work and Community Care*. Birmingham: Venture Press.
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Informe sobre alcohol*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo – Centro de Publicaciones.
- Cortés Tomás, M. T., Giménez Costa, J. A., Motos Sellés, P. (2012). Factores que incrementan la vulnerabilidade hacia el alcoholismo. In F. Pascual Pastor, & J. G. Serecigni (Coords.), *Monografía sobre el Alcoholismo* (pp. 143-180). Barcelona: SOCIDROGALCOHOL.
- Costa, A. (2007). O Enoturismo em Portugal: o caso da Rota dos Vinhos. *Revista da Ciência da Administração*, vol. 1.
- Costa, A. B. (2002). *Exclusões Sociais*, 3.ª ed. Lisboa: Gradiva.
- Costa, J.; Pinto, C. & Carvalho, M. I. (2017). A política de saúde portuguesa na austeridade: um olhar do Serviço Social. *Revista Katálysis*, vol. 20 (2), 282-290.
- Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas – teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- CRAC (2006). *Relatório de Actividades*. Coimbra.
- Cunha, O. C. S. (2014). *Perpetradores da violência em relações de intimidade: da caracterização à intervenção* (Tese de Doutoramento do Programa Doutoral em Psicologia – Ramo de Conhecimento em Psicologia da Justiça). Braga: Universidade do Minho.
- Cunha e Sousa, L. P. (2017). *Estigmatização Percebida por Pessoas com Desordens relacionadas com Substâncias* (Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia). Braga: Universidade do Minho.

- Cunha Filho, H. (2016). Políticas do Álcool em Portugal no Contexto Europeu: determinantes para a tomada de decisões e desenvolvimento de medidas em Saúde Pública (Tese de Doutoramento em Ciências da Vida, Especialidade de Saúde Pública). Lisboa: Universidade Nova.
- Delory-Momberger, Christine (2012). Abordagens metodológicas na pesquisa biográfica (Tradução de Anne-Marie Oliveira). *Revista Brasileira de Educação*, vol. 17, N° 51, 523-536.
- DGRSP (2015). *Relatório estatístico anual*. Lisboa: DGRSP.
- Dias Cordeiro, J. C. (1982). *A Saúde Mental e a Vida: Pessoas e Populações em Risco Psiquiátrico*. Lisboa: Moraes Ed.
- Dias, C. (2000). *Pesquisa Qualitativa – características gerais e referências*. Consultada no dia 28 de Fevereiro de 2008. Disponível em www.geocities.com/claudiaad/qualitativa.pdf
- Dias, P. (2008). *Determinantes sociais e comportamentais do consumo de Álcool* (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública). Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Digneffe, F. (1997). Do individual ao social: abordagem biográfica. In L. Albarello, F. Digneffe, J.-P. Hiernaux, C. Maroy, D. Ruquoy, & P. Saint-Georges, *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais* (pp. 203-245). Lisboa: Gradiva.
- Dominelli, H. (2003). *O que está a mudar no Serviço Social?* apresentado na Universidade Lusófona, Lisboa.
- Dominelli, Lena (2004). *Social Work – Theory and Practice for a Changing Profession*. Cambridge: Polity Press.
- Duarte, Z. T., Barrias, J., & Moreira, R. (1993). Influências históricas e culturais nos padrões de consumo em Portugal. *Boletim do Centro Regional de Alcoologia do Porto*, III(9), 3-4.
- Edwards, G. (1987). *O Tratamento do Alcoolismo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Edwards, G., Marshall, J. E., & Cook, C. C. H. (1999). *O Tratamento do Alcoolismo, Um Guia para Profissionais de Saúde* (3.ª ed.). Porto Alegre: ARTMED.
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Caswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., ... Skog, O.-J. (1994). *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press.
- Ely, R. F. (2003). Serviço Social e Interdisciplinaridade. *Katályis*, 6(1), 113-117. Consultado a 16 de outubro de 2015. Disponível em <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2926189>
- Faleiros, V. P. (2001). Desafios do Serviço Social na Era da Globalização. In H. Mouro, & D. Simões (Coords.), *100 anos de Serviço Social* (pp. 312-349). Coimbra: Quarteto.
- Fanti, G. (1990). Helping the family. In S. Collins, *Alcohol, social work and helping* (pp. 125-152). London: Routledge.
- Feijão, F. (2015). ECATD_CAD/2015 (ESPAD_Portugal/2015) – Estudos sobre o consumo de álcool, tabaco, droga e outros comportamentos aditivos e dependências/2015. Lisboa: SICAD.
- Fernández, S. L. & Fernández, R. P. (2004). Los métodos secundários: la suovisión, la investigación, la administración. In García, Tomás & Bracho, Carmen (Coords.), *Introducción al Trabajo Social* (201-228). Madrid: Alianza.
- Flick, U. (2004). *Uma introdução à Pesquisa Qualitativa* (2.ª ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Fonte, A. & Matos, J. (1994). Reflexão semiótica sobre o vinho na poesia moderna portuguesa. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, Vol. 3 – N° 3 (9), 9-17.

- Fonte, A. (2006). *Alcoolismo e Recaída: fatores psicossociais de vulnerabilidade* (tese de Doutoramento em Medicina). Porto: Faculdade de Medicina do Porto.
- Fonte, A. (2010). Beber é Cultura?. *Saúde Mental*, Vol. XII (1), 34-37.
- Fonte, A. (2013, outubro). *Literatura Cinzenta dos Problemas Ligados ao Alcool – teses e dissertações*. Apresentada na XXI Jornada da Sociedade Portuguesa de Alcoologia, Lisboa.
- Fraser, M., & Gondim, S. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Revista Paidéia (Ribeirão Preto)*, 14(28), 139-152.
- Frazão, H., Breda, J., & Pinto, A. (1997). Alcool e Criminalidade, “população doente do CRAC”. *Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra*, 0, 3-4.
- Frazão, M. H. (1989). Apoio ao Alcoólico Tratado. In Fundação Bissaya Barreto, *Revista da Fundação Bissaya-Barreto*, 4(8), 131-132.
- Galego, C. & Gomes, A. (2005). Emancipação, ruptura e inovação: o “focus group” como instrumento de intervenção. *Revista Lusófona de Educação*, 5, 173-184.
- Freeman, E.; McRoy, R.; Logan, S. (1987). Strategies for Teaching the Differential Use of Alcoholism Treatment Approaches. *Journal of Social Work Education*, vol. 23 (3), 29-36.
- Gal, J. & Weiss-Gal, I (2013). *Social Workers Affecting Social Policy: An internacional perspective*. Bristol: Policy Press.
- Galvani, S., Hutchinson, A., & Dance, C. (2014). Identifying and Assessing Substance Use: Findings from a National Survey of Social Work and Social Care Professionals. *British Journal of Social Work*, 44, 1895-1913.
- Gameiro, A. (1989). *Manual de Saúde Mental e Psicopatologia*. Porto: Ed. Salesianas.
- García, Tomás & García, Luis Miguel (2004). Aportaciones de las ciencias sociales al Trabajo Social. In García, Tomás & Bracho, Carmen (Coords.), *Introducción al Trabajo Social* (201-228). Madrid: Alianza.
- Geoffrion, P. (2001). O grupo de discussão. In Gaultier, B., *Investigação Social* (319-343), Loures: Lusociência.
- George, F. (2011). *Sobre Determinantes da Saúde*. Consultado a 13 de novembro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx>
- Giddens, A. (1992a). *A transformação da intimidade*. São Paulo: Editora UNESP.
- Giddens, A. (1992b). *As consequências da modernidade*. Oeiras: Celta.
- Giovinazzo, R. (2008), *Focus Group em pesquisa qualitativa – fundamentos e reflexões*. Consultado a 7 de Janeiro de 2008. Disponível em <http://serprofessoruniversitario.pro.br/ler.php?modulo=21&texto=1319>.
- Gitlow, S., & Peyser, H. (1991). *Alcoolismo: um guia prático de tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gitterman, A., & Germain, C. B. (2008). The life model of social work practice: advances in knowledge and practice (3rd ed.). New York: Columbia University Press.
- Goffman, E. (2004) [1963]. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, Ed. digitalizada. Coletivo Sabotagem.
- Gonçalves, A., & Palma, C. (2009). *Rendimento Social de Inserção, Relatório Anual 2008*. Lisboa: ISS.

- Gonçalves, M. et al. (1978). Documento 2. *Cadernos*, 4, 10-14.
- González, A. M., Fuertes, F. C., & Garcia, M. M. (1988). *Psicologia Comunitária*. Madrid: Visor.
- Good, William J. & Hatt, Paul K. (1979). *Métodos em Pesquisa Social* (7ª Ed.). São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Googins, B. (1984). Avoidance of the Alcoholic Client. *Social Work*, 29 (2), 161-166.
- Greenhalgh, Trisha (2016). Cultural contexts of health: the use of narrative research in the health sector. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network synthesis report).
- Guadalupe, S. & Gonçalves, (2009). Os números do serviço social nos cuidados de saúde primários: o caso da região centro de Portugal. *Serviço Social e Saúde*, vol. VII-VIII (7-8), 127-160.
- Guerra, I. (2000). *Fundamentos e processos de uma Sociologia da Ação*. Cascais: Príncipia.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*. Estoril: Príncipia Editora.
- Hespanha, P. (2001). Mal estar e risco social num mundo globalizado. Novos problemas e novos desafios para a teoria social. In B. S. Santos (Org.), *Globalização, fatalidade ou utopia* (pp. 163-196). Porto: Afrontamento.
- Hill, M. & Hill A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Howe, D. (2009). *A Brief Introduction to Social Work Theory*. Londres: Palgrave Macmillan.
- Idañez, M. J., & Ander-Egg, E. (2008). *Diagnóstico Social: conceitos e metodologias* (3.ª ed.). Porto: Rede Europeia Anti-Pobreza.
- IDT (2011). *Rede de Referência/ Articulação para os Problemas Ligados ao Alcool*. Lisboa: IDT.
- IFSW (2004). *Ética do Serviço Social: declaração de princípios*. Consultado a 22 de abril de 2019. Disponível em https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/ifsw-cdn/assets/ifsw_80111-4.pdf
- IFSW & IASSW (2014). *Definição Global de Serviço Social*. Consultado a 22 de abril de 2019. Disponível em <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- INE (2014). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2015). *Causas de morte 2013*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Irons, R., & Schneider, P. (1997). When is domestic violence a hidden face of addiction? *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(4), 337-344.
- Jodelet, D. (Org.) (2001). *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ.
- Johnson, B., & Côte-Real, F. (2000). Um som do Silêncio. Uma reflexão a partir do Serviço Social da Saúde em Hospital. *Intervenção Social*, 21, 33-42.
- Jones, C. (1996). Anti-intelectualism and peculiarities of British Social work education. In N. Parton, *Social Theory, Social Change and Social Work*. London: Routledge.
- Kammerman, Sheila; Dolgoff, Ralph; Getzel, George; Nelsen, Judith (1984). Conhecimentos para a Prática: Ciências Sociais no Serviço Social. In *Reformulação do Serviço Social* (116-168). São Paulo: Agir.
- Karoll, B. (2002). Women and Alcohol-Use Disorders, a review of important knowledge and implications for social work practitioners. *Journal of Social Work*, 2(3), 337-356.

- Kellner, D. (s.d.). *The Media and Social Problems*. Consultado a 24 de novembro de 2017. Disponível em <https://pages.gseis.ucla.edu/faculty/kellner/essays/medsocialproblems.pdf>
- Kerr-Corrêa, F. (2004). Debate sobre o artigo de Delma Pessanha Neves. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 7-36.
- Knill, C., & Tosun J. (2008). *Policy Making*. Working Paper, Department of Politics and Management – University of Konstanz.
- Knoepfel, P., Larrue, C., Varone, F., & Hill, M. (2011). Policy implementation. In *Public Policy Analysis* (187-219). Bristol: Policy Press.
- Leckie, T. (1990). Social work and alcohol. In S. Collins, *Alcohol, social work and helping* (pp. 43-66). London: Routledge.
- Le Boterf, Guy (1994). *De la competence: essai sur un attracteur étrange*. Paris: Les Edition D'Organisation.
- Leite, R., Silva, P., Breda, J., Frazão, H., & Pinto, A. (1998). Consumo de bebidas alcoólicas em estudantes da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. *Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra*, II(6), 14-16.
- Leonard, P. (1971). *A sociologia no trabalho social*. Coimbra: Atlântida.
- Lessar-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (2008). *Investigação Qualitativa – fundamentos e práticas* (3.^a ed.). Lisboa: PIAGET.
- Lodi, J. B. (1981). *A Entrevista*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora.
- Lopes, R. (1999). Estudo da evolução dos conhecimentos, comportamentos e atitudes face aos problemas ligados ao álcool dos estudantes de enfermagem do curso superior de enfermagem. *Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra*, III(9), 3-7.
- López, J. (1988). Evolución del concepto de alcoholismo. In R. Fernández, *Alcoholismo – visión integral*. México: Trillas.
- Luis, M. (2004). Debate sobre o artigo de Delma Pessanha Neves. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 7-36.
- Malheiros, P. (1980). Trabalho Social e Saúde – reflexão inicial. *Serviço Social & Sociedade*, 4, 61-68.
- Mamaghani, F. A. (2015). Alcohol sponsored events: the impact on attitudes and intentions, and the mitigating impact of persuasion knowledge. (Tese de Doutoramento em Filosofia do Marketing e Estratégia). Braga: Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.
- Mangado, E; Madoz-Gúrpi, A.; Muelas, N. (2009). Diagnostico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55 (214), 26-40.
- Manita, C., & Agra, C. (2002). The study of psychological self-organization processes in deviant pathways: contributions of the biogram method. In S. Brochu, C. Agra, & M.-M. Cousineau, *Drugs and crime deviant pathways* (pp. 33-50). Aldershot: Ashgate.
- Marcos, S., & Dias, I. (2005). *As espécies de raciocínio: dedução, indução e abdução*, artigo apresentado à disciplina de Teoria Semiótica: Texto e Imagem e ao Núcleo de Estudos Avançados de Semiótica, Universidade de Marília – Unimar, Faculdade de Comunicação, Educação e Turismo.

- Marques, M. E., Lourenço, P., & Costa, S. (2011). Risco de recaída numa amostra de adictos portugueses; da compreensão à intervenção. *Toxicodependências*, 17(2), 77-83.
- Marques, R. (2017). *Problemas sociais complexos e governação integrada* (Tese de Doutoramento em Sociologia Económica e das Organizações). Lisboa: Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade de Lisboa.
- Martin González, A., Chacón, F., & Martínez, M. (1988). *Psicologia Comunitária*. Madrid: Visor.
- Martinelli, M. L. (1999). O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social. In Martinelli, M. L., *Pesquisa qualitativa – um instigante desafio* (pp.19-30). São Paulo: Veras Editora.
- Martinelli, M. L. (2003). Serviço Social na Área da Saúde: uma relação histórica. *Intervenção Social*, 28, 9-16.
- Mendes, M., & Fernandes, M. (1978). Serviço Social em Saúde Pública. *Cadernos*, 2, 11-16.
- Mercês de Mello, M. L. (1968). Nota prévia sobre a recuperação de alcoólicos – situação da Assistente Social na equipe terapêutica. *Boletim do Instituto de Serviço Social de Coimbra*, nº 0, 15-23.
- Mercês de Mello, M. L., Barrias, J., & Breda, J. (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Mercês de Mello, M. L., Pinto, A., Frazão, M. H., & Rocha, J. P. (1988). *Manual de Alcoologia para o Clínico Geral*. Coimbra: Editora Delagrangue.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed editora.
- Milner, Judith; Myers, Steve & O’Byrne, Patrick (2020). *Assessment in Social Work* (5th Ed.). England: Red Globe Press.
- Ministério da Administração Interna (2019). *Violência Doméstica – 2018. Relatório Anual de Monitorização*. Lisboa: SGMAI.
- Ministerio de Sanidad (2020). *Limites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol – actualización del riesgo relacionado com los niveles e consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida*. Madrid: Ministerio de Sanidad
- Moraes, R., & Barroco, S. (2016). Conceções do Alcoolismo na Atualidade: Pesquisas Hegemônicas, Avanços e Contradições. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1), 229-237.
- Morais, M. C. S. (1998). Consumo de bebidas alcoólicas nos jovens: contributo para o estudo do padrão de consumo e determinantes numa população do norte de Portugal. *Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra*, II(5), 3-7.
- Moreira, A. (1996). *Provérbios Portugueses*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Moreira, P. (2001). *Para uma prevenção que previna*. Coimbra: Quarteto.
- Morin, Edgar (2008). *Introdução ao Pensamento Complexo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Moscovici, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes.
- Moya, J. (2000). La construcción del alcoholismo como un problema social: lecciones desde la experiencia del trabajo social. *Revista de Treball Social*, 159, 45-63.
- Mueller, John (1972). Casework with the family of the alcoholic. *Social Work*, Vol. 17 (5), 79-84.
- Neves, D. P. (2004). Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 7-36.

- Nowak, Jorgen (2001). O Trabalho Social de Rede – A Aplicação das Redes Sociais no Trabalho Social In Mouro, Helena & Simões, Dulce (coords.) *100 Anos de Serviço Social* (151-183). Coimbra: Quarteto.
- Nunes, Maria Helena (2004). *Serviço Social e Regulação Social. Agência do Assistente Social*. Porto: Estratégias Criativas.
- Observatório de Segurança Rodoviária (2015). *Ano de 2015 – Sinistralidade Rodoviária: vítimas no local*. Lisboa: ANSR.
- Oliveira, C., & Souza, T. (2007). Formação do Assistente Social na Contemporaneidade: aspectos da interdisciplinaridade. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, 2(1), 40-45.
- Oliveira, D. (2009). *Determinantes do Estado de Saúde dos Portugueses* (Dissertação de Mestrado em Estatística e Gestão de Informação). Lisboa: Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa.
- Oliveira, M. L., Pais, M. J., & Cabrito, B. G. (1992). *Sociologia* (pp. 51-89). Porto: Porto Editora.
- OMS (1995). *Carta Europeia do Álcool*. Consultado a 16 de novembro de 2016. Disponível em <http://saap.planetaclix.pt/saap/cartaeu.htm>
- OMS (1996). *Classificação Internacional das Doenças*. Consultado a 18 de maio de 2018. Disponível em https://www.medicosdeportugal.pt/glossario/classificacao_internacional_das_doencas/
- Orcutt, J., & Rudy, D. (2003). *Drugs, Alcohol and Social Problems*. Maryland: Rowman & Littlefield.
- Paille F., & Martini, H. (2014). Nalmefene: a new approach to the treatment of alcohol dependence. *Subst Abuse Rehabil*, 5, 87-94.
- Pascual Pastor, F. (2012). Consecuencias sociales del consumo prejudicial de alcohol. In F. Pascual Pastor, & J. G. Serecigni (Coords.), *Monografía sobre el Alcoholismo* (pp. 295-332). Barcelona: SOCIDROGALCOHOL.
- Pascual Pastor, F. (2012a). Intervención psicossocial en el alcoholismo. In F. Pascual Pastor, & J. G. Serecigni (Coords.), *Monografía sobre el Alcoholismo* (pp. 443-464). Barcelona: SOCIDROGALCOHOL.
- Patrício, L. (2014). *Políticas e Dependências. Álcool e (De)mais Drogas em Portugal 30 anos depois*. Lisboa: Nova Vega.
- Penteado, W. (1980). *O Folclore do Vinho*. Lisboa-Porto: Centro do Livro Brasileiro.
- Pereira, O., & Pires, J. (2006). Representações sociais do alcoolismo e da toxicodependência no meio laboral português. *Revista Salud y Drogas*, 6(1), 27-46.
- Pinto, A. (2000). Epidemiologia dos problemas relacionados com o álcool em Portugal. In A. Porto, *Álcool e Aparelho Digestivo* (pp. 9-26). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Pinto, A. (2000). Epidemiologia dos problemas relacionados com o álcool em Portugal. In A. Porto, *Álcool e Aparelho Digestivo* (9-26). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Pinto, A., & Lameiras, M. (2019, dezembro). *Perfil do Doente Alcoólico da UAC – 2018/19*. Apresentada no Workshop “Como motivar o doente, adicto ao álcool, para a intervenção terapêutica especializada?”, Ílhavo.
- Pinto, A., Almeida, A., Nascimento, L., Fraga, M. (1992). Perfil do Doente Alcoólico – estudo comparativo 1981/1986/1991. *Revista da SPA*, 1(2), 211-221.

- Pinto, A., Ribeiro, C., Vilar, G., Lázaro, J., Silva, J., Trigo, ... Marinho, R. (2016). Reuniões de Reflexão. Perturbação do Álcool. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, 8(1), 34-43.
- Pires, J. A. C. R. (1998). Os Militares e o Alcoolismo e a Toxicodependência, representações sociais na marinha (Dissertação de Mestrado em Comportamento Organizacional). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pombo, O (2004). *Interdisciplinaridade: ambições e limites*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Powell, F. (2001). *The Politics of Social Work*. Londres: Sage.
- Prado, G. G. (2001). Aplicación de la Teoría de la Desviación a la Drogodependencia. *Trabajo Social y Salud*, 38, 7-53.
- Quemada, C. R.-J., & Prieto, P. B. (Directoras) (2004). *La Violencia Contra Las Mujeres, prevención y detección*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos.
- Quintero, M.^a & Genisans, N. (1980). *El diagnóstico Social* (3^a ed). Buenos Aires: Humanitas.
- Quivy, R., & Campenhoudt (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, João (2017). *O Médico de Família tem de trabalhar por vocação* (artigo de opinião). Consultado a 1 de fevereiro de 2021. Disponível em “O Médico de Família tem de trabalhar por vocação” | Atlas da Saúde (atlasdasaude.pt).
- Reis, J. C. (1998). *O Sorriso de Hipócrates*. Lisboa: Ed. Vega.
- Reis, J. C. (2005). *O que é a Saúde?, significações pessoais, modelos científicos e educação para a saúde*. Lisboa: Ed. Vega.
- Relvas, A. P. (2006). *O Ciclo Vital da Família – Perspetiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 115/2006, de 18 de setembro, que aprova o Plano Nacional contra a Droga e as Toxicodependências no médio prazo até 2012, bem como o Plano de Ação contra a Droga e as Toxicodependências no curto prazo até 2008.
- Restrepo, O. (2003). *Reconfigurando el Trabajo Social – perspectivas y tendencias contemporáneas*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Rodrigues dos Santos, J. (1999). *A propósito das noções de ‘problema social’ e ‘problema sociológico’*. Consultado a 5 de setembro de 2011. Disponível em <https://georisk.wikispaces.com/file/view/Problema+social+versus+problema+sociol%C3%B3gico.pdf>
- Rodrigues, A. P. (2000). O Doente Idoso e a intervenção do Assistente Social na Equipa de Saúde Hospitalar. *Intervenção Social*, 21, 45-52.
- Rodrigues, A. P. C. (2015). *Consumo de Bebidas Alcoólicas e Falsos Conceitos – Questões de Género numa População que Recorre aos Serviços da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados em Peso da Régua* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Rodrigues, R. (1997). Problemas ligados ao álcool. *SOS Jornal de Enfermagem*, 11-12.
- Román, M. A. (2008). Aspectos generales: relaciones del Trabajo Social con el bienestar social, Estado del bienestar, política social, servicios sociales, diferenciación de conceptos. In T. F. García, & C. A. Bracho (Coords.), *Introducción al trabajo social* (4.^a reimpr.). Madrid: Alianza Editorial.

- Ruivo, Fernando (1990). Local e Política em Portugal: o Poder Local na Mediação entre Centro e Periferia. *Revista Crítica de Ciências Sociais* (30), 35-95.
- Sagardoy, Rosa Calvo (1983). *Bebida Controlada: objetivo de tratamento en alcohólicos* (Tese Doctoral en Psicología). Madrid: Universidad Complutense de Madrid
- Santo-Domingo, J. (1994). Demanda Y primera consulta en la asistencia al alcoholismo. In M. Casas, M. Gutiérrez, & L. San, *Psicopatología y Alcoholismo* (pp. 479-488). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Santos, S., & Santos, M. E. (1991). *Diagnóstico Social: Guia do Formando*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Sapir, J. V. (1958). Social Work and alcoholism. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 315, 125-132.
- Schild, D., & Sable, M. (2006). Public Health and Social Work. In S. Gehlert, & T. Browne, *Handbook of Health Social Work*. New Jersey: Wiley.
- Serecigni, J. G. (2012). Tratamiento del alcoholismo. In F. Pascual Pastor, & J. G. Serecigni (Coords.), *Monografía sobre el Alcoholismo* (pp. 415-442). Barcelona: SOCIDROGALCOHOL.
- Serra, A. S. D. (2014). *Álcool e criminalidade* (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Justiça). Maia: Instituto Universitário da Maia.
- Shuckit, M. A. (1998). *Abuso de álcool e drogas*. Lisboa: Climepsi.
- SICAD (2014). Relatório Anual – a situação do país em matéria do álcool. Consultado a 30 de novembro de 2016. Disponível em http://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Documents/2016/Relat%C3%B3rio%20anual%20%20A%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20do%20Pa%C3%ADs%20em%20Mat%C3%A9ria%20de%20%C3%81lcool_2014.pdf
- SICAD (2016). *Relatório Anual, A situação do país em matéria de álcool*. Lisboa: SICAD.
- SICAD (2019). *Relatório Anual, A situação do país em matéria de álcool – 2018*. Lisboa: SICAD.
- SICAD (2019a). *Comportamentos Aditivos aos 18 anos – Inquérito aos Jovens Participantes no Dia da Defesa Nacional – 2018*. Lisboa: SICAD.
- Silva, L. F. (2001). A Família: Modelos, Desenvolvimento e Contextos. In L. F. Silva (Org.), *Ação Social na Área da Família* (pp. 53-99). Lisboa: Universidade Aberta.
- Silva, L. F. (2001). *Intervenção Psico-Social*, Lisboa: Universidade Aberta.
- Silva, M. C. T. (1967). Reflexão sobre o Conceito de Problema Social I. *Análise Social*, n.º 17 e 18.
- Silva, M. D. M. (1998), “Empowerment: possível estratégia da prática profissional em direcção à cidadania activa” in *Serviço Social Autárquico e Cidadania: A Experiência da Região Centro* (pp. 193-201), Dissertação de Mestrado em Serviço Social, policopiado, Lisboa: ISSSL.
- Simões, M. J., Augusto, A., Cruz, D., Oliveira, M., & Wolf, J. (2008, junho). *Desafios para os diagnósticos sociais: aprofundamento e reconfiguração*. Comunicação apresentada no VI Congresso Português de Sociologia, Lisboa.
- Siqueira, M. M. de (2004). Debate sobre o artigo de Delma Pessanha Neves, *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 7-36.
- Slade, T., Chapman, C., Swift, W., Keyes, K., Tonks, Z., & Teesson, M. (2016). *Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and meta-regression*.

- Consultado a 28 de novembro de 2016. Disponível em <http://bmjopen.bmj.com/content/6/10/e011827>
- Sousa, P., & D'Almeida, J. L. (2016). *Avaliação Diagnóstica na prática do Serviço Social*. Viseu: Psicossoma.
- Souza, C. (2006). Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, 8(16), 368-375.
- Souza, M. L. (1995). *Serviço Social e Instituição: a questão da participação*. São Paulo: Editora Cortez.
- Suaréz, F. M. (1989). *Problemas Sociales y problemas de programas sociales masivos*. CIDES. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/33446/S8900328_es.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Teater, Barbra (2017). Social Work Research and Its Relevance to Practice: The Gap Between Research and Practice Continues to be Wide. *Journal of Social Work Research*, 43 (1), 1-19.
- Tinoco, R., & Pinto, S. (2001). Abordagem biográfica das toxicodependências – o biograma como instrumento de intervenção clínica. *Toxicodependências*, 7, 17-22.
- Torres, A. (Coord.) (2015). *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional, Relatório Final*. Lisboa: CIEG/ISCSP – U. Lisboa.
- Torrico Linares, M. E., Santín Vilariño, M. C., Andrés Villas, M., Menéndez Álvarez-Dardet, S., & López López, M. J. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de psicología*, 18(1), 45-59. Disponível em: https://www.um.es/analesps/v18/v18_1/03-18_1.pdf
- Trevithick, P. (2006), *Social Work Skills, a practice handbook*, 2.^a ed. Open University Press.
- Trigueros, I., & Mondragón, J. (1999). *Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Walker, Steven & Beckett, Chris (2003). *Social Work Assessment and Intervention*. England: Russel House.
- WARC (2005). *World Drink Trends 2005: Containing Data to 2003*. United Kingdom: World Advertising Research Center.
- Weber, M. (1910). Sociologia da imprensa: um programa de pesquisa. *Estudos em Jornalismo e Mídia*, II(1) – 1.^o semestre de 2005. Consultado a 2 de Agosto de 2018. Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/jornalismo/article/viewFile/2084/1825>
- Weisner, C., & Schmidt, L. (1993). Alcohol and Drug Problems among Diverse Health and Social Service Populations. *American Journal of Public Health*, 83, 824-829. Consultado a 30 de março de 2017. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1694720/pdf/amjph00530-0042.pdf>
- Wheeler, M. P. (1918). Alcohol and Social Case Work. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 77(1), 154-159.
- WHO (2004). *Global Status Report on Alcohol*. Consultado a 30 de março de 2017. Disponível em http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf
- WHO (2014). *Global Status Report on Alcohol and Health*. Consultado a 28 de novembro de 2016. Disponível em http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/

- WHO (2016). *World Health Statistics*. Consultado a 28 de novembro de 2016. Disponível em http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/
- Wilson, Kate et al. (2008). *Social Work: na introduction to contemporary practice*. Edinburgh: Pearson Education Limited.
- Wyers, Norman (1991). Policy-Practice in Social Work: Models and Issues. *Journal of Social Work*, Vol. 27(3):241-251.
- Zinn, Jenns (2005). The biographical approach: A better way to understand behaviour in health and illness. *Health, Risk & Society*, 7(1), 1-9.

Referências Legislativas

- Decreto Regulamentar n.º 41/1988 de 21 de novembro. Diário da República n.º 269/88 – I Série. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 332/2001 de 24 de dezembro. Diário da República n.º 296/01 – I Série A. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Decreto-Lei n.º 9/2002 de 24 de janeiro. Diário da República n.º 20/02 – I Série A. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Decreto-Lei 212/2006 de 27 de outubro. Diário da República n.º 208/06 – I Série. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei 221/2007 de 29 de maio. Diário da República n.º 103/07 – I Série. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Despacho Normativo n.º 51/2008 de 1 de outubro. Diário da República n.º 190/08 – II Série. Lisboa: Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde.
- Decreto-Lei 124/2011 de 29 de dezembro. Diário da República n.º 249/11 – I Série. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei 17/2012 de 26 de janeiro. Diário da República n.º 19/12 – I Série. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei 22/2012 de 30 de janeiro. Diário da República n.º 21/12 – I Série. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Lei n.º 72/2013 de 3 de setembro. Diário da República n.º 169/2013 – I Série. Lisboa: Assembleia da República.
- Despacho n.º 2976/2014 de 21 de fevereiro. Diário da República n.º 37/14 – II Série. Lisboa: Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.
- Despacho n.º 3250/2014 de 27 de fevereiro. Diário da República n.º 41/14 – II Série. Lisboa: Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.
- Decreto-Lei 106/2015 de 16 de junho. Diário da República n.º 115/2015 – I Série. Lisboa: Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.
- Despacho n.º 1774-B/2017 de 24 de fevereiro. Diário da República n.º 40/17 – 1.º suplemento, II Série. Lisboa: Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

Anexos

Anexo I – Guião de entrevista

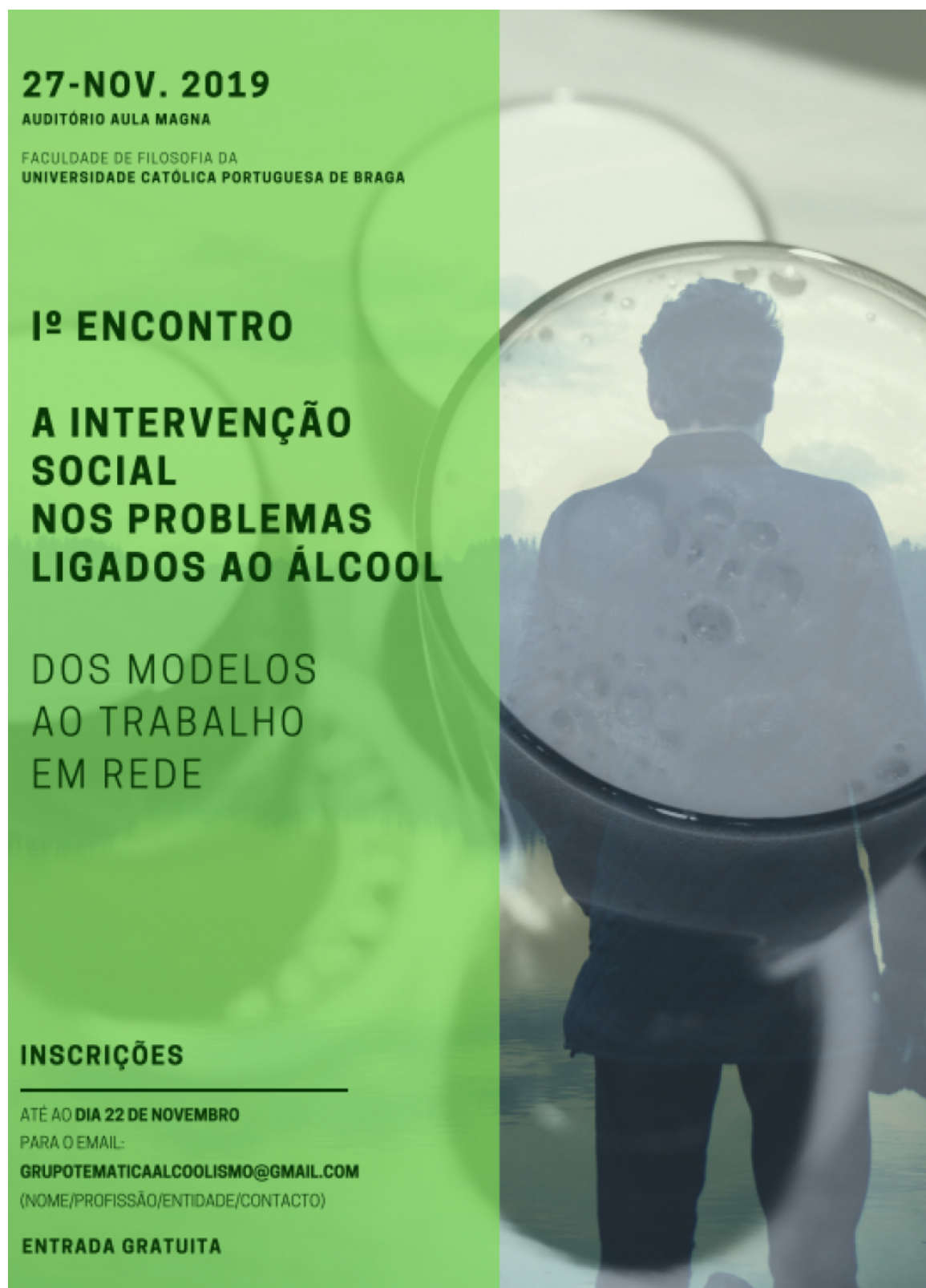
Guião de Entrevista

1. Dados sociodemográficos:
 - 1.1. Sexo
 - 1.2. Idade
 - 1.3. Estado civil
 - 1.4. Habilitações literárias
 - 1.5. Profissão
 - 1.6. Situação profissional atual
 - 1.7. Agregado familiar
 - 1.8. Situação habitacional
2. História do comportamento alcoólico
 - 2.1. Em que idade e circunstâncias (tipo de bebida, quantidade, frequência, local, companhia) começou a consumir álcool?
 - 2.2. Quando e como tomou consciência que tinha um problema com o álcool (idade)?
 - 2.3. Quais as razões (hábito social, prazer, timidez, afastamento de problemas, resposta emocional, acontecimento de vida significativo, etc.) para beber demais?
 - 2.4. Será que pode relatar o seu consumo diário habitual (tipo de bebida; quantidade; frequência – diária, fins de semana, por surtos, etc.; local de consumo – em casa, no trabalho, em lugares públicos; companhia – em grupo, só, com familiares)?
3. Problemas associados
 - 3.1. Considera que o consumo de álcool interferiu na sua vida pessoal, familiar e/ou dos seus familiares?
 - 3.2. Em algum momento o consumo de álcool perturbou a sua vida profissional ou social?
 - 3.3. Cometeu algum tipo de delito (alcoolemias positivas, furtos, agressões, violência doméstica, entre outros) ou teve algum problema com as autoridades? Foi alvo de algum tipo de sanção?
 - 3.4. Em que medida o consumo de álcool afetou a sua situação económica?
 - 3.5. Que problemas de saúde graves, relacionados com o consumo de álcool, teve? Implicaram internamentos (quantos)? Em que altura (idade) começou a sentir os primeiros sintomas e quando é que foram diagnosticados?
 - 3.6. Em que medida o consumo de álcool alterou a sua relação com a comunidade?
 - 3.7. Considera ter sido discriminado por causa dos seus consumos de álcool?
4. Contactos institucionais (indicação temporal)
 - 4.1. Alguma vez recorreu aos serviços de saúde (urgência, centro de saúde, hospital, INEM) na sequência de uma embriaguez ou de um desacato/acidente sob influência do álcool?
 - 4.2. Habitualmente frequenta consultas de rotina (ou de urgência) no seu Centro de Saúde ou no Hospital?
 - 4.3. Teve ou tem algum processo judicial (acompanhamento por técnicos da CPCJ, DGRS, EMAT, Tribunais, etc.)?
 - 4.4. Alguma vez foi acompanhado por assistentes sociais? Em que circunstâncias e por que motivos?
 - 4.5. Recebeu algum tipo de apoio/suporte social (RSI, subsídio de desemprego, apoio alimentar, etc.)?
 - 4.6. Tem filhos? É Encarregado de Educação de algum dos seus filhos? Costuma ir às reuniões de pais da escola?

5. Tratamento e Pós-tratamento

- 5.1. Quando, como e porque decidiu procurar ajuda pela primeira vez (há quantos anos)?
- 5.2. Foi encaminhado para serviços especializados de tratamento? Por quem e quando?
- 5.3. Quantos tratamentos fez em instituições especializadas (anos e serviços)?
- 5.4. Alguma vez recaiu? Que motivos identifica?
- 5.5. Quais as instituições que mais o ajudaram na motivação para tratamento?
- 5.6. Quais as instituições que mais o ajudaram no processo de recuperação?
- 5.7. Encontra-se, neste momento, recaído no consumo ou abstinente de bebidas alcoólicas (há quanto tempo nesta situação)?

Anexo II – Cartaz de Divulgação

The poster is divided into two main vertical sections. The left section has a solid green background with white text. The right section features a photograph of a person from behind, looking into a large, circular, reflective surface that resembles a mirror or a large lens. The reflection shows a landscape with trees and a body of water. The overall design is clean and modern.

27-NOV. 2019
AUDITÓRIO AULA MAGNA
FACULDADE DE FILOSOFIA DA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA DE BRAGA

1º ENCONTRO

**A INTERVENÇÃO
SOCIAL
NOS PROBLEMAS
LIGADOS AO ÁLCOOL**

DOS MODELOS
AO TRABALHO
EM REDE

INSCRIÇÕES

ATÉ AO DIA 22 DE NOVEMBRO
PARA O EMAIL:
GRUPOTEMATICAALCOOLISMO@GMAIL.COM
(NOME/PROFISSÃO/ENTIDADE/CONTACTO)

ENTRADA GRATUITA

Anexo III – Guia/plano de discussão *Focus Group*

Guia/Plano de discussão *Focus Group*

Local: Coimbra (Seminário Maior)

Data: 4 de julho – sábado

Horário: 10-12h30 (com almoço incluído)

Moderador: T.O. e Inês Pinto

Participantes (com direito a certificado pela SPA) – Assistentes Sociais das seguintes instituições:

ACES Coimbra
Câmara Municipal
CAT
Centro Comunitário
CPCJ
CRI
DGRSP
Equipa de rua
Hospital AS Urgências
UA

1º momento: receção/acolhimento, apresentação e contextualização (15 minutos)

2º momento: debate

Guião de entrevista

1 – Do estudo realizado relativo ao percurso institucional dos doentes alcoólicos, verificou-se que existem contactos recorrentes com os serviços de saúde e diversas instituições sociais ao longo do tempo, com escassos diagnósticos de alcoolismo ou de PLA e habitualmente numa fase tardia, em que as consequências se evidenciam com especial gravidade. Que motivos poderão ajudar a compreender esta situação concreta? (1h)

2 – Que medidas considerariam úteis para implementar no terreno e contrariar esta realidade? (1h)

3º momento: autopreenchimento duma breve ficha (caraterização socioprofissional) (10 minutos)

4º momento: agradecimentos e encerramento (5 minutos)

ALMOÇO

Anexo IV – Segmentos codificados *Focus Group*

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio	1	por que razão é que o diagnóstico continua a ser tardio? Por que razão é que o diagnóstico continua a ser escasso ao nível do alcoolismo e dos problemas de álcool? Que motivos é que poderão ajudar a compreender essa situação concreta?
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores político-normativos\Descriminalização consumo	2	‘Talvez o facto do consumo das bebidas alcoólicas não ser um crime, por exemplo. O álcool é permitido por lei a partir dos 18 anos e, portanto, por essa via... também passa despercebido
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores Contexto sociocultural\Aceitação / Normalização/hábito cultural consumo	2	É entendido como uma coisa aceitável, as bebidas alcoólicas, e, portanto, desde que esse consumo não seja evidenciado, não é, não saia da norma, pode passar incógnito.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores Contexto sociocultural\ Aceitação / Normalização /hábito cultural consumo	3	Eu penso que há uma grande, em termos culturais, uma aceitação desta situação que para mim tem muito a ver também com o não reconhecimento, como disse, o alcoolismo é visto como uma integração cultural, faz parte que o consumo seja feito na adolescência, um bocadinho mais cedo, situado e associado à simples transição, em ciclos de vida. Quanto mais adulto, mais se pode, digamos, beber. E penso que isto tem a ver com a desvalorização que o próprio sente, que a família sente, e a comunidade de uma forma geral, essa desvalorização do consumo, enquanto elemento perturbador, portanto, presumo que há esta ideia muito clara nessas situações. Eu lembro-me de [inaudível] de desvalorizar o que vai acontecendo.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores Contexto sociocultural\ Aceitação / Normalização /hábito cultural consumo	4	Sim, eu penso que esta normalidade que se pensa atualmente sobre isso, durante este tempo todo, não é, porque todos os eventos de estudantes são patrocinados por bebidas alcoólicas. Ele está sempre presente na sociedade, lá está, por ser lícito, este problema leva-nos a que as pessoas banalizem um pouco. Depois, quando chega até nós, já chega numa fase em que as pessoas estão mesmo a precisar imenso de ajuda e torna-se muito complicado depois o problema. A abstinência, durante um período grande, pode levar mesmo a graves consequências para quem consome. Depois, é muito difícil já, portanto, ajudar essa pessoa. Mas eu penso que esse é um fruto do trabalho que já vem desde a prevenção, que não existe, desde logo da adolescência. Por esse facto, porque a sociedade banaliza e pronto.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores Contexto sociocultural\Promoção comercial consumo	4	‘Todos os eventos de estudantes são patrocinados por bebidas alcoólicas.

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio\Comportamento doentes/famílias>Contacto técnico em situações crise	4	Depois, quando chega até nós, já chega numa fase em que as pessoas estão mesmo a precisar inenso de ajuda e torna-se muito complicado depois o problema.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores político-normativos\Ausência de investimento na prevenção	4	Depois, quando chega até nós, já chega numa fase em que as pessoas estão mesmo a precisar inenso de ajuda e torna-se muito complicado depois o problema. A abstinência, durante um período grande, pode levar mesmo a graves consequências para quem consome. Depois, é muito difícil já, portanto, ajudar essa pessoa. Mas eu penso que esse é um fruto do trabalho que já vem desde a prevenção, que não existe, desde logo da adolescência.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores Contexto sociocultural\Aceitação / Normalização/hábito cultural consumo	5	O consumo de bebidas alcoólicas é uma questão cultural, acho que... é normal que na sociedade ocidental o consumo de álcool seja comum
Fatores Diagnóstico Tardio\Comportamento doentes/famílias>Contacto técnico em situações crise	5	as situações de problema só são identificadas eventualmente quando desencadeia um problema, de cariz familiar, com conflitos entre os seus elementos, quer questões de saúde, quer questões criminais, que são apanhados, inclusive, alcoolizados. Só quando essas situações, esses problemas surgem é que, eles próprios, muitas vezes, tomam consciência que, se calhar, podem ter um problema.
Fatores Diagnóstico Tardio\Comportamento doentes/famílias\ Ilusão auto-controle / desvalorização/negação	6	às vezes, uma pessoa que não assume o problema que tem, porque desvaloriza e acha que consegue controlar.
Fatores Diagnóstico Tardio\Natureza Fenómeno\Alcoolismo funcional	6	É muito funcional, não falta ao trabalho, consegue tratar das diligências, mas à noite, quando vem para casa, o que leva para casa é quase uma grade de cerveja. E, no outro dia quase que está... já há alguma capacidade de lidar com essas situações, de facto, aqui, torna muito difícil para nós, não tinha esta noção, torna muito difícil captar esta realidade, para quem não percebe estas dinâmicas, uma dinâmica... e o que é que o consumo faz. Quanto mais isolado, mais necessidade tem de beber e mais bebe sozinho. E relatos que as pessoas falam que a companhia que fazem é a televisão e as garrafas... e, de facto, isto torna muito difícil fazer um diagnóstico e ter uma leitura que permita avaliar e explicar. Tem muito a ver com este alcoolismo, digamos, funcional. Que também leva a que este diagnóstico seja muito mais tardio.

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio \Comportamento doentes/famílias\Contacto técnico em situações crise	6	Que também leva a que este diagnóstico seja muito mais tardio. Porque depois, de facto, só quando há aqui atividades práticas e ilícitas... e, de facto, o alcoolismo, ao contrário do consumo de outras substâncias, tem, se calhar, em termos de crime de violência contra as pessoas – pela violência doméstica, pela condução sob o efeito do álcool – maior sobre as pessoas do que propriamente o consumo de substâncias ilícitas que são mais contra o património. Portanto, há aqui uma leitura... e esta realidade, porque isto é difícil de analisar, torna muito difícil um diagnóstico.
Fatores Diagnóstico Tardio \Fatores técnico-institucionais\Protocolos Técnicos Avaliação/Intervenção \Protocolos associados atribuições serviço	7	A J. falou da questão de que faz uma avaliação das dependências, não é, porque trabalha num centro de alojamento, portanto, faz parte dos critérios.
Fatores Diagnóstico Tardio \Fatores técnico-institucionais\Protocolos Técnicos Avaliação/Intervenção \Protocolos associados atribuições serviço	11	esta avaliação, quando recebem um caso, é feita. Não falo, obviamente, no CRI, porque é óbvio, faz parte do serviço.
Fatores Diagnóstico Tardio \Fatores técnico-institucionais\Protocolos Técnicos Avaliação/Intervenção \Avaliação decorrente referência	12	Quando rececionamos uma comunicação em que o problema não é a questão do alcoolismo, e esse problema existe, é muito difícil de detetar,
Fatores Diagnóstico Tardio \Comportamento doentes/famílias\Ocultação / Negação face natureza estatutária serviço	12	Porque as famílias, quando comparecem na comissão, têm muito medo das consequências, dos comportamentos que têm. E, então, só após estabelecermos alguma relação de confiança com as pessoas é que elas começam a dar conta das problemáticas que evidenciam no dia a dia. E aí, sim, pode vir ao de cima a questão do alcoolismo. É claro que, depois, também temos as pessoas que negam, não é? Eu bebo, mas é só depois do trabalho, é só um copo, não é? Que é uma frase muito habitual. Ou então, eu bebo, mas é aos fins de semana, mas depois sempre que sai aos fins de semana, bebe. E é um problema muito negado, a não ser que seja um problema logo evidenciado. Ou seja, a comunicação de, por exemplo, violência doméstica com o consumo de bebidas alcoólicas. Aí, sim, é um problema que nós tentamos logo fazer o diagnóstico, junto da família, junto da pessoa, e fazer o respetivo encaminhamento, mas ali existe sempre o receio, não é, porque as pessoas ainda não veem a comissão como uma entidade que pode prestar o apoio. Mas, sim, como alguém que está a criar um dano. E, então, têm muito receio de assumir os comportamentos

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio\Caraterísticas/competências do profissional\Dificuldades na avaliação integral do problema/situação	12	Quando rececionamos uma comunicação em que o problema não é a questão do alcoolismo, e esse problema existe, é muito difícil de detetar,
Fatores Diagnóstico Tardio\Comportamento doentes/famílias>Contacto técnico em situações crise	12	E é um problema muito negado, a não ser que seja um problema logo evidenciado. Ou seja, a comunicação de, por exemplo, violência doméstica com o consumo de bebidas alcoólicas
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Protocolos Técnicos Avaliação/Intervenção \Avaliação decorrente referência	12	E é um problema muito negado, a não ser que seja um problema logo evidenciado. Ou seja, a comunicação de, por exemplo, violência doméstica com o consumo de bebidas alcoólicas. <i>Aí, sim</i> , é um problema que nós tentamos logo fazer o diagnóstico, junto da família, junto da pessoa, e fazer o respetivo encaminhamento,
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Protocolos Técnicos Avaliação/Intervenção \Avaliação decorrente referência	12	Quanto aos consumos de álcool nos jovens, já começa finalmente a aparecer as comunicações por parte da PSP ou de outras entidades por estarem jovens em bares a consumir bebidas alcoólicas, o que já é um avanço para nós. Porque isto antes era uma situação considerada normal. E, pronto, neste momento, não é. Já começamos a receber este tipo de problemáticas, o que nos permite também começar a trabalhá-las mais cedo e começar também a alertar os jovens para o tipo de consequência que pode advir do consumo de álcool.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Protocolos Técnicos Avaliação/Intervenção \Avaliação decorrente referência	13	até 2008 nós funcionávamos de uma forma, e com a reforma dos cuidados de saúde primários, a partir de 2008, as equipas passaram a funcionar de uma maneira completamente diferente. Até 2008, o assistente social que estivesse integrado num centro de saúde, por regra, na ARS Centro, era um assistente social por centro de saúde, trabalhava em parceria, com todos os projetos da comunidade, e essas situações, mais tarde ou mais cedo, acabavam por ser identificadas. Chegavam-nos por quem? Pelos vizinhos, pelos familiares ou, no âmbito da CPCJ, alguma situação que era comunicada ou diretamente por causa do consumo abusivo do álcool, que era detetada na estrada, no consumo, ou em alguma situação assim mais dramática e mais visível. Esses utentes não recorrem ao serviço de saúde e, portanto, nós para os identificar e fazer esta avaliação, é numa fase tardia, <i>sim</i> , porque eles só recorrem quando já estão com danos tão grandes ao nível da sua saúde física que não há outra alternativa. Ou quando o INEM os encontra caídos numa valeta e os leva, e depois há uma integração através do meio hospitalar

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio\Comportamento doentes/famílias\Contacto técnico em situações crise	13	Esses utentes não recorrem ao serviço de saúde e, portanto, nós para os identificar e fazer esta avaliação, é numa fase tardia, sim, porque eles só recorrem quando já estão com danos tão grandes ao nível da sua saúde física que não há outra alternativa. Ou quando o INEM os encontra caídos numa valeta e os leva, e depois há uma integração através do meio hospitalar.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Protocolos Técnicos Avaliação/Intervenção \Conhecimento/Avaliação/Intervenção limitada p/reconfiguração SS	13	a partir de 2008, as equipas foram divididas em unidades de saúde familiar, em unidades de cuidados na comunidade, os elementos foram distribuídos, criaram-se equipamentos nos centros de saúde. No meu agrupamento, que é Terras de Sícó, e, portanto, com uma grande produção a nível do vinho, muito enraizada, essa questão passa completamente despercebida. E, depois, o facto de as equipas terem dividido com objetivos para cada unidade funcional, que definem a sua carteira de serviços e fazem a sua intervenção a partir dali para atingir determinadas metas. E, portanto, o assistente social a partir daqui passou a dar resposta a vários centros de saúde. No meu agrupamento, só situações onde a população é superior a 20.000 utentes é que está uma colega do centro de saúde. De resto, como eu comecei por me apresentar, eu faço dois centros de saúde e serviço na sede. E, portanto, o conhecimento que nós temos destas situações é mesmo já no limite. Mas esses doentes que nos chegam não têm crítica e, portanto, não é um problema para eles. E a negação está sempre presente. Quando nos dizem que é só um copo, vamos percebendo depois ao longo do acompanhamento que aquele copo são vários copos, multiplicados.
Fatores Diagnóstico Tardio\Comportamento doentes/famílias \ Ilusão auto-controle / desvalorização/negação	13	A questão cultural está enraizada em termos profissionais também, não só pela produção, que na maioria das vezes é caseira. Portanto, as pessoas têm a sua vinha; vendem, sim, mas muito familiar. E, depois, temos muitos madeiros. E é frequente nós, no final da jornada de trabalho, o próprio patrão leva garrações de vinho tinto na camioneta que faz a recolha dos funcionários para o final do dia.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores Contexto sociocultural\ Aceitação / Normalização/hábito cultural consumo	13	E é frequente nós, no final da jornada de trabalho, o próprio patrão leva garrações de vinho tinto na camioneta que faz a recolha dos funcionários para o final do dia. Depois, quando nós tínhamos urgência, também nos chegavam lá alguns com cortes de motosserra e lá ia uma mão, lá ia um pé, não é? Pronto, e era sempre ao final do dia que esses acidentes aconteciam.

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio\Comportamento doentes/famílias\Contacto técnico em situações crise	13	Mas temos esta questão, sim, fazemos a avaliação, mas chegamos muito tarde e não [inaudível]. Muitas vezes, mais cedo através das famílias pela questão da violência doméstica. Começamos a perceber de algumas queixas, mas muito tarde, sim. eu estive na criação de uma unidade de cuidados à comunidade, em O alcoolismo sempre foi uma problemática que nós verificávamos uma incidência grande nos miúdos que nos chegavam da comissão local. Eu fiz um projeto no âmbito do alcoolismo para ser uma carteira de serviços e depois não passou na ARS. E não existe, que eu tenha conhecimento, não existe neste momento. Existe um grande incentivo para as carteiras de serviços adicionais no âmbito do tabagismo, por exemplo. Para o alcoolismo não tenho conhecimento. Não significa que não possa existir em algum outro centro de saúde. São 14 centros de saúde neste agrupamento, mas eu não tenho conhecimento.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Protocolos Técnicos Avaliação/Intervenção \Avaliação / Intervenção dependente carteira serviços	15	Quando as pessoas chegam até nós, já foram condenadas pela prática do crime, ou então estão numa fase prévia de julgamento. E nessa fase prévia, é-nos solicitado muitas das vezes um relatório ao tribunal, de forma abreviada, que eu possa escrever como relatório-diagnóstico. Fase que nós vamos fazer a história de vida de cada indivíduo, o percurso de vida e a situação atual. E, nessa altura, efetivamente, fazemos também uma avaliação a nível das dependências, álcool incluído.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Protocolos Técnicos Avaliação/Intervenção \Avaliação decorrente referência	17	Muitas das vezes, as situações também chegam até nós numa fase posterior ao julgamento, para execução de medidas. E depois aí também, nós temos ferramentas depois também para avaliar essa situação, ainda que possamos depois na prática não ter a execução, não ser aplicável.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Protocolos Técnicos Avaliação/Intervenção \Avaliação decorrente referência	17	Mesmo as forças da autoridade têm algumas escalas de avaliação de risco, desenvolvidas em colaboração com o nosso serviço. E quando os casos chegam até nós, já vêm, em casos de violência doméstica, por exemplo, já vem com uma avaliação, já com indicadores ou não nesse sentido.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Protocolos Técnicos Avaliação/Intervenção \Protocolos associados atribuições serviço	17	Mesmo as forças da autoridade têm algumas escalas de avaliação de risco, desenvolvidas em colaboração com o nosso serviço.

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio\Caraterísticas/competências do profissional\Falta de sensibilidade e empatia	23	vai depender, com certeza, da sensibilidade do técnico. Portanto, é uma opção que tem muito a ver... porque nós temos muito pouco tempo para trabalhar as situações e, portanto, para que isso seja feito de forma cuidada, tem de ser estabelecida uma empatia. Portanto, também tem a ver muito com as características pessoas do técnico no estabelecimento de... em poucos minutos, ter um grau de confiança que permita à pessoa responder às questões que nós vamos colocando.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Protocolos Técnicos Avaliação/Intervenção\Protocolos associados atribuições serviço	23	Do ponto de vista teórico, os nossos modelos de relatório social obedecem a um conjunto extenso de itens que têm de ser abordados, entre os quais está a questão da dependência sempre, álcool incluído.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Protocolos Técnicos Avaliação/Intervenção\Protocolos associados atribuições serviço	25	Eu trabalho numa autarquia, num concelho onde que não há equipas de comunidade ao nível da saúde, não temos assistente social, e, portanto, o técnico da câmara municipal acaba por ter de fazer aqui um conjunto de atividades em vários serviços. Já pertenci à CPCJ, agora não. Mas acabamos por ter aqui uma polivalência... e depois, é difícil sermos muito profissionais, não é, muito específicos. E, efetivamente, eu, às vezes, faço uma avaliação a olhómetro
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores Contexto sociocultural\Socialização	25	depois, o técnico tem muito pouco poder sobre a situação, porque na comunidade é normal, as pessoas saem do trabalho, vão para o trabalho depois de já beber um “xiripiti”, não é, assim com a sua água ardente, vão muito cedo para o café. No final do dia, é no café que se encontram. Ninguém paga águas, pagam sempre bebidas alcoólicas.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Trabalho (s)em Rede\ (Re)organização dos serviços	25	Quando detetamos a questão do álcool, não como seu instrumento, efetivamente acho que a lacuna é mesmo haver um serviço que oriente também, que dê instrumentos, que a gente possa articular, e acho que aí perdeu-se muito nos últimos anos, não percebi como, mas já trabalhei com alcoologia e, efetivamente, o que eu percebo é que quer no diagnóstico quer no tratamento é preciso aqui uma articulação muito próxima nos serviços, entre todos nós que estamos, no fundo, a tratar daquele caso.
Fatores Diagnóstico Tardio\Comportamento doentes/famílias>Contacto técnico em situações crise	25	E quando as situações efetivamente nos chegam, já chegam no limite, as pessoas já não aguentam mais aquela situação. Não dá para aturar. Mas andou, no fundo, a achar que aquilo era normal, a desculpar uma ausência.
Fatores Diagnóstico Tardio\Comportamento doentes/famílias\ Ilusão auto-controle / desvalorização/negação	25	Quando efetivamente nos chegam, já é também mais difícil fazer um encaminhamento, porque a pessoa está sempre a negar, controla sempre, sempre esse discurso do controlo, é só um copito.

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Trabalho (s)em Rede\Repartição de competências	25	E, muitas vezes, a questão do dinheiro efetivamente, quando há dinheiro há consumo, quando não há dinheiro há menos consumo, e às vezes socialmente eu penso: então, mas agora vão integrar-se num programa ocupacional, não é, os tais CEI... aquela pessoa... mas eu sei que aquilo vai piorar a situação da pessoa em termos de saúde. Mas para a comunidade, eu vou melhorar, porque vai estar ocupado, vai estar a trabalhar. Mas, efetivamente, o problema aumenta, mas quando já não está muito sobre a nossa alçada, porque já tem autonomia, já tem uma entidade que está a acompanhar, nas juntas de freguesia ou na autarquia já não se dá nenhum cartão ao técnico.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Carência de recursos e de investimento	25	Depois, é sempre muito difícil, porque não temos no centro de saúde um colega, o médico não é sensível. Para chegar à alcoologia, o percurso é muito longo, não é? Tem de vir de táxi, autocarros não chegam. Não é valorizado como uma situação importante para a pessoa. E, depois, não haver aqui acompanhamento base de irmos acompanhando o doente, vímos às consultas com eles, o percurso perde-se
Fatores Diagnóstico Tardio\Caraterísticas/competências do profissional\Falta de sensibilidade e empatia	25	O médico não é sensível
Fatores Diagnóstico Tardio\Comportamento docentes/famílias\Atitudes familiares	25	Às vezes, a família pensa que está a ajudar e só está a alimentar o consumo.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Protocolos Técnicos Avaliação/Intervenção \Conhecimento/Avaliação/Intervenção limitada p/reconfiguração SS	26	A colega tocou numa coisa que eu gostava só de... com a reforma dos cuidados de saúde primários, nós passamos a ter mais reuniões fora, nós serviço social, com os colegas parceiros do que com as equipas do centro de saúde. Existe a discussão de casos no corredor, aquele profissional é mais sensível vai ao meu gabinete, aquele que está mais orientado para os registos faz uma referência interna pelo sistema informático, mas isso, se calhar, é um por cento, e, portanto, as situações, de facto, não são discutidas dentro de portas. E isso contribui para que essa chegada seja sempre cada vez mais tardia.
Fatores Diagnóstico Tardio\Caraterísticas/competências do profissional\Falta de sensibilidade e empatia	26	Existe a discussão de casos no corredor, aquele profissional é mais sensível vai ao meu gabinete, aquele que está mais orientado para os registos faz uma referência interna pelo sistema informático, mas isso, se calhar, é um por cento,

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Trabalho (s)em Rede\ (Re)organização dos serviços	27	nem sempre o trabalho em rede é devidamente articulado. Depois, temos outra situação que é: as pessoas não gostam muito de se meter na vida das famílias, não é, mesmo aquele pai que chega alcoolizado, a cheirar a álcool, a levar o filho à escola, pronto, é um problema chato, e as coisas não são faladas, não há uma articulação depois entre a escola e o centro de saúde. O trabalho em rede ainda está muito primário e dificultado, independentemente dos motivos, porque todos sabemos que não temos tempo nem meios, nem técnicos suficientes. E é muito difícil, às vezes até retirar os técnicos dos seus locais de trabalho e juntá-los todos em reuniões de rede, é uma coisa que a Comissão tenta fazer, porque é muito importante para nós o trabalho em rede.
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Trabalho em rede	27	eu acho que também deveria haver um investimento não só na prevenção, como já foi referido aqui, mas também no trabalho em rede.
Estratégias propostas/Boas práticas\Políticas\Mudança de atitudes	27	E também na consciência dos técnicos relativamente ao seu dever cívico e profissional, no sentido de alertar, e de serem também, às vezes, mais interventivos, quer os técnicos, quer os professores, as pessoas que estão junto das problemáticas, mas que acabam por tentar não interferir nelas.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores Contexto sociocultural\Socialização	28	os miúdos começam a beber mais cedo, mas acho que está muito também ligado à questão de se identificarem com o grupo. E, portanto, se não beberem, também já são excluídos e, portanto, é também uma questão de identidade de grupo.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Protocolos Técnicos Avaliação/Intervenção \Protocolos associados atribuições serviço	28	Relativamente ao centro comunitário, nós, de facto, quando recebemos as pessoas pela primeira vez, fazemos essa... fazemos uma série de questões e abordamos também a questão do consumo, dos consumos, quer do álcool, quer de drogas
Fatores Diagnóstico Tardio\Caraterísticas/competências do profissional\Dificuldades na avaliação integral do problema/situação	28	fazemos uma série de questões e abordamos também a questão do consumo, dos consumos, quer do álcool, quer de drogas e, relativamente ao álcool, eu acho que, por um lado, ou é uma coisa já visível... pronto, e nós também, por algum motivo, já conhecemos aquela pessoa. Ou então, é tudo dentro do normal.
Fatores Diagnóstico Tardio\Comportamento doentes/famílias\ Ilusão auto-controle / desvalorização/negação	28	e, relativamente ao álcool, eu acho que, por um lado, ou é uma coisa já visível... pronto, e nós também, por algum motivo, já conhecemos aquela pessoa. Ou então, é tudo dentro do normal. Não, é só um copito. E, depois, só à medida que também vão ganhando confiança é que poderão pedir ajuda.

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio \ Comportamento doentes / famílias \ Ilusão auto-controle / desvalorização / negação	28	Porque as pessoas tentam: claro que não tenho problema, claro que é normal...
Fatores Diagnóstico Tardio \ Natureza Fenómeno \ Alcoolismo funcional	28	eu estava ali a falar com a T., de um utente que nós acompanhamos, que é precisamente como dizia a J.. Ele durante o dia conseguia fazer o trabalho dele perfeitamente normal, trabalhava, era uma pessoa extremamente cumpridora, educada, toda a gente gostava dele, mas depois, à noite, lá ia um copinho, e não é uma pessoa que nós consigamos detetar na rua, porque ele não bebe em tascas, que nós vamos dar uma volta e o vemos aqui ou ali... não, ele vai, por exemplo, ao supermercado, compras aqueles pacotinhos de vinho e bebe em casa.
Fatores Diagnóstico Tardio \ Comportamento doentes / famílias \ Ilusão auto-controle / desvalorização / negação	28	eles vão negando: é o normal; não, não bebo; não cheiro; não vejo os sinais, portanto, eles estão sempre na negação.
Fatores Diagnóstico Tardio \ Características / competências do profissional \ Dificuldades no trabalho motivacional	28	A mim parece-me que não será tanto o diagnóstico tardio, porque ele está feito, eles é que não... nós não os conseguimos motivar, falha nossa, não é, para recorrer ao tratamento.
Fatores Diagnóstico Tardio \ Comportamento doentes / famílias \ Contacto técnico em situações crise	28	Vão deixando ela estar, até chegar à situação limite que, depois, começam a ter uma série de problemáticas, como sendo apanhados pela Polícia a conduzir com álcool, e outras situações desse género.
Fatores Diagnóstico Tardio \ Características / competências do profissional \ Dificuldades no trabalho motivacional	29	Portanto, a motivação surge, se é que surge alguma vez, mas numa fase extremamente tardia, já com muitos danos provocados.
Fatores Diagnóstico Tardio \ Características / competências do profissional \ Falta de sensibilidade e empatia	29	Ou se tem uma sensibilidade especial para a deteção deste tipo de casos, como a M. disse e muito bem, fazem-se reuniões no corredor ou... ou eu tenho especial predileção por esta área das dependências, estou extremamente atenta e deteto sinais precocemente ou então passa-nos completamente ao lado, não é?
Fatores Diagnóstico Tardio \ Fatores Contexto sociocultural \ Aceitação / Normalização / hábito cultural consumo	30	O peso cultural é muito forte.
Fatores Diagnóstico Tardio \ Fatores técnico-institucionais \ Carência de recursos e de investimento	34	Vir a Coimbra fazer tratamento são quarenta ou cinquenta euros de táxi. E isto é um peso muito grande para as pessoas. Em termos locais, também não temos serviços que possam. Não temos na autarquia ou na junta de freguesia, por exemplo, alguém para acompanhar essa pessoa e vir com ela ao serviço, como fazíamos há uns anos atrás. E, portanto, ou ele vai e vem sozinho, e assume esse encargo

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio\Caraterísticas/competências do profissional\Dificuldades na avaliação integral do problema/situação	35	E o que eu vejo efetivamente é que as colegas locais, do serviço social, das IPSS, da Segurança Social e por aí fora, efetivamente, o motivo que faz com que as pessoas as procurem não tem a nada a ver com o álcool, nunca tem a ver com álcool. São tantas as outras coisas importantes, que o álcool é uma coisa que lá está escondida, que nem dá tempo, para atrapalhado das outras coisas, de estar a olhar mais cirurgicamente para isso...
Estratégias propostas/Boas práticas\Políticas\Mudança de atitudes	35	o que eu acho é que era importante haver mais trabalho, sensibilização para a população geral, sobre doença e álcool.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores Contexto sociocultural\Socialização	35	Há aqui uma outra questão que é muito importante, que é a desumanização da nossa sociedade, não é, centrada muito na economia, e no produto, não é? E as pessoas estão muito sozinhas. E, efetivamente, isto para dizer que as colegas falam de que ao final do dia tem de se beber um copito para se socializar um copito. Das nossas emoções, ninguém fala, porque não, mas para muitos homens, e também já para mulheres, mas é a única socialização que se tem.
Fatores Diagnóstico Tardio\Comportamento doentes/famílias\Atitudes familiares	35	Depois, se nós pensarmos em termos familiares e nas dificuldades reais, do dia a dia, nas famílias, às vezes, dá um jeito danado os homens beberem, porque assim as mulheres fazem tudo o que, efetivamente, não se tem de negociar tanto. Porque se diz: ele é alcoólico, eu faço sozinha. Isto até dá jeito, isto não é consciente na maior parte das vezes. Eu não acho nada que seja consciente, mas dá jeito. Porque, assim, não há que negociar. Olha, tu achas que é melhor assim, tu achas que é melhor assado? Não senhor, eu quero fazer assim, não quero saber, toca a andar.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Carência de recursos e de investimento	35	efetivamente, temos pessoal das outras áreas, psicologia e serviço social, mas falta-nos a questão básica para o álcool e para as dependências, que é a estabilização física, não é, a intervenção médica.
Fatores Diagnóstico Tardio\Caraterísticas/competências do profissional\Dificuldades no trabalho motivacional	35	Que o técnico atende a pessoa que precisa de RSI ou que precisa de outra intervenção qualquer. Avalia e vê, claramente, ou não, que tem uma questão de álcool. Mas claramente que tem uma questão de álcool, aquele agregado familiar. O que é que faz? Encaminha, ou passa por nós ou vai diretamente para a unidade de alcoologia. O que é que acontece? Bate com o nariz na porta, não é? Das duas uma: ou vai e não está minimamente motivado, e "é um passeio à senhora da asneira", volta para trás, e a unidade de alcoologia não faz o seu trabalho, entre aspas. Ou então nem sequer lá chega.

Code	Beginning	Segment
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Formação especializada	35	O que é que fizemos: uma formação para os técnicos, vale o que vale, foi pequenina, não tem grandes resultados, mas o que é que nós fomos sentindo? Necessidade de ajudar os colegas a terem um contacto mais empático com esses doentes. São difíceis. A maior parte, é que há muitos colegas que detestam isso, já falam com duas ou três pedras na mão, porque nem tão pouco percebem que é uma doença. E, portanto, o que é que nós fizemos? Fizemos um workshop de dois dias com técnicos lá para ajudar os colegas a perceberem o que é que podem fazer.
Fatores Diagnóstico Tardio\Caraterísticas/competências do profissional\Falta de sensibilidade e empatia	35	A maior parte, é que há muitos colegas que detestam isso, já falam com duas ou três pedras na mão, porque nem tão pouco percebem que é uma doença.
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Formação especializada	35	eu acho que tem de ser por aí, muito por aí, dotar os colegas que estão em intervenção local de alguma sensibilidade à doença e dotá-los de alguns meios para conseguirem, eles próprios, criar relação com a pessoa e fazer com que elas sintam que há um problema e que precisam de ajuda.
Estratégias propostas/Boas práticas\Políticas\Tratamento	35	De serem os médicos de família e as equipas dos centros de saúde a passarem logo os diagnósticos de intervenção breve, para se detetar, para se fazer esta coisa de: Não, eu bebo normal. Eu bebo normal, não tenho problema nenhum. Ok, mas depois de ter ali aquele espaço de tempo, de criar alguma relação, é mostrar, sim, é verdade, mas fazemos este teste agora e fazemos depois e os resultados são esses. O que é que lhe parece? E isto não é uma informação fácil de dar nem de aceitar. Precisa... não é assim de chofre. Quando é de chofre, é já tardio.
Fatores Diagnóstico Tardio\Caraterísticas/competências do profissional\Dificuldades na avaliação integral do problema/situação	36	Queria só abordar esta questão do diagnóstico. E, de facto, esta intervenção, para além da sensibilidade do técnico, este problema deteta-se quando se observa a interação. Só fazendo análises, porque não há um comportamento de risco, que está muito associado também, é que se pode ter acesso e ver valores nas análises que estão alterados e que têm a ver com esse problema.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Trabalho (s)em Rede	36	Para além da formação, esses diagnósticos, às vezes, que o técnico faz não chega à parte médica, não chega aos serviços adequados

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio\Caraterísticas/competências do profissional\Falta de formação	36	Depois, perguntam assim: então, a pessoa diz que bebe? Quanto? Ah, um litro, dois, já não sei bem. E aqui... eu sou um bocadinho teimosa, porque toda essa questão dos diagnósticos, para mim, é importante. Tenho de ter documentos como a [impercetível], que se faz, que é [impercetível]. Olhe, fiz este teste, passei neste mês, passei no mês seguinte, no fim, o resultado é este. Nós temos de ter elementos de prova. Não é só telefonar, é preciso ter conhecimento real das coisas. Agora, isto tem muito a ver também com a falta de formação que nós temos. Ou fazemos porque gostamos e abdicamos de muito tempo pessoal para investir, para conhecer um bocadinho mais, ou então paramos.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Protocolos Técnicos Avaliação/Intervenção \Protocolos associados atribuições serviço	36	A referência para a consulta de alcoologia era quase através do médico de família e do centro de saúde. Portanto, nós tínhamos de acompanhar o utente, já tínhamos feito que fazer o trabalho do utente, já tínhamos que ir ao centro de saúde, já era encaminhado e depois já recebia. Com esta sensibilidade, que foi um bocadinho incutindo, com a própria proximidade – houve variadíssimas alterações – esse procedimento deixou de estar presente e é possível a nós, técnicos de serviço social, pedir as consultas para o utente com o conhecimento do utente, com um telefone, com um e-mail, pronto. Portanto, e aqui, temos de dizer concretamente e fazer dentro deste plano a quantidade, substâncias, senão, peço desculpa, ninguém nos leva a sério.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Carência de recursos e de investimento	36	Nas dependências, aprendi há muito tempo que a bebida faz parte do tratamento, é isso que nós fazemos sempre. E, aqui, de facto, há muitas recaídas, porque a pessoa volta quase para o mesmo meio. E os hábitos estão presentes. Todos sabemos isso. E que tipo de estruturas é que existe depois de uma desintoxicação? Diferenciadas. Isso é um aspeto [impercetível] qual o investimento e recursos
Fatores Diagnóstico Tardio\Caraterísticas/competências do profissional\Dificuldades na avaliação integral do problema/situação	36	E essa questão de, às vezes, educarmos melhor ou não depende muito das situações e da forma como nos toca. Havia uma frase muito curiosa, que era: Um homem bebe porque tem problemas, tem problemas porque bebe. Quem é o homem que está por trás?... Isto é mentir?... É o que está disponível para ouvir. A pessoa não é só o consumo. Quem é a pessoa que está com o problema? E seguramente [impercetível] por ali, eu se calhar vou ter uma atitude um bocadinho diferente. E isto leva ao quê? Tempo. E as pessoas têm muita dificuldade de falar, porque vamos falar dos nossos fracassos. Nós próprios temos. A pessoa, por ser pobre, está numa situação vulnerável, vai estar disponível para? Este é um trabalho de conquista e de muito tempo. Agora, quem é a pessoa que temos à frente que está no controlo do problema, que é só a parte mais visível.

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio\Comportamento doentes/famílias\Baixa resistência à frustração	36	E as pessoas têm muita dificuldade de falar, porque vamos falar dos nossos fracassos. Nós próprios temos. A pessoa, por ser pobre, está numa situação vulnerável, vai estar disponível para?
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Protocolos Técnicos Avaliação/Intervenção \Avaliação / Intervenção dependente carteira serviços	42	Os incentivos monetários vêm se... eles estabelecem uma meta de ver X doentes, se eles conseguirem ultrapassar em dois anos, no ano a seguir passam ao nível B, onde têm incentivos monetários por cada doente que veem. E, portanto, há coisas que não há tempo para ver. Não vou dizer que não interessa, porque eu já vejo médicos com sensibilidade. E esses novos médicos, de agora, nesses últimos cinco anos, têm uma sensibilidade diferente, eu percebo isso. Eu ontem tive um jovem médico que terminou a especialidade em Medicina Geral e Familiar a ir ao meu gabinete, que ainda por cima é noutro piso, expor uma situação. E só o facto de ele descer as escadas e lá ir faz toda a diferença, porque conseguimos perceber a motivação daquele profissional. Mas isso é muito raro acontecer, porque o que interessa é ver as grávidas por cumprir, os hipertensos, os diabéticos e temos de cumprir aquilo para conseguir o nosso ordenado.
Fatores Diagnóstico Tardio\Comportamento doentes/famílias\Estatuto social	45	Em relação ao diagnóstico, eu também considero mais difícil dar o diagnóstico a pessoas ou a familiares mais abastadas. Ou seja, têm outra maneira de se proteger, sabem proteger-se de outra maneira, não estão sob o holofote dos serviços. E são famílias que ninguém gosta muito de trabalhar com elas. São famílias muito difíceis no trato. Quando maior o estatuto, pior. Depois, até há um diálogo, por vezes, quase em forma de ameaça aos técnicos, e enquanto que as pessoas que acabam por não ter tantas possibilidades, mas que estão nos holofotes dos serviços, não têm como se proteger – muitas vezes, são pessoas excluídas, infelizmente –, e têm uma outra humildade, até, em assumir os problemas e até em aceitar o apoio dos serviços, que eu acho que é uma das dificuldades que às vezes também sinto.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores político-normativos\Descriminalização consumo	45	há muitas pessoas que dizem: eu faço um tratamento devido às drogas, de desintoxicação, a nível de estupefacientes. Então, quando eu saio do tratamento, eu tenho de ir procurar, se calhar, num novo dealer, não é? E procurar outra vez... a questão do consumo dos estupefacientes não está ali tão acessível, como está no café, e ter toda uma panóplia de bebidas alcoólicas, que, depois, vão estimular novamente essas pessoas.
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Trabalho em rede	45	volto a bater um bocadinho no trabalho de rede, mas já no âmbito do tratamento, tem de haver uma rede familiar muito ativa, tem de haver uma rede institucional também muito ativa.

Code	Beginning	Segment
Estratégias propostas/Boas práticas \Políticas\Tratamento	45	depois, também tem a ver ao nível terapêutico, não é, para trabalhar as questões da autoestima, da reestruturação de traumas, que é muito importante para a pessoa prever e não recair, não é? Agora, se todo este trabalho, também, não for devidamente estruturado, e não houver também um acompanhamento pós-tratamento, eu também acredito que seja muito fácil uma recaída.
Fatores Diagnóstico Tardio \Comportamento doentes/famílias\Baixa resistência à frustração	45	Até que ponto é que quando há uma recaída não vem a vergonha. E então, tenta-se esconder ainda mais do que na primeira vez em que se detetou o problema. Que eu penso que é uma coisa que possa acontecer muitas vezes.
Fatores Diagnóstico Tardio \Comportamento doentes/famílias\Baixa resistência à frustração	48	O facto de sentir vergonha pode servir de inibidor ou dissuasor de uma nova recaída. Essas coisas das dependências têm muito a ver também com as delinquências. Porque também na delinquência há a recaída. E, muitas das vezes, uma coisa tão simples que é falar com o arguido ou com o acompanhante, quando falha, há uma grande probabilidade de alguma coisa de errado acontecer. E, portanto, ele depois sente vergonha de ter de confrontar o técnico e assumir o que fez. Ainda assim, lá está, por um lado, pode ser negativo, porque nos afasta desse acompanhamento, por outro lado, é culpa e é vergonha, com o que isso tem de bom ao nível de “modelagem” do comportamento para o futuro.
Fatores Diagnóstico Tardio \Fatores técnico-institucionais\Trabalho (s)em Rede\Setorização da intervenção	49	No âmbito da rede social, eu sou técnica responsável e já por várias vezes tentei criar um grupo de intervenção a nível local. E é sempre muito difícil sensibilizar os colegas, porque uns acham que esta área é só saúde e, portanto, a saúde é que deveria ter este grupo. Não era o município, por exemplo, com uma rede social, como também estão essas entidades todas, mas quem tem de liderar é o centro de saúde. Vamos ao centro de saúde e o centro de saúde acha que quem tem de liderar são as unidades de alcoologia. E, depois, isso perde-se. E, efetivamente, nós precisamos de esta discussão, de quem é este caso, dinâmica, esta primeira linha antes de passarem para uma outra linha, tem de ser feita no local, pelos técnicos.
Fatores Diagnóstico Tardio \Caraterísticas/competências do profissional\Falta de sensibilidade e empatia	49	Eu tenho muita sensibilidade para essas áreas, não só por questões pessoais, mas também porque eu gosto de desafios e essas áreas são muito desafiantes. A área das dependências é muito desafiante. Mas eu não vejo isso nas minhas outras colegas.
Fatores Diagnóstico Tardio \Fatores técnico-institucionais\Carência de recursos e de investimento	49	E, às vezes, também não temos o tal tempo. Porque eu já experimentei fazer scaling, que é então vamos hoje, então para a próxima semana fazemos atendimento, o que é que vamos melhorar, sei lá, não é? Essas estratégias que já viram resultado, mas depois eu perco um bocado a pessoa.

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio\Comportamento docentes/famílias\Atitudes familiares	49	E, depois, há essa questão que a colega ali há bocado falou, que é muito interessante, que as esposas, eu tive uma situação em que a esposa chegou uma altura em que disse: Eu preferia quando ele estava alcoolizado. [risos] Isso tem sido muito stressante, ele quer saber das coisas, ele quer saber... isto é muito chato. Uma situação que foi caótica. Eles agora estão separados, o senhor teve de ir para um lar, porque, pronto, o álcool vai atingindo a parte cerebral e a situação complicou-se, mas eu tive essa experiência também.
Fatores Diagnóstico Tardio\Caraterísticas/competências do profissional\Falta de sensibilidade e empatia	49	Mas eu sinto que tenho paciência para esses casos. Os meus colegas, efetivamente, não têm tanto. Nem para o diagnóstico, nem para depois para a intervenção.
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Trabalho em rede	49	Efetivamente, um grupo local em que a gente pudesse mensalmente reunir, discutir, e agora vamos definir quem é que vai fazer o quê e depois, sim, passar para a outra fase ou acompanhar também, arranjar um serviço que faça este acompanhamento, desde o diagnóstico até...
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Trabalho (s)em Rede\Setorização da intervenção	49	Temos um nome, é o GILDA – Grupo de Intervenção Local de Dependências e Alcool. Começamos com o nome, tudo entusiasmado. [risos] Ah, isso é saúde. Ah, a segurança social, isso é saúde. Os colegas das IPSS, ah, isso é saúde. Portanto, há um descartar.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Carência de recursos e de investimento	49	Temos um nome, é o GILDA – Grupo de Intervenção Local de Dependências e Alcool. Começamos com o nome, tudo entusiasmado. [risos] Ah, isso é saúde. Ah, a segurança social, isso é saúde. Os colegas das IPSS, ah, isso é saúde. Portanto, há um descartar. A saúde não tem ninguém. Tem o colega que vai para a CPCJ e já é um problema.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Carência de recursos e de investimento	50	Tem uma assistente social uma vez por mês. CM: Sim, vai fazer os cuidados continuados. Quando não somos nós que fazemos por eles, que também já aconteceu. E, efetivamente, é uma área que está descuidada a nível nacional, que é o indivíduo começar, não é? A nível da terceira linha.
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Trabalho em rede	51	E também a nível local, as autarquias poderem fazer mais um bocadinho, através das redes sociais
Fatores Diagnóstico Tardio\Caraterísticas/competências do profissional\Falta de sensibilidade e empatia	51	depois precisa de sensibilidade, dos técnicos, mas também das próprias autarquias.

Code	Beginning	Segment
Estratégias propostas/Boas práticas/Técnico-operativas/Projetos	55	Por isso é que eu falo em inovação social. São os únicos projetos que, trazendo dinheiro ao conelho e trazendo recursos, trazendo mais equipas, pudessem aqui abanar, portanto, a área da doença mental também, mas há mais dependências e já está mesmo alinhado quando perguntam quais são os problemas da Pampilhosa. Eu alinho logo com poucos dados, porque também há este problema, porque em inovação é preciso termos o problema muito bem fundamentado, mas eu acredito que vamos, podemos conseguir. efetivamente, mesmo essa questão dos grupos... obviamente que é difícil, mas os grupos de autoajuda, eu acho que são muito importantes. Este ir acompanhando quer pelo técnico, quer também pelas pessoas perceberem que não estão sozinhas, porque, efetivamente, a maior parte dessas pessoas estão sozinhas. Isto é, têm uma mãe já idosa, ou um pai, mas a parte são mães, ou então estão separados e o que têm é um amigo com quem vão beber um copo ao final do dia ou durante o dia, também acontece muito durante o dia. E, efetivamente, é preciso muito aqui uma intervenção local desde o diagnóstico e intervenção. Eventualmente, depois, localmente, articular-se com as estruturas que são regionais, que sem elas também não podemos trabalhar.
Estratégias propostas/Boas práticas/Técnico-operativas/Trabalho em rede	55	A saúde precisa de um grande investimento. E nós, lá, em Aveiro, sentimos isso de forma muito, muito intensiva, não só a ausência da consulta de Alcoolemia no CRI, mas a existência no centro de saúde de Aveiro de um médico, de um médico para a consulta de alcoologia. O Dr. D. Uma vez por mês, ao sábado. [risos] E, portanto, a psiquiatria – muitas dessas situações depois andam a paredes meias também com a psiquiatria –, psicologia não têm capacidade de resposta.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Carência de recursos e de investimento	57	Nós temos um caso lá flagrante, o senhor... com processos na justiça, problemas familiares, e não é que o homem faz análises e as análises não acusam nada? Portanto, ele depois esfrega as análises na cara dos técnicos e dos familiares. E sabemos que continua a ter casos, continua a ter problemas com a justiça, a conduzir sob o efeito do álcool.
Fatores Diagnóstico Tardio\Natureza Fenómeno\ "Falsos negativos"	66	Eu também tenho casos assim. Nós temos casos assim no centro de saúde que, quando sabem, os poucos que recorrem aos serviços, quando sabem que vão fazer as análises, como são os tais funcionais, fazem um mês de abstinência, e depois vão fazer a análise. No dia a seguir, no dia que fizeram a análise...
Fatores Diagnóstico Tardio\Natureza Fenómeno\ "Falsos negativos"	68	nós, que somos especialidade de tratamento, temos variadíssimos casos desses, não é? É que, analiticamente, nós não temos indicador nenhum. Nós temos indicadores de justiça, de emprego, de rendimento, familiares, ponto.
Fatores Diagnóstico Tardio\Natureza Fenómeno\ "Falsos negativos"	69	

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Trabalho (s)em Rede	70	Por isso é que não pode ser só balizado com o tal relatório médico. Nós... ok, é doença, tudo bem. Mas tem de ser uma avaliação interdisciplinar.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Trabalho (s)em Rede\Peso institucional (estatuto)	70	O que nós dizemos, como assistente social, seja da câmara ou de outro serviço, tem de valer. E, se calhar, o colega consegue porque vem da reinserção social. Também tem a ver aqui um bocadinho com o estatuto das entidades, que tem muito.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Trabalho (s)em Rede\Repartição de competências	70	Eu tive há pouco tempo uma resposta que questionei um médico de família do centro de saúde em relação à situação do senhor que estava, que ele diz-me que está doente, para fazer um programa ocupacional ou só, e eu questionei se podia passar o CIT. Questionou-me porque é que era o CIT, podia ser uma declaração. E perguntou, mandou um e-mail de volta, com uns rascunhos, e um deles era uma seta em que eu (email) – Quem é? Quem é esta V. que me vem agora dizer... médico... Sou eu? Sim.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Trabalho (s)em Rede\Peso institucional (estatuto)	71	Uma senhora que esta com muita resistência em iniciar o trabalho comunitário, porque estava sempre doente. E eu, pronto, peguei no telefone, liguei à médica de família: Ó senhora doutora, fala de tal serviço. Olhe, doutora, eu gostava que me passasse uma declaração em que dissesse que a fulana tal tem capacidade para prestar trabalho. Então, mas porquê? Ah, por causa disso. Ah, é que a senhora pedia-me atestado, eu pensava que era para outro fim. [risos] Ela teve automaticamente alta, não é? Teve alta para trabalhar. UA: Mas tem a força da justiça por trás, tu tens a força da justiça por trás.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Trabalho (s)em Rede\Peso institucional (estatuto)	73	É muito importante não ser só a análise. Um técnico que analise seja com o AUDIT ou até mesmo a experiência que tem, tem de valer, e isso às vezes não vale tanto como se vier da justiça, se vier do CRI, se vier...
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Trabalho (s)em Rede	73	e, efetivamente, também é importante, lá está, o local, trabalhar na questão do local com todas as disciplinas, fazer este diagnóstico, um bocadinho como o que acontece com o défice de atenção, não é, das crianças? Não se pode fazer um diagnóstico só com um psicólogo. Tem de haver mais ciências. E se nos reduzirmos só à questão da análise, que acontece, como a colega disse, não há, que tem uma análise espetacular e que continua quase a cair... Ou então estamos aqui também... é importante validar esta questão como uma doença, efetivamente, para ter mais peso na questão da saúde, porque ela... precisamos deste peso, mas efetivamente, a parte sistémica, não é, do lírico é importante e ouvimos descuidar e somos nós, os técnicos, que também temos de defender um bocadinho os nossos territórios nessa parte.

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio\Natureza Fenómeno\ Visão biomédica vs visão holística	74	<p>Mas esta questão da sensibilização das outras áreas que intervêm na saúde, no Ministério da Saúde, passam um bocadinho, se calhar, por esse discurso e nós aí, nós assistentes sociais, temos um papel fundamental. Não só nós que estamos lá dentro, como vocês que estão que articulam connosco, que é a questão dos ganhos em saúde que se pode ter.</p> <p>Ou seja, um hipertenso que tem um problema de abuso de álcool, terá aquela hipertensão completamente descontrolada. Um diabético... por exemplo, é esse tipo de discurso que eu acho que muitas vezes não passa. E é real, é real. E há clínicos, se calhar desta nova geração, mais sensibilizados para essa área, que já começam a perceber que, calma se eu trabalhar aqui o problema do álcool com especial foco, eu trato o resto todo. O nível orgânico. Eu estou só a falar a nível orgânico, estou só a falar a nível orgânico, porque isto, extravasando depois para outras áreas é flagrante e todos nós sabemos isso.</p> <p>E há clínicos, se calhar desta nova geração, mais sensibilizados para essa área, que já começam a perceber que, calma se eu trabalhar aqui o problema do álcool com especial foco, eu trato o resto todo. O nível orgânico. Eu estou só a falar a nível orgânico, estou só a falar a nível orgânico, porque isto, extravasando depois para outras áreas é flagrante e todos nós sabemos isso.</p> <p>CM: E se o Estado tivesse essa leitura, se o estado conseguisse perceber, se calhar, os médicos passavam rapidamente para o modelo B, porque efetivamente, os custos, a nível de custos, a questão do álcool é dramática, não é? Portanto, efetivamente, há que fazer chegar a quem de direito que, se calhar, o problema alcoólico é muito mais rentável para o Estado do que tratar um diabético.</p>
Estratégias propostas/Boas práticas\Políticas\ Agenda política de saúde	74	<p>depois temos isto que é uns a tomar conta do seu cantinho, outros a tomar conta da segurança social do seu, da saúde do seu. E, depois, esta questão da rede, que eu quando comecei a trabalhar, há 18 anos atrás, e [imperceptível] falava-se tanto da rede, do trabalho em rede, discutia-se os trabalhos em rede, e o apoio económico em rede, e negociava-se com as famílias, dávamos dinheiro, mas também queríamos algo em troca. E, agora, falando assim em governança [imperceptível], um nome muito mais pomposo, não é, mas depois, espremido, aquele modelo anterior, arcaico, tinha muito mais efeito prático no local. Eu falo muito mais no local, porque eu acho que é a base de qualquer intervenção nas áreas das dependências, tem de partir do local.</p>
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Trabalho em rede	77	

Code	Beginning	Segment
Estratégias propostas/Boas práticas/Técnico-operativas/Formação especializada	79	<p>Eu penso que concordo com isto, que é no local que tem de se ver. Efetivamente, esta iniciativa do SICAD de dotar equipas nos centros de saúde que façam uma rotina na consulta médica ou a enfermeira ou um serviço social mesmo que façam as intervenções breves. Isto deveria ser também trabalhado pelos respetivos locais. Para não andarmos todos depois também a fazer um testezinho, não é? Senão, depois, também cámos no ridículo, não é? Mas é um instrumento que poderá permitir os diagnósticos mais precoces, mas que é fundamental articular com quem apanha as pessoas com necessidades.</p>
Estratégias propostas/Boas práticas/Técnico-operativas/Redução de riscos e minimização de danos?	81	<p>Eu acho que agora, se me permitem, começam a surgir novas formas de intervenção também proporcionadas pelos técnicos da área, nomeadamente falo das pessoas que estão na rua. Portanto, o SICAD também tem agora uma parceria com instituições que trabalham com essas pessoas, projetos que vão arrancar quando já não se tem em conta aquela falsa questão ou ilusão de que a pessoa vão ficar abstinente do álcool para sempre, mas como também nas drogas, fala-se também num consumo de álcool assistido. Portanto, já vai arrancar um projeto desses brevemente em Lisboa. E é algo que é extremamente importante, porque, para quem tira essas pessoas da rua, a equipa de rua tem essa perceção.</p>
Estratégias propostas/Boas práticas/Técnico-operativas/Cronicidade do problema - acompanhamento ao longo da vida	81	<p>Mas depois também já foi mencionada uma questão importante. Quando é que o tratamento para essa pessoa acaba? Há prevenção da recaída? Isto é: quantas pessoas eu levei já uma pessoa à desabitação? Também é importante. E depois? Depois dessa pessoa fazer a desabitação, eu não a posso obrigar... eu acho que é importante a pessoa fazer depois, por exemplo, ir para uma comunidade terapêutica, passar por um processo de reaprendizagem ela própria das rotinas dela. Mas não a posso obrigar. Ninguém a pode obrigar. Até que ponto é que essa pessoa, depois, tem a capacidade para perceber que isso, o tratamento não acaba ali. Não é só ir quinze dias, para uma desabitação, e acaba ali tudo. Porque, se não, estamos a fazer... e depois, ela volta para onde? Ela volta para o sítio onde estava. Sem apoio, sem suporte familiar, sem apoio de... os amigos também consomem. Arranjam um trabalho, o que é muito complicado, não é, mas arranjando um trabalho no fim do dia, com os companheiros, vai beber um copo. E essa prevenção de recaída, onde é que está?</p>

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio\Caraterísticas/competências do profissional\Dificuldades no trabalho motivacional	81	<p>Eu acompanho as consultas, pronto, estou a falar de situações, como disse, muito extremas, de consumos. De pessoas que consomem seis, sete litros de vinho por dia. E para convencer uma pessoa dessas é preciso ter muita paciência, passar por muita situação caricata para levá-las, portanto, incentivá-las a fazer alguma coisa da sua vida, não é? Marcando uma consulta ou até mesmo partindo para uma desabitação.</p> <p>Mas depois também já foi mencionada uma questão importante. Quando é que o tratamento para essa pessoa acaba? Há prevenção da recaída? Isto é: quantas pessoas eu levei já uma pessoa à desabitação? Também é importante. E depois? Depois dessa pessoa fazer a desabitação, eu não a posso obrigar... eu acho que é importante a pessoa fazer depois, por exemplo, ir para uma comunidade terapêutica, passar por um processo de reaprendizagem ela própria das rotinas dela. Mas não a posso obrigar. Ninguém a pode obrigar. Até que ponto é que essa pessoa, depois, tem a capacidade para perceber que isso, o tratamento não acaba ali. Não é só ir quinze dias, para uma desabitação, e acaba ali tudo. Porque, se não, estamos a fazer... e depois, ela volta para onde? Ela volta para o sítio onde estava. Sem apoio, sem suporte familiar, sem apoio de... os amigos também consomem. Arranjam um trabalho, o que é muito complicado, não é, mas arranjando um trabalho no fim do dia, com os companheiros, vai beber um copo. E essa prevenção de recaída, onde é que está?</p> <p>E tens outra questão, que é: a vocação dos programas de tratamento serem para a abstinência total ou não. Não é? É essa a nova vaga. Eu já li algumas coisas disso que tu falaste e faz-me sentido para determinados indivíduos, não é para todos obviamente, mas mudarmos um bocadinho o foco, porque nós, vamos lá ver, em Portugal, por tradição, não falamos nas ilícitas, porque as ilícitas já fizeram um bocadinho a diferença há muito tempo [imperceptível] que ajudaram muito isso, não é? Mas em relação ao álcool, a perspetiva do tratamento da saúde tem sido a abstinência total e nós sabemos, nós que estamos no terreno, não só eu, mas vocês principalmente, que muitas vezes não se consegue isso, porque tu apanhas indivíduos na rua que já passaram por não sei quantas... já são profissionais da coisa. São doutorados em comunidades terapêuticas, não é? É verdade. Sabem mais daquilo que nós, não é? É essa mudança, o pensar fora da caixa, como diz ali a V. acho que também se torna fundamental para nós técnicos que estamos no terreno. Não é? É perceber até que ponto é que não estamos a persistir num</p>
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Trabalho (s)em Rede\ (Re)organização dos serviços	81	
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Redução de riscos e minimização de danos?	84	

Code	Beginning	Segment
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Redução de riscos e minimização de danos? (cont.)	84	<p>erro com um indivíduo daqueles, encaminhando-o para uma abstinência total, quando nós sabemos que à partida, até por perda de algumas funções, que eles vão perdendo pelo caminho, isso não será possível. Ou seja, aquele indivíduo vai continuar a consumir, mas nós somos técnicos e não podemos deixar que a coisa se aprofunde, não é? Até porque as outras áreas da vida vão sendo todas afetadas, não é? De que forma é que nós podemos, em termos de saúde, manter aquele indivíduo funcional, não é? Como a J. dizia inicialmente, alcoolismo funcional, às vezes, é a nossa ambição máxima, é que ele seja, de facto, um alcoólico funcional, mas isso é preciso os próprios técnicos de saúde reverem muitos dos conceitos instalados que têm, não é? As ilícitas tiveram muito esse trabalho facilitado porque em termos governamentais e de países e de políticas surgiram os milagres dos programas de substituição, que ajudaram muito esta questão de manutenção, não é? Não se acaba com o consumo, mas minimizam-se todos os outros danos à volta do indivíduo. É importantíssimo isso.</p> <p>EQUIPA DE RUA: Eu tenho essa visão [imperceptível] das drogas, não é, a minha equipa faz esse trabalho, são riscos e minimização de danos, e acho que faz todo o sentido também o álcool, as ilícitas, avançaram por essa perspetiva.</p> <p>UA: Se bem que temos aqui uma diferença, a meu ver, que complica muito mais as coisas, é que tu tens programas de substituição para uma substância ilícita. Agora, eu pergunto: é lícito tê-los para uma substância lícita?</p> <p>CRI: Mas eu acho que aí a conversa já é outra.</p> <p>MODERADOR: E, não é?</p> <p>CRI: Se calhar, aí... mas, se a metadona ou a buprenorfina são tomadas conforme a prescrição médica, nós não estamos a falar aqui de substituição nenhuma, nós estamos a falar de um tratamento. Estamos a falar... eu tenho diabetes, tenho de tomar insulina... eu tenho já outros défices provocados pelas ilícitas, eu tenho de tomar outra coisa que compense em termos químicos o cérebro a esse respeito. Agora, isto é aqui uma coisa muita fina, não é, que depois vendem daqui e vendem de acolá, e compram aqui e compram acolá, isso já é... isso já é a tal substituição. Isso já é consumo. Já não é tratamento, portanto, que eu também acho que isso também se tem de diferenciar. Promoção não é a mesma coisa. Um tratamento de substituição não é, necessariamente, uma coisa...</p> <p>MODERADOR: Paliativa. [risos]</p>

Code	Beginning	Segment
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Redução de riscos e minimização de danos? (cont.)	84	<p>CRI: Não é isso, pode ser um tratamento se for bem feito. A questão é...</p> <p>CAT: Para chegar a... exato.</p> <p>CRI: É a pessoa que tem de ter compensada no seu cérebro as coisas que não estão lá, porquê?</p> <p>CAT: Eu não consigo falar, fazer um diagnóstico, ou análises ou menos análises em casos mais concretos, a alguém sob efeito, a consumir, se eu não lhe tenho alguma coisa a dar, eu não consigo ter um diálogo, eu não consigo conversar. Eu não consigo fazer nada. E eu percebo, é um tratamento. Temos um fim, uma meta. Podemos não chegar lá e tornarmos esta atividade muito mais pragmática, flexível e ajustar à situação da pessoa. Na questão do álcool aqui, eu, de facto, isto não é o técnico de Serviço Social que encaixa aqui ou para acolá, pensar na caixa, fora da caixa, faz muito sentido. De facto, estamos a falar de realidades, e essa questão de conhecer muito bem o público, se é um indivíduo isolado, se tem família, há variadíssimas variantes da dinâmica familiar, da dinâmica pessoal de cada um que pesam aqui nessas questões. Na questão do álcool, e nas histórias que vou tendo, sem dúvida, que nenhum chega lá, e isso se calhar é muito fundamentalismo, poderá ser, mas em alguns contextos tem de ser a abstinência.</p>
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Redução de riscos e minimização de danos?	96	<p>Ganhos para a pessoa, que é o principal interesse que temos aqui nesta situação, mas, aqui, depende muito depois também dos contextos e das situações de cada pessoa.</p> <p>Temos de ser pragmáticos, mas depende da situação pessoal de cada um e da situação familiar. Há aqui alguns cuidados. Porque é assim, eu vou dizer: agora aquele programa pode consumir X. E quais são os critérios? Fiz dez desabituações, esteve em vinte unidades terapêuticas, tem cinquenta anos. Não há nada a fazer, você vai ali para uma tasca perto, pronto, isto é um exagero, mas é assim: de facto, temos de pensar neste ponto. E, de facto, pensamos. Eu acho que, também é uma opinião pessoal, mesmo que a desabitação, ao fim do tratamento, não corra bem, garantidamente, há sempre ali algum ganhozito em termos de saúde.</p>
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Carência de recursos e de investimento	98	<p>Portanto, em tanta coisa mal que está, tanta redefinição de prioridades para Portugal, tanta... e a parte da saúde, a parte da saúde mental, que penso que está muito, muito fragilizada... não há camas – agora estamos numa contingência, não é modelo de nada – mas antes disto tudo não havia camas para internar, fechou-se alas, não quiseram saber, porquê?</p>

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores político-normativos\Ausência de investimento na prevenção	98	<p>E se não há um instinto de intervenção nas escolas, e essa formação para mim é basililar... Eu lembro-me que quando andava na escola, sempre que iam lá os senhores enfermeiros falar disto ou daquilo, eu estava sempre a seguir tudo: "Ah, isto é muito importante!..." . A questão de, por vezes, o medo, o receio protege-nos, por termos uma visão mais esclarecida. Esclarecida, eu sei como é que faço, mas a questão é que isto tem muito peso, a começar pelos grupos de jovens - são marcas, são leituras, são vivências... e isto tem de ser procurado nas escolas, de pequenito. Eu, de facto, estou em fim de linha com alguns utentes, na minha intervenção. E, de facto, às vezes, dizem assim: resultados... Ah, de facto... e vou exagerar, teve internamentos, teve recaídas, teve isto, teve aquilo, lá não se esperava sair, mas já vou dar não sei quanto tempo. Foram dando espaço. E é só no fim duma pessoa ter 40/50 anos. E quando a pessoa tem, está na CPCJ, tem um ano, tem dois, está na escola no ensino primário, está nos centros de jovens, para qualquer atividade física, então e aí, o investimento não teria de ser maior? Não é? Sempre me disseram que investir na prevenção é sempre melhor ferramenta do que investir depois na resolução dos problemas. E o que é que eu faço para esta intervenção, esta prevenção com os mais novos...</p> <p>DGRSP: Não conduz alcoolizado, ótimo. Aquilo que bebe não incomoda a coesão familiar, cinco estrelas. Não tem prejuízo no local de trabalho... agora, depois, há um outro indivíduo que ofende e que maltrata a companheira, a esposa, os filhos, em estado de embriaguez... às vezes, basta moderar para ficar desinibido e, pelo menos, a língua fica solta. Aí, sim, o consumo moderado não é suficiente e aí há a abstinência... confrontamos o indivíduo com... as nossas entrevistas motivacionais, muitas das vezes, passam por confrontá-lo com o custo, com o custo. "Ah! Não tenho nenhum problema com o álcool!" Você, nos últimos dois anos, só em muitas quando é que pagou? Ah, dava para ir de férias para o Algarve. [risos] E quantas vezes é que se chateou com a sua mulher? Ah, não falo nisso. [risos] E, quer dizer, um indivíduo que não era... ah, não tenho problema nenhum com o álcool. De repente, surgiu ali... você não tem problemas de saúde, físicos, com o álcool, mas se calhar tem aqui outros problemas.</p> <p>UA: O que, se calhar, é aqui uma pedagogia extremamente importante com este tipo de dependentes, atenção, o que estás a dizer, não é? Dizer-lhes que os ganhos que eles podem ter por parar de beber são muitos outros para além dos ganhos físicos, é uma coisa que eles, às vezes, não têm noção nenhuma. E como a parte física não está afetada, a motivação para fazer qualquer tipo de tratamento é zero.</p>
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Trabalho motivacional	108	

Code	Beginning	Segment
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Trabalho motivacional (cont.)	108	<p>CM: Terem noção de quanto é que custa mensalmente a dependência.</p> <p>MODERADOR: Claro.</p> <p>CM: Que eu às vezes costume fazer esse cálculo com eles. Quantas são? São duas? Quanto é que custa cada uma? Ok. Chega-se ao fim do mês, [imperceptível], mas isto é preciso de ser feito com muita regularidade com a mesma pessoa.</p>
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores político-normativos\Ausência de investimento na prevenção	112	<p>Eu, há pouco, queria falar também a nível da prevenção e, efetivamente, a prevenção era aquilo que era o ideal em tudo na nossa vida, não é? E, efetivamente, na questão das... não é uma área em que haja muito investimento, infelizmente. Nós só [sabemos?] quando o problema está de fora. São duas questões, ou a trabalhar, questões, antes do problema parece esquisito, não é? Parece esquisito ao nível dos nossos serviços e ao nível do próprio Estado, quando, efetivamente, nós vimos isso também nos estudos dos incêndios florestais, em que se investe muito na intervenção, e a prevenção, como costume dizer, às vezes, podia-se dar trabalho a muita gente, a trabalhar na prevenção, e podíamos ter um país também com muito mais coesão e inserção a esse nível. Mas a prevenção nas escolas, efetivamente, ir lá alguém falar, ok, sim, faz sentido, mas será que é só isso? A questão do medo é importante... eu tinha muito medo, eu tinha muito medo, mas era dos meus pais. [risos] Não era da Polícia, nem mais nada.</p>
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores político-normativos\Ausência de investimento na prevenção	118	<p>Penso que nós e os outros, não é, e eu posso-vos aqui, enquanto associação de pais, tentei que a escola da Pampilhosa, já teve, mas que tivesse, que voltasse a ter esse tipo de formação para os professores depois também poderem trabalhar essas questões da autoestima, etc. E, efetivamente, não é uma área que a própria escola... a escola gosta que vá lá a GNR, falar do que é que vai acontecer se forem apanhados, o que é que faz quando tem um grupo atrás da escola a consumir as escondidas. Portanto, não há essa sensibilidade, quer das escolas, da importância de se trabalhar a prevenção a todos os níveis, em que passa efetivamente...</p>
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Carência de recursos e de investimento	123	<p>O grande problema, todos vocês já tocaram nisto. Estamos a falar de projetos. Um projeto tem um princípio, mas termina, não é? E se não deixarmos lá alguma coisa, que possa ser replicada, aquele trabalho todo, em que todos nós aqui provavelmente estamos sentados, investimos tantos anos da nossa vida, reduz-se a zero. Estamos aqui hoje, neste focus group, a discutir o diagnóstico mais precoce, não é? Se este tipo de trabalho tivesse deixado frutos, estes projetos em que todos nós trabalhamos, provavelmente, não estaríamos aqui agora.</p>

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio \Natureza Fenómeno \Visão biomédica vs visão holística	125	mesmo essa questão dos jovens ou das crianças que nascem com o alcoolismo dentro de casa. Muitas vezes, os casos chegam e a preocupação é tratar o doente. Mas tratar esta criança como uma vítima indireta da questão do alcoolismo não têm tratado. E mesmo quando se pensa no que fazer relativamente ao apoio a esta criança que nasceu com este aprendizado
Fatores Diagnóstico Tardio \Fatores técnico-institucionais \Carência de recursos e de investimento	125	Muitas vezes, os casos chegam e a preocupação é tratar o doente. Mas tratar esta criança como uma vítima indireta da questão do alcoolismo não têm tratado. E mesmo quando se pensa no que fazer relativamente ao apoio a esta criança que nasceu com este aprendizado, depois, também esbarramos um bocadinho em que respostas é que temos, não é, a este nível, ou a uma ausência também de especialização nesse âmbito. Mas o que é certo é que o que é preciso tratar é o álcool. O resto logo se vê. Isto, depois, acaba sempre por correr mal. Porque nós já sabemos... muitas vezes, o alcoolismo é uma questão geracional. E se essas crianças não forem preparadas para ou tiverem algum apoio a esse nível, poderão fazer ter os mesmos hábitos que os pais. E foram eles que aprenderam, mas eu acho também que é mesmo a esse nível em que existe alguma ausência de respostas e não só.
Fatores Diagnóstico Tardio \Caraterísticas/competências do profissional \Falta de formação	125	também esbarramos um bocadinho em que respostas é que temos, não é, a este nível, ou a uma ausência também de especialização nesse âmbito
Fatores Diagnóstico Tardio \Caraterísticas/competências do profissional \Falta de formação	125	Existe também muita falta de consciência por parte dos técnicos, a tal formação destes modelos de aprendizagem e do impacto que isto tem nas crianças.
Fatores Diagnóstico Tardio \Fatores técnico-institucionais \Protocolos Técnicos Avaliação/Intervenção \Avaliação / Intervenção dependente carteira serviços	126	Ao nível da prevenção, o alcoolismo não é uma questão aprovada pelo nosso serviço enquanto problema por si só, mas aparece diluído naquilo que é delinquência geral. Nós intervimos naquilo que o tutelar educativo, portanto, jovens que cometem ilicitudes entre os 12 e os 16 anos, também com medidas específicas. E nesse âmbito também, fazemos algumas ações de sensibilização nas escolas
Estratégias propostas/Boas práticas \Técnico-operativas \Trabalho em rede	129	Estávamos aqui a falar da rede social, muito importante, dos órgãos... eu acho que os órgãos de poder local também são muito importantes, porque nós não podemos considerar... e eu não sei o que eles podem fazer para, mas principalmente na área da sensibilização e da prevenção

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores Contexto sociocultural\Promoção comercial consumo	129	falando aqui nesta cidade, uma cidade estudante, que tem não sei quantos espaços noturnos a venderem bebidas, pronto, os comerciantes fazem o que bem entenderem, não é, metem as bebidas aos preços que querem, ninguém pode fazer nada com isso, não é? Mas oferecem uma bebida grátis se comprarem até lá duas ou três, mais uma... bebem mais uma de graça. Ou seja, isso tudo faz com que não se possa obter bons resultados com isso.
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Protocolo	131	Ao nível dos cuidados de saúde primários, é existir uma carteira de serviços. [risos] Carteira de consulta de alcoologia, como existe... porque a carteira básica é aquilo que define o corpo de intervenção daquela unidade. Depois, as carteiras adicionais. O tabagismo é uma carteira adicional. Só contratualiza quem quer. E, portanto, o alcoolismo é outra... se existir, só é contratualizado se aquela equipa tiver pessoas que sentem que isso é uma necessidade na zona geográfica onde estão a intervir, com aquela população que está lá inscrita. Porque as USF's respondam à população que está inscrita. São as tais carteiras tradicionais de serviços. Por aí, isso. Nos cuidados de saúde primários, só vejo por aí. Agora, isto implicava uma grande mudança ao nível da saúde, dos planos nacionais de saúde, em que a questão do alcoolismo pudesse ser integrada com um tronco comum, com uma necessidade básica e não como uma necessidade adicional.
Estratégias propostas/Boas práticas\Políticas\Agenda política de saúde	135	O organismo de trabalho... eu faço formação por conta própria. Eu decidi que a minha formação não era suficiente, não é, fui tirar um mestrado por conta própria, um curso de terapia familiar, para aprender mais de sistémica, para trabalhar de uma maneira mais eficaz, mais eficiente com as pessoas. Mas a maior parte das pessoas não pode fazer estes investimentos. E os organismos para os quais trabalhamos também não os faz.
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Projetos	142	Também há projetos que começaram como projetos e, depois, passaram a ser modelos de política social. Portanto, o que eu acho que é importante é, efetivamente, pensar-se um bocadinho fora da caixa e ter, efetivamente, resultados, provar que aquela intervenção ou que aquele modelo é eficaz para, eventualmente, se tornar... porque, se não, não conseguimos lá chegar, pelo menos na área da saúde, não é?
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Investigação e avaliação de impacto	142	efetivamente, resultados, provar que aquela intervenção ou que aquele modelo é eficaz para, eventualmente, se tornar... porque, se não, não conseguimos lá chegar, pelo menos na área da saúde, não é?

Code	Beginning	Segment
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Investigação e avaliação de impacto	143	Com estudos. Eu acho que os estudos também promovem exatamente a mudança.
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Trabalho em rede	143	Acho que também... eu sou muito adepta de trabalho em rede e que devia haver um grande investimento sempre em trabalho em rede.
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Formação especializada	149	É importante a formação, e a formação transversal, tanto a nível da profissão, para os técnicos, como para os médicos que estão nos centros de saúde, numa primeira linha. Eu penso que essa formação é muito importante.
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Trabalho em rede	149	Se há vinte anos eu referi que sabia onde se batia à porta, qual era a porta para entrar, hoje, não sabemos muito bem. Não sabemos muito bem qual é a porta, há várias. E isto ficou. Nós temos de voltar a saber os circuitos, conhecer a realidade, e estamos disponíveis para nos apresentarmos, para mostrarmos como as coisas funcionam e não estamos fechados. Eu sou apologista de uma rede, mas uma rede em que cada um saiba o que está a fazer. Porque se eu tenho uma rede, estamos em rede, e eu não faço, é tudo muito importante, e espero que o outro faça... portanto, essa definição, às vezes, é muito difícil.
Estratégias propostas/Boas práticas\Políticas\Tratamento	149	A parte também de assumirmos, e termos no local que estrutura é que apoia estas pessoas após o internamento, que é uma primeira fase do tratamento... Tem psicoterapia, caso queira, na unidade onde fez o tratamento? Tem fora?
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Figura do Assistente Social de Família	149	E, aqui, aplica-se também a 100%, e tem a ver também com, em termos de Serviço Social, uma ideia que está muito em voga e que se discute, ganha-se, perde-se, mas que cada vez tem mais sentido, de facto, para acompanhamento mais próximo das famílias, seria, de facto, o assistente social da família. E esse seria, sim, o mediador – que é o termo que nós usamos, não é? – seria o mediador, a pessoa que tem ali um conhecimento mais próximo da família, e que seria, de facto, o mediador, depois, com os vários técnicos dos outros serviços.
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Trabalho em rede	149	E, de facto, estruturas não nos faltam, desde a rede social, desde as comissões locais de freguesia, desde um conjunto de situações. Eu não sou [imperceptível], mas, de facto, algumas reuniões, alguns trabalhos, se a gente não se mete a pau [peço desculpa], marcam as reuniões a torto e a direito. E, de facto, eu acho que é perder tempo quando não há um objetivo.

Code	Beginning	Segment
Estratégias propostas/Boas práticas/Técnico-operativas\Cronicidade do problema - acompanhamento ao longo da vida	149	Depois, acho outra coisa também. Isto remete depois para questões legais e para questões que têm a ver com o quê? Têm a ver com seguimento. Se eu tenho uma doença e está previsto, eu tenho de fazer um trabalho continuado e eu... diabetes, tenho de fazer análises, tenho de tomar medicação... Havia alguma forma deste acompanhamento... quando a pessoa o sente é ótimo, mas havia alguma forma, entre outras, de levar a pessoa a comparecer na consulta, nem que seja para dizer: Olhe, eu estou muito bem ou isto ou aquilo. Que supervisão, que forma e que mecanismo legal é que existe para. É que já se viu que a pessoa tem um problema. E depois perder-se... E o perder-se, há pouco não referi também, o principal diagnóstico, e depois o que pode ser feito... e aqui, uma grande dificuldade é nos indivíduos isolados a capacidade que eles têm de ir para aqui e para acolá, e começar tudo de novo. As famílias é um bocadinho diferente. Agora, que forma é que eu tenho de supervisionar um paciente identificado, na situação que já foi vista, que oferece aqui alguns indicadores de risco visíveis ou não, até que ponto é que isto podia ser feito, não é? Terá alguma designação diferente. É, de facto, alguém que tem uma doença. Quem tem uma doença tem de se aproximar dos serviços de saúde, faz como, não é?
Estratégias propostas/Boas práticas/Técnico-operativas\Figura do Assistente Social de Família	151	CRI: Eu não sei, só reforçando – eu não sei se é isso que estás a perguntar – um bocadinho a colega, eu acho que os técnicos de serviço social que são procurados para as dificuldades, ali, em primeira mão, se tivessem tempo [risos] é que deveriam ser o pivô daquela pessoa. Era o agente de proximidade. CAT: Era, para mim era, o agente de mudança. CRI: O agente de proximidade que está ali que, por um lado, tem muito mais conhecimento da realidade, consegue encaixar a coisa. E se conseguisse ter uma relação de confiança com aquela pessoa, seria tudo mais fácil, porque, efetivamente, os dependentes vão fazer internamento e depois vêm e parece que está tudo bem. E depois ficam sem apoio. Se tiverem uma boa relação ali com o técnico sabem que se tiverem algum problema, se precisarem de falar, é ali àqueles que recorrem. E é esse ganho que eu acho que seria muito importante de ser feito, mas é utópico.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Trabalho (s)em Rede\Repartição de competências	156	Temos um técnico, um gestor daquela situação ou daquela família e acabamos, honestamente, sem rede, por distribuir um bocadinho quer de acordo com a nossa área de intervenção, quer, lá está, com o perfil de cada um.

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Carência de recursos e de investimento	156	E, depois, chocamos um bocadinho é com a disponibilidade, porque, e isso é a perspectiva de há pouco, nenhum serviço que eu conheço tem técnicos suficientes, não tem horários suficientes, meios suficientes.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Protocolos Técnicos Avaliação/Intervenção \Conhecimento/Avaliação/Intervenção limitada p/reconfiguração SS	156	E, depois, é assim: e isto é muito bonito, nós podemos até convocar um doente para ir ao centro de saúde. Está identificada a situação, o diagnóstico está feito, precisamos de fazer esta intervenção, ele até é convocado. Mas ele não vem. Nós também não o vamos buscar a casa. Há uns anos atrás, nós poderíamos meter-nos num carro e ir bater àquela porta e perguntar porque é que o senhor não veio. Neste momento, ao nível da saúde, mesmo nós, serviço social, nós só podemos atuar ou por referência ou por cumprimento de critérios. Doentes para o domicílio tem critérios bem definidos. São dependentes. Os outros têm de vir ao serviço.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Trabalho (s)em Rede	156	Temos os colegas das autarquias e sinalizamos e pedimos, e tem de haver uma confiança entre os colegas e os serviços para acreditar no diagnóstico e na informação que aquele colega lá vai recolher e que nos traz. Mas fica muita coisa pelo caminho.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores político-normativos\Ausência de investimento na prevenção	157	Eu acho muito caricato. Na altura quando apareceu aquelas imagens horrorosas nos maços de tabaco, eu achava que também devia aparecer essas imagens horrorosas nos rótulos das garrafas das bebidas alcoólicas. É a mesma coisa, não é, se eu beber um copo não faz mal nenhum, se eu fumar um cigarro...
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores Contexto sociocultural\Promoção comercial consumo	159	Pois. E depois também a televisão, que é um meio muito utilizado pelo português, para lazer. E essa televisão mostra uma data de anúncios, nomeadamente de bebidas alcoólicas.
Estratégias propostas/Boas práticas\Políticas\Mudança de atitudes	159	E essa televisão mostra uma data de anúncios, nomeadamente de bebidas alcoólicas. Mas não mostra, por exemplo, nenhuma linha de apoio, por exemplo, às questões do alcoolismo. É quase necessário acontecer alguma catástrofe, por exemplo, essa questão do suicídio, se alguém se suicida, agora, de repente, anda agora a aparecer as linhas. Mas, quer dizer, é preciso quase uma catástrofe para. E eu acho que se devia também haver e estar mais visível, ser mais visível às pessoas o álcool como problema e alguns serviços também como apoio, como ajuda, devia estar também mais visível, não só na televisão, mas também hoje em dia nas redes, os miúdos usam imenso.

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores político-normativos\Ausência de fiscalização/penalização	159	Depois, também há aqui outra questão que é um bocadinho a penalização. Quer dizer, nós penalizamos as pessoas por elas beberem demais. Mas não penalizamos, pelo menos que eu saiba, os espaços, por venderem bebidas a crianças, que não podiam ser vendidas, por continuarem a vender álcool a pessoas que já estão num estado de embriaguez que às vezes que é lastimável, mas, pronto...
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores político-normativos\Ausência de fiscalização/penalização	160	Falta fiscalização...a fiscalização, não é? Falha muito a fiscalização, não é, falta muito a fiscalização. Porque a lei há e é boa.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Trabalho (s)em Rede\Setorização da intervenção	168	e como se falou há pouco na rede social, a rede social, efetivamente, é um fórum de discussão das problemáticas e que tenta, também, encontrar soluções localmente para esses problemas, porque nós estamos sempre com a tendência de encontrar fora, não é? E o problema nunca é nosso. Ah, isso é da saúde... ah, isso é da proteção civil, não sei do quê, e andamos sempre aqui a apontar para fora, com interrogação, isso é culpa do governo.
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Trabalho em rede	168	E eu acho que localmente haveria algumas estratégias, modelos, formas de atuação que poderiam ser pensadas, e era local, era nosso. Portanto, não precisava de ser igual a todos, poderia eventualmente depois ser replicado o modelo, como disse há pouco, haver aqui estas boas práticas, mas o que eu acho importante é localmente. Ok, mantemos então a resposta que nós localmente, com as entidades todas, podemos fazer sem estar com medo da proteção legal, que também é um problema. Sem estar com medo de: ah, isto não é da minha área, isto está... o conteúdo funcional não é meu. Sem estar com esse receio, portanto, abrir aqui um bocadinho mais o leque de... isto é um problema que é nosso, é da comunidade, vamos investir. Vamos trabalhar.
Estratégias propostas/Boas práticas\Políticas\Tratamento	171	dotar os CRIs, CRAs, de consulta da especialidade. Dotar os hospitais com consultas da especialidade. Os centros de saúde locais com consultas da especialidade.

Code	Beginning	Segment
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Investigação e avaliação de impacto	188	<p>DGRSP: Há aqui uma linha de pensamento global que se pode identificar, que é o quê? É um conjunto de universidades, com projetos individuais ou ligados, fazer um estudo de âmbito razoavelmente nacional em que ficasse deveras patente que sairia mais barato ao Estado o financiamento na prevenção e na intervenção dessa fase, mais barato do que custear a posteriori os tratamentos e o custo que traz para a sociedade, mesmo a nível de produtividade. O contrário era mais barato. Os anúncios e os preços altos do tabaco têm a ver com os custos caríssimos do IPO, para se tratar da boca, garanta, pulmões e por aí fora. Esses medicamentos são caríssimos. E, portanto, se nós tivermos menos gente a fumar, é capaz de não ser mau de todo.</p> <p>UA: Isso é uma excelente ideia que estás a dar. Agora, repara numa coisa, tu cada vez... e eu sinto isto no serviço de saúde, porque toda a vida houve estágios, eu cada vez tenho menos estagiários.</p> <p>DGRSP: E aí podemos fazer uma coisa que é o quê? Partindo daí, podemos pegar nesse estudo e fazer – como é que os americanos falam? – Ir junto às autarquias locais, veja lá, arranja um dia para um médicozinho. E colocam mais um médicozinho, e junto do hospital, junto do governo central, haver aqui qualquer coisa que justifique...</p>
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Carência de recursos e de investimento	202	<p>CAT: Agora, eu também noto que estas áreas têm sido alvo de muito desinvestimento, até dos estagiários, como estava a dizer, eu também não tenho estagiários há muito tempo. Estas áreas são muito complicadas, ninguém está para, entre aspas, se maçar muito. E, de facto...</p> <p>UA: É preocupante, porque aquilo que vocês diziam que não há renovação, não há sangue novo, não há, de facto, nós vamos ficar velhos rapidamente.</p> <p>CCOM: Mas depois também não vão investir nesta área.</p> <p>UA: Por muito que me custe, mas vamos, não é? Não temos quem continue. Quem continue e quem inove, não é? Porque mesmo nós, começamos a ficar cansados do mesmo, não é? Aquilo que fazíamos há vinte anos, se calhar, estamos a voltar ao início, não é? E isto é cansativo e é desgastante. E se não temos gente nova a entrar, a ter alguma apetência pela área, alguma sensibilidade á área, não é, é muito complicado. Eu lembro-me de um ano em que nós fizemos estágio, se calhar aqui a maioria de nós, o estágio nas dependências era superconcorrido. Toda a gente queria estagiar, era giro estagiar...</p>

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Carência de recursos e de investimento	208	<p>CS: Também te posso dizer que há meia dúzia de anos tivemos uma psicóloga de uma instituição local que queria fazer um estágio na área de alcoologia, contactou o centro de saúde e eu ajudei-a nesse sentido junto da direção para fazer um levantamento exaustivo, ficheiro a ficheiro, para perceber claramente a incidência do alcoolismo naquele concelho.</p> <p>CRI: É importantíssimo isso.</p> <p>CS: Foi travada, a miúda desistiu, acabou por desistir. Porque colocaram tantos problemas, tantos problemas...</p> <p>UA: Comissões de ética, é? Desse género? [risos]</p> <p>CS: Também, sim. Mas logo à partida, pelo trabalho que isso ia implicar aos profissionais que estavam lá e que, lá está, estão direcionados para outros objetivos que não aquele, e aquilo ia-lhes roubar muito tempo, porque é análise ficheiro a ficheiro. E estamos a falar de profissionais que têm um médico por dois mil utentes. É muito complicado.</p>
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Trabalho em rede	216	<p>Eu queria só reforçar aqui que eu acho que é essencial quem está na primeira linha, nomeadamente numa urgência, ou em outras situações, pessoal encontrado na rua, etc., que estejam sensibilizadas para esta questão. E eu acho que esses enfermeiros, esses médicos, que são estagiários, na maior parte das vezes, estão cada vez mais a encaminhar para que isto também mude um pouco. E, se melhoram as coisas, uma vez que também tentam saber qual é a figura de referência desse utente, e é essencial, no fundo, para nós também termos a perceção do que está a acontecer, porque, por um motivo ou outro, pode-se perder ali alguma coisa, e esse contacto que eu ouço depois, essa triagem que se faz no hospital e esse contacto que eles fazem é extremamente importante para que nós consigamos também ajudar a pessoa. E acho que é fundamental nesse aspeto, em termos de centro de saúde ou hospital, nessa primeira linha de intervenção, quero reforçar.</p>
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Protocolos Técnicos Avaliação/Intervenção \Conhecimento/Avaliação/Intervenção limitada p/reconfiguração SS	217	<p>CCOM.: Queria só dizer uma coisa: aquilo que ele está a dizer é importante, o que eu só acho é que eles também têm o outro lado, que é: quando são pessoas que já são recorrentes... pronto, aí, ah, vá embora e aí já não lhe fazem nada. Até pode ter algum problema extra [risos], qualquer lesão no braço, na perna, e as pessoas... Ah, está a vir cá?!</p> <p>EQUIPA DE RUA: E utilizam esse meio para passar lá a noite. Nós sabemos disso.</p> <p>MODERADOR: É verdade, então e o serviço social hospitalar? É importantíssimo aí, não é?</p>

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Protocolos Técnicos Avaliação/Intervenção \Conhecimento/Avaliação/Intervenção limitada p/reconfiguração SS (cont.)	217	CCOM: Houve uma falha muito grande aqui na... CS: Estamos a falar dos assistentes sociais... MODERADOR: Termina às quatro. CCOM: Saem às quatro, não há fins de semana... CS: Mas isso foi uma decisão da direção hospitalar aqui. Pronto. Não há assistente social na urgência e durante a semana é às 16h. CAT: Agora, as nossas colegas lá não têm culpa nenhuma. Agora... É o horário delas... CS: Isso foi uma decisão da direção hospitalar. Não foi uma decisão dos colegas. CAT: A Segurança Social também tem um atendimento até às quatro. CRI: Claro. CAT: Eu se for às Finanças também, se for à Loja do Cidadão é mais fácil, no outro também tenho de ir até às quatro. MODERADOR: Mas repara, estamos a falar de um serviço de saúde que está aberto 24 horas. E o serviço social é parte integrante do meio hospitalar. CAT: Sim, mas, depois, a partir das 16h, tens a linha de emergência. Estamos a falar da rede, e estamos a falar dos dispositivos. [risos]
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Protocolos Técnicos Avaliação/Intervenção \Conhecimento/Avaliação/Intervenção limitada p/reconfiguração SS	230	a questão que depois falha, para além da prevenção e disso tudo que devia ser feito antes é: há recaídas, há isso tudo, e falha... mas quando a pessoa sai, não há nenhuma estrutura que consiga dar... nós não temos estrutura nenhuma, lá está, quem faz a psicoterapia, quem faz... devia haver uma estrutura..., a J. falou de bares, não sei se... CAT: Era uma formação, e eles podiam ir lá ficar algures. CCOM: Tinha de haver uma estrutura que depois trabalhasse com aquela pessoa. Porque nós, lá está, nós enquanto centro comunitário, a maior parte dos serviços, nós não estamos 24 horas com eles e mesmo no caso, por exemplo, do farol da J. não tem estrutura para estar ali com uma pessoa a trabalhar numa série de conceitos que depois deviam ser trabalhados, não é? Portanto, se uma pessoa sai, faz um tratamento, uma vez, e a conseguíssemos agarrar e ter depois uma estrutura que conseguisse trabalhar com ela uma série de conceitos, se calhar, prevenia-se muito as tais recaídas. A questão é que a pessoa vem a nós pedir ajuda... sim, nós tentamos dar a ajuda dentro daquilo que nós conseguimos dar, mas parecemos mais uma recaída, mais duas, e andamos sempre naquele grupo, porque não temos resposta. E nós sentimos isso muito na questão do alcoolismo, mas também na questão de pessoas que já consumiram, na questão da saúde
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Carência de recursos e de investimento	240	

Code	Beginning	Segment
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Carência de recursos e de investimento (cont.)	240	mental, de pessoas que já consumiram, que neste momento já não estão a consumir, mas que têm seqüências gravíssimas, em termos cognitivos, e que, lá está, nós também... é mais do mesmo. Olhe, fica agora aqui nesta, fazer esta atividade... aquilo não é nada...
Estratégias propostas/Boas práticas\Políticas\Tratamento	242	Portanto, se uma pessoa sai, faz um tratamento, uma vez, e a conseguíssemos agarrar e ter depois uma estrutura que conseguisse trabalhar com ela uma série de conceitos, se calhar, prevenia-se muito as tais recaídas.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Carência de recursos e de investimento	247	A grande questão aqui é: temos uma unidade de alcoologia que tem um âmbito regional. Portanto, eu não posso, um doente, que é da Guarda, vir todas as semanas ter uma sessão de psicoterapia no serviço, completamente inviável. Temos um CRI de Aveiro que não tem pessoal, por exemplo, para atender o álcool. Não tem. E como é o CRI de Aveiro temos os outros todos, com uma carência gritante de pessoal, não é? Porque, reparam uma coisa, a questão da prevenção da recaída e da estrutura de suporte pós-internamento existe, não está é apetrechada, não é? Nós fazemos isso aos doentes de Coimbra, é fácil, não é? Há transportes, não é? Um doente de Aveiro, pois, não faz. Não faz porque o CRI não tem pessoal para atender, não é? Vai fazendo, eu sei que vai fazendo. Mas não tem. E, por definição, e assumiram isso e bem, e bem, que não têm pessoal suficiente para atender o álcool, os casos do álcool, como tem os outros todos, não é? Temos Castelo Branco sem pessoal... nós temos uma estrutura montada, como tem os cuidados de saúde primários, a estrutura está montada. Está é esvaziada. Está vazia, não é? Porque esta questão da prevenção da recaída, de todo um percurso, mesmo depois de haver um assistente social que faça a ponte com as várias estruturas no terreno, isto há, existe.
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Trabalho (s)em Rede	248	Por isso é que é importante o serviço local para fazer essa ponte e fazer esse trabalho. Porque, efetivamente, nós... há distância de 70 quilómetros, o que equivale a uma hora e meia de trajeto, e a 80 euros de táxi. E, depois, para transporte público não dá... eles vêm alguns com dificuldade...
Fatores Diagnóstico Tardio\Fatores técnico-institucionais\Carência de recursos e de investimento	253	Ir com eles, estar ali, fazer só de motorista, praticamente, com alguns técnicos, mas é... falamos um bocadinho, não é, no trajeto, e conseguimos perceber um bocadinho mais as histórias e com isso ganha-se confiança. Mas, efetivamente, depois, um dia não deu jeito nós irmos, pela nossa agenda ou o serviço não o permitiu. Eles já não vão mais, porque deixaram de ter aquele suporte...

Code	Beginning	Segment
Estratégias propostas/Boas práticas/Técnico-operativas/Formação especializada	254	<p>MODERADOR: Vocês falaram aqui muito da necessidade de formação, não é? Mas que tipo de formação concretamente? Em quê? Dependências? Mesmo dentro das dependências, áreas específicas...</p> <p>CCOM: O identificar, como estava a dizer a colega...</p> <p>MODERADOR: O diagnóstico é? O diagnóstico precoce...</p> <p>CCOM: Sim, identificar sinais que, se calhar, nos vão passando ao lado, não é, que não temos formação para isso. Se calhar, só quando vemos mesmo o cheiro ou já num estado, identificar pequenos sinais... a parte da motivação. Porque dizem: Ele tem recibo, pões isso no acordo... e vou pôr isso no acordo que eu sei que ele não vai cumprir.</p> <p>Portanto, essa parte da motivação para nós, para mim, pronto, enquanto técnica, agora falo por mim, às vezes, também é complicado. Lá está, nós estamos a fazer 17 ou 18 atendimentos por dia, também já não estamos, se calhar, com o tempo nem como a disponibilidade que temos, como diz a T., também, já é... não é, já estamos aqui há muitos anos, já começamos a perder um bocadinho a paciência.</p> <p>E, se calhar, para mim, era identificar sinais, pequenos sinais, antes já da situação estar já mais agravadas e a questão de os levar a ter motivação para o tratamento.</p> <p>CAT: Eu acho que é muito importante conhecermos mesmo o impacto que tem no nosso cérebro, a dimensão do prazer, como é que sabia ou não, porque é que tem de ser imediato, a questão de porque é que vão aumentar a dose, porque é que notamos a resistência...</p> <p>MODERADOR: Questões da tolerância, abstinência, é isso?</p> <p>CAT: Sim, perceber um bocadinho mais as razões e consequências que tem. Diferentes no homem, diferentes na mulher, e como é que isso altera em termos cerebrais, como afeta a nossa capacidade de sentir e pensar.. tudo isso. É um bocadinho mais profundo, a nível neurobiológico, por aí... Acho que isso é muito importante.</p>
Fatores Diagnóstico Tardio/Fatores técnico-institucionais/Carência de recursos e de investimento	261	
Estratégias propostas/Boas práticas/Técnico-operativas/Formação especializada	261	
Estratégias propostas/Boas práticas/Técnico-operativas/Formação especializada	269	Acima de tudo, o autoconhecimento técnico.

Code	Beginning	Segment
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Formação especializada	271	<p>CPCJ: A empatia, a confiança, a parte da relação... até que ponto aquela problemática mexe comigo ou não. Porque há problemáticas que os técnicos nem sequer deviam trabalhar devido à própria história deles.</p> <p>MODERADOR: Pessoal, exato.</p> <p>CPCJ: Têm de ter consciência disso. Depois, não conseguem ter um papel imparcial e de apoio e não entendem porquê.</p> <p>MODERADOR: Como farias isso, S.? Tens alguma ideia? [risos]</p> <p>CPCJ: Eu tenho aprendido muito acerca disso no curso de terapia familiar. Nós tratamos muito da parte pessoal, não é? E o que é que nos incomoda trabalhar e vamos aos nossos demónios, não é?</p> <p>MODERADOR: Sim. [risos]</p> <p>CPCJ: O que eu acho muito interessante. Agora, ninguém gosta de lá ir. Ou poucas pessoas gostam de lá ir ou têm coragem de lá ir. E, às vezes, criam-se preconceitos, não é, e juízos de valor muito complicados em relação às pessoas, pronto. E começo a ver isso também em muitos técnicos. Mesmo em nível de sinalizações, eu tenho de me cingir ao que está ali, mas depois há sempre uma dedução. Está aqui X é porque o fulano não fez Y. Ah, não, isto não está aí...</p>
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Formação especializada	279	<p>eu acho que o facto de a formação a todos níveis, não é, não só nas dependências, mas também a nível até pessoal. Da gestão de stress, porque hoje em dia eu acho que o burn out e o stress está muito em cima da mesma com os técnicos. Então, que tipo de atendimento é que nós fazemos a pessoas com dependências, quando nós já nem sequer estamos” com o tico a bater com o teco”, não é?</p>
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Formação especializada	282	<p>Eu acho que desde logo tenho de ser capaz de perceber se a questão do álcool é o problema principal, se é um alcoolismo primário ou não. Porque há muita gente que ingere bebidas alcoólicas em excesso e pode-se repercutir esse álcool na sua vida, por exemplo. Há pessoas que têm dificuldade em gerir o stress, a ansiedade, o sofrimento, não é, e às vezes um bom médico de família é o suficiente, ou o médico familiar é suficiente para substituir isso por medicação. A pessoa fica mais relaxada, menos stressada, e com maior capacidade para resolver os problemas.</p>

Code	Beginning	Segment
Estratégias propostas/Boas práticas\Técnico-operativas\Formação especializada	283	<p>Mesmo a nível técnico, eu vejo técnicas [como eu costumo dizer “a panicar”] com os seus receios, não é, porque o miúdo, porque há miúdos que dizem que consumiram alguma coisa, mas não exploram. Consomem em contexto recreativo, quando estão sozinhos, quantas vezes consomem, quais são os efeitos, porque é que naquela altura... quais foram os pensamentos que o levaram a consumir e quais são os efeitos. Ou seja, quais são os pensamentos que ele tem enquanto consome. Isto não é explorado. Ui, está a consumir, vamos com calma, vamos com calma. Pá, vamos com calma.</p> <p>mas muitas vezes, estamos a falar da consulta de menores, miúdos consomem, mas isso não é o problema. Essa é a solução, às vezes. E, depois, estão rotulados porque o nosso serviço é uma porcaria. As pessoas parece que estão rotuladas e ninguém quer lá ir. E ficam rotulados quando esse não é o problema. É o que, aparentemente, faz mais espalhafato, mas não é essa a questão. E é muito precoce, efetivamente. Este aspeto acho que é importantíssimo nesta gente mais nova, porque continuamos [é contra mim, mas é verdade] a ser um serviço que é evitado e mal visto, porque damos contas. Quem vai ali tem um problema na cabeça. E, então, nos mais pequeninos, eu acho que é fundamental. E há situações que, efetivamente, é solução, não é problema.</p>
Fatores Diagnóstico Tardio\Comportamento doentes/famílias\Ocultação / Negação face natureza estatutária serviço	284	

<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/outras/instrumentalidade-e-os-instrumentais-tecnico-operativo-no-cotidiano-profissional-dos-assistentes-sociais-no-ambito-de-suas-aco-es-desenvolvidas-nos-diversos-espacos-ocupacionais/>

Anexo V – Ficha de caracterização socioprofissional

FICHA de caracterização socioprofissional

1. **Idade:** ____ anos
2. **Género:** Masculino ☐ Feminino ☐
3. **Habilitações Literárias:** Licenciatura ☐ Pós-graduação ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐
3.1. Especifique o(s) ano(s) de formação e a(s) respetiva (s) área(s): _____

4. **Instituição/ões onde exerce a atividade profissional:**

5. **No momento presente qual a função que exerce e há quantos anos:**

6. **Já alguma vez teve formação na área da Alcoologia?**
Sim ☐ Não ☐
7. **Quantas horas de formação já despendeu em cursos, estágios, congressos, etc. relacionados com a área da Alcoologia?**
☐ Sem formação
☐ Menos de 12 horas
☐ 12 a 50 horas
☐ 51 a 175 horas
☐ Mais de 175 horas
8. **Se não teve formação na área da Alcoologia, qual o motivo?**
☐ Falta de tempo
☐ A instituição onde trabalha não atribui relevância a esta problemática
☐ Não tenho interesse particular por esta área
☐ Existem outras áreas mais importantes para o meu trabalho
☐ Penso que o álcool não é um problema relevante na comunidade onde trabalho
☐ Outros motivos. Quais: _____
9. **Se já teve formação em alcoologia, qual o seu impacto na sua atividade profissional?**
☐ Nenhum impacto
☐ Algum impacto
☐ Muito impacto
☐ Não sei
9.1. Em caso afirmativo, de que modo?

10. A formação alcoológica que recebeu:

- ☐ É suficiente
- ☐ Deveria ser mais continuada com sessões de reforço
- ☐ Não se revelou de grande utilidade
- ☐ Permite abordar o problema com algum à vontade
- ☐ Foi importante, mas penso que a intervenção dum especialista continua a ser fundamental
- ☐ Outro: _____

11. Na sua atividade profissional é habitual abordar os riscos ligados às bebidas alcoólicas?

- ☐ Sempre
- ☐ Frequentemente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

11.1. Apresente motivos:

Muito gratos pela sua colaboração e participação!

Anexo VI – Comissão de Ética – formulário



Formulário para submissão de projetos à CEDI da FPCE-UC

Nome do investigador proponente: Maria Inês Lameiras Crisóstomo Pinheiro Pinto Lagarto
Endereço de correio eletrónico: minespinto@gmail.com
Título do Projeto: As Faces (In)Visíveis do Alcoolismo: o papel do Serviço Social no diagnóstico e na prevenção nos serviços de apoio e acompanhamento social
Duração do Projeto (início e fim) 03-09-2017 – 31-08-2019

1. Sumário do projeto: (incluindo o problema de investigação, sua relevância e objetivos; até 1500 caracteres)

O alcoolismo é um dos maiores problemas sociais na população portuguesa quer pela sua extensão, quer pelo seu impacto. Considerando a permissividade e a prevalência elevada de consumos (WHO, 2016), assim como o diagnóstico tardio (29 anos até à suspeita de doença) (Almeida & Xavier, 2013) e o número muito reduzido (8%) de doentes alcoólicos em tratamento (Paille & Martini, 2014), é de extrema importância a adoção de estratégias de avaliação e intervenção que permitam dar uma resposta mais precoce e eficaz a este proeminente problema social. Por outro lado, a presença do alcoolismo em diversos problemas sociais confirma a sua multidimensionalidade e complexidade e legitima o papel relevante que o Serviço Social (pela diversidade dos contextos organizacionais e problemáticas em que intervém) pode ter, quer no diagnóstico precoce e encaminhamento, quer na prevenção. O presente projeto de investigação pretende ser um estudo descritivo e compreensivo do papel do Serviço Social, especialmente nos settings em que existe clara evidência da relação sistémica e multidimensional entre alcoolismo e fatores de ordem social. Neste sentido, pretende-se: conhecer o percurso social e institucional dos doentes alcoólicos; analisar os contextos em que as situações de alcoolismo são mais evidenciadas, diagnosticadas e acompanhadas; e compreender o racional e a prática profissional na problemática do alcoolismo, assim como os fatores e dinâmicas que a enquadram.

1.1. Métodos de Investigação: (escolha dos métodos, procedimentos para recolha e registo de dados, tarefas exigidas aos participantes, intervenções realizadas, duração da participação, frequência da recolha de dados; cópias de instruções, testes, questionários, estímulos apresentados, guiões de entrevista, e/ou grelhas de observação a utilizar poderão ser juntas em anexo).

Numa lógica intensiva, serão realizadas entrevistas estruturadas (doentes alcoólicos) e focus group (assistentes sociais). Após a delimitação do campo de análise, mediante os critérios da variação máxima, intensidade e saturação teórica, serão explicitados os objetivos e procedimentos da investigação aos participantes e confirmada a respetiva colaboração, mediante consentimento informado. As entrevistas (+/- 40 minutos) e os focus group (+/- 90 minutos) serão gravados em áudio.

1.2. Âmbito de realização do projeto:

Mestrado ☐ Doutoramento ☒ Pós-Doutoramento ☐ Outro:

2. Participantes e recrutamento

2.1. Número de participantes previsto: 50

2.2. Características dos participantes por exemplo, idade, sexo, etc.): Doentes alcoólicos com história de alcoolização longa; assistentes sociais de serviços de 1ª linha

2.3. Os participantes são pessoas vulneráveis (por exemplo, crianças, reclusos, pessoas com deficiência ou deterioração cognitiva, etc.) Sim ☒ Não ☐

- Se respondeu **Sim**, explicita a necessidade de inclusão de pessoas vulneráveis:

Pretende-se conhecer o percurso dos doentes alcoólicos, os quais podem estar em situação vulnerável.

2.4. Incentivos oferecidos aos participantes pela sua participação:

a) Pagamento aos participantes

Sim ☐ Não ☒

- Momento de pagamento/montante

Sim ☐ Não ☒

b) Créditos em Unidade Curricular para os participantes

- Valor da ponderação na classificação (em percentagem)

Sim ☐ Não ☒

c) Outros, especifique:

2.5. Formas de obtenção de autorizações de outras instituições para o recrutamento (quando aplicável) (por exemplo, escolas, hospitais, empresas, etc.): Será obtida a colaboração doutras instituições para recrutamento de entrevistados, nomeadamente instituições que acompanham doentes alcoólicos, mediante requerimento.

2.6. São recolhidos dados pessoais dos participantes: sim ☒ Não ☐

- Se respondeu **Sim**, explicita (por exemplo, idade, sexo, etc.): Serão recolhidos dados de caracterização sociodemográfica como idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, profissão e situação profissional, agregado familiar, situação habitacional.

3. Consentimento informado dos participantes (a declaração de consentimento informado, quando assinada pelo participante, deverá, em todos os casos, assegurar a independência deste documento em relação a todos os outros que o referido participante preencher).

3.1. Informação dada aos participantes sobre o estudo e forma de consentimento (marcar o que se aplica):

- ☒ por documento (a anexar) no qual o participante assina o seu consentimento e do qual fica com uma cópia (obrigatório se a participação no estudo envolve risco para os participantes)
- ☐ por documento (a anexar) que o participante lê antes de comunicar a decisão de participar (não implicando a assinatura do participante)
- ☐ por explicação oral dada ao participante antes de este comunicar a decisão (anexar esta explicação)

3.2. Pessoas/entidades de quem se deve obter o consentimento informado (especifique):

Doentes alcoólicos em processo de acompanhamento nos Grupos de Alcoólicos Tratados e Assistentes Sociais de Instituições de 1ª linha como centros de saúde, hospitais, escolas, autarquias, tribunais.

3.3. Participação de pessoas não legalmente competentes para dar o consentimento informado: sim ☐ Não ☒

- Se respondeu **Sim**, anexe documento informativo sobre o estudo, no qual os responsáveis legais pelos participantes assinam o seu consentimento e do qual ficam com uma cópia.

3.4. Participação de pessoas sem plena autonomia para dar o seu consentimento informado, devido ao seu estatuto educacional, cultural, social, institucional ou outro: sim ☐ Não ☒

- Se respondeu **Sim**, indique a forma ou formas de minimização do risco de coerção ou influência inapropriada:

- Forma de explicação de que a participação no estudo é voluntária:

3.5. Existência de barreiras linguísticas que podem afetar o consentimento informado: sim ☐ Não ☒

- Se respondeu **Sim**, indique a(s) forma(s) de ultrapassar essas barreiras:

4. Possíveis riscos para os participantes

4.1. Existência de riscos físicos, psicológicos, legais ou sociais para os participantes:

Poderão existir alguns riscos, nomeadamente psicológicos.

4.2. Se referiu algum risco no ponto anterior, especifique-o e justifique o porquê de não ser possível a sua eliminação:

Os doentes alcoólicos partilharão as suas histórias de vida, podendo reviver experiências e emoções negativas, informações necessárias para reconstituir o seu percurso social e institucional.

4.3. Indicação de eventuais procedimentos para monitorizar a segurança dos participantes e/ou minimizar riscos:

As entrevistas ocorrerão nas próprias instituições onde os doentes estão a ser acompanhados, espaço familiar e de confiança, propiciando um ambiente tranquilo/protetor e fornecendo recursos de apoio.

4.4. Medidas previstas para lidar com eventuais consequências negativas para os participantes (marcar o que se aplica):

- ☒ Indicação para apoio psicossocial
- ☐ Indicação para orientação educativa/formativa
- ☐ Outras (especificar)

5. Engano intencional (apresentação de informação falsa ou enganosa; omissão de informação que pode ser relevante para a decisão de participação, ou acerca de ações relevantes no contexto da investigação).

5.1. Engano intencional dos participantes: sim ☐ Não ☒

Se respondeu **Sim**, descreva sucintamente a forma do engano

5.2. Existência de outras formas de conduzir o estudo sem recorrer ao engano: sim ☐ Não ☒

Se respondeu **Sim**, explique a razão de rejeição dessas formas:

5.3. Explicação dada aos participantes sobre o engano, após a sua participação:

6. Proteção da privacidade dos participantes

6.1. Formas de assegurar a privacidade dos participantes (por exemplo, não questionar informação pessoal/institucional desnecessária, não registar informação identificativa do participante)

As entrevistas/focus group realizar-se-ão num ambiente protegido, preservando a identidade e privacidade dos participantes; as gravações áudio serão guardadas em HDD e destruídas após defesa pública.

7. Confidencialidade e/ou anonimato

7.1. Formas de assegurar a confidencialidade e/ou o anonimato:

O entrevistador/investigador será o único a ter acesso aos dados fornecidos e a identidade dos participantes será salvaguardada no tratamento/apresentação dos dados, através dum código identificativo.

7.2. Para estudos *online* o sítio hospedeiro é o da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra:
Sim ☐ Não ☐

- Se respondeu **Não**, indique o sítio hospedeiro e as garantias de confidencialidade/anonimato:

8. Informação pós-estudo

A investigadora compromete-se a apresentar os resultados finais às instituições colaboradoras e participantes, caso manifestem esse interesse, numa perspetiva de (in)formação e de co-aprendizagem.

9. Outras informações relevantes

Anexo VII – Consentimento Informado

Consentimento Informado

M^a Inês Pinto

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação (Coimbra)

Faculdade de Ciências Humanas (Lisboa)

Por favor, leia este texto antes de aceitar participar no estudo que a seguir se descreve. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a.

Este trabalho de investigação integra um estudo mais amplo que está a ser desenvolvido no âmbito do Programa Interuniversitário em Serviço Social, pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e pela Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica de Lisboa, sob a orientação do Professor Doutor Francisco Branco.

Tem por objetivos aprofundar o conhecimento sobre o percurso social e institucional dos doentes alcoólicos; analisar os contextos em que as situações de alcoolismo são mais evidenciadas, diagnosticadas e acompanhadas.

Podem participar doentes alcoólicos, em processo de acompanhamento, com idade igual ou superior a 18 anos.

A sua participação é da maior importância para o avanço do conhecimento nesta área e por isso, pedimos-lhe que colabore neste estudo através da realização de uma entrevista, que irá ser gravada e posteriormente transcrita, assegurando sempre a confidencialidade e o anonimato dos dados colhidos. As suas respostas serão utilizadas apenas no âmbito deste estudo e só os investigadores terão acesso aos dados obtidos.

O estudo é voluntário e pode, por isso, optar por não participar ou por interromper a entrevista em qualquer momento. Se decidir participar, deverá assinar/rubricar este documento.

Declaro que li e compreendi o consentimento informado e que aceito participar no estudo.

Nome: _____

Data: ____/____/____

Consentimento Informado

M^a Inês Pinto

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação (Coimbra)

Faculdade de Ciências Humanas (Lisboa)

Por favor, leia este texto antes de aceitar participar no estudo que a seguir se descreve. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a.

Este trabalho de investigação integra um estudo mais amplo que está a ser desenvolvido no âmbito do Programa Interuniversitário em Serviço Social, pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e pela Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica de Lisboa, sob a orientação do Professor Doutor Francisco Branco.

Tem por objetivos analisar os contextos em que as situações de alcoolismo são mais evidenciadas, diagnosticadas e acompanhadas e compreender a prática profissional do Serviço Social na problemática do alcoolismo, assim como os fatores e dinâmicas que a enquadram.

Podem participar assistentes sociais, empregados em instituições de diversos setores.

A sua participação é da maior importância para o avanço do conhecimento nesta área e por isso, pedimos-lhe que colabore neste estudo através da realização de um grupo focal, que irá ser gravado e posteriormente transcrito, assegurando sempre a confidencialidade e o anonimato dos dados colhidos. As suas respostas serão utilizadas apenas no âmbito deste estudo e só os investigadores terão acesso aos dados obtidos.

O estudo é voluntário e pode, por isso, optar por não participar ou por interromper o grupo focal a qualquer momento. Se decidir participar, deverá assinar/rubricar este documento.

Declaro que li e compreendi o consentimento informado e que aceito participar no estudo.

Nome: _____

Data: ____/____/____

Anexo VIII – Esquemas Biográficos

	Perfil A1											
Sexo e idade	Masculino – 48A											
Estado Civil	Divorciado											
Formação e Atividade/Situação Profissional	12º incompleto Desempregado Vendedor e funcionário bombas gasolina											
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família nuclear e alargada/ Divórcio/ Problemas de saúde e com a justiça											
Situação atual quanto ao consumo	A consumir											
	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	48	
Dimensões de Análise												
Trajatória do consumo	<div><div><div>13/14A</div><div>Consumo social</div><div>> gradual (acompanhado, socialização)</div></div><div><div>31A</div><div>Inicia abstinência 1ª Recaída</div><div>Companheiros/socialização</div></div><div><div>Reinicia abstinência 2ª Recaída</div><div>Companheiros/socialização (Namorada – doente alcoólica)</div></div></div>											
Relação Serviços de Saúde	<div><div><div>17/18 A</div><div>Hospital de Aveiro (aprox. 8 episódios de embriaguez e 1 de coma alcoólico)</div><div>31 A</div><div>UA Coimbra (1º Tratamento)</div><div>46A</div><div>CHUC (Tumor Renal)</div><div>47A</div><div>Hosp. Aveiro (2 quedas embriagado)</div></div><div><div>UAC (2º Trat)</div><div>←</div></div></div>											
Relação Serviços Sociais	<div><div><div>43A</div><div>IPSS</div><div>GAA</div><div>Grupo de Auto Ajuda (GAA) (sob pressão da mãe)</div><div>46A</div><div>RSI</div></div><div><div>DIAP/DGRSP EP (120 dias - acidente de viação sob o efeito de álcool)</div></div></div>											
Trajetória Pessoal e Familiar	<div><div><div>1 filha</div><div>Conflitos e rutura familiar</div><div>Dívidas</div><div>43A</div><div>Morte dos Pais</div><div>Expulso da casa dos pais pela irmã</div></div></div>											
	1971	1976	1981	1986	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2019	

	Perfil A2															
Sexo e idade	Masculino – 47A															
Estado Civil	Divorciado															
Formação e Atividade/Situação Profissional	Licenciatura em Direito Operário fabril Advogado/Agente de Execução (carteira de clientes reduzida)															
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família/ Separação e divórcio/ Problemas de saúde e com a justiça/Problemas laborais e financeiros															
Situação atual quanto ao consumo	A consumir															
Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	47					
Dimensões de Análise																
Trajetória do consumo					16/17 A Saídas noturnas Com amigos				>gradual (baixa auto estima, “para esquecer”)			Assume a Doença 42A Intensifica consumos (baixa auto estima)		46A 3 recaídas		
Relação Serviços de Saúde													2 internamentos Hosp. de Aveiro (Pancreatite e diabetes Rotura do baço)		UAC (2 tratamentos) Com. Terap.	
Relação Serviços Sociais													DIAP/DGRSP 2 alcoolémias + (sem carta e multa)		Grupo de auto ajuda	
Trajetória Pessoal e Familiar	1 filho				> gradual de problemas familiares, laborais e financeiros				> dos gastos com a bebida incapacidade para a vida diária e negligência laboral				Problemas com sócio Afastamento conjugal Isolamento social		Separação/ divórcio	
	1972	1977	1982	1987	1992	1997	2002	2007	2012	2017	2019					

	Perfil A3														
Sexo e idade	Masculino – 66A														
Estado Civil	Casado														
Formação e Atividade/Situação Profissional	9º ano Reformado (operário fabril)														
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família/ Problemas com a justiça/Problemas laborais e financeiros														
Situação atual quanto ao consumo	Abstinentes (há 25 anos)														
	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	66
Dimensões de Análise	Idade														
Trajetória do consumo	<div> <div>Guerra colonial</div> <div>Consumos excessivos diários</div> <div>"Para esquecer" (cenário de guerra)</div> <div>42A</div> <div>Toma consciência</div> <div>Inicia abstinência</div> </div>														
Relação Serviços de Saúde	<div> <div>23A</div> <div>>consumo</div> <div>(ambientes noturnos/contactos comerciais)</div> <div>Hospital Aveiro</div> <div>Urgência</div> <div>Vítima de agressão</div> <div>(briga)</div> <div>Hospital Aveiro</div> <div>(consulta de psiquiatria sem diagnóstico de alcoolismo)</div> <div>42 A</div> <div>UAC (tratamento)</div> <div>Encaminhado por um amigo</div> <div>Hospital Militar</div> <div>(consultas de Stress Pós Traumático)</div> </div>														
Relação Serviços Sociais	<div> <div>28A</div> <div>Tribunal (atropelamento mortal)</div> </div>														
Trajetória Pessoal e Familiar	<div> <div>22A</div> <div>Cria empresa comercial</div> <div>28A</div> <div>Violência conjugal e extra familiar</div> <div>1 filha</div> <div>31A</div> <div>Contração de dívidas e dissolução da empresa</div> <div>Trabalhador assalariado (faltas frequentes, justificações fraudulentas, acidentes de trabalho e despromoção profissional)</div> <div>Trabalhador exemplar</div> <div>Promoções e prémios</div> <div>Cria um GAA</div> </div>														
	1953	1958	1963	1968	1973	1978	1983	1988	1993	1998	2003	2008	2013	2018	2019

Perfil A4										
Sexo e idade										
Masculino – 32A										
Estado Civil										
Solteiro										
Formação e Atividade/Situação Profissional										
8º incompleto										
Ajudante de mecânica, pastelaria e estética										
Prestação Social – Trissomia 21 (ligeira)										
Problemas associados ao álcool pelo doente										
Problemas financeiros (má utilização dos apoios; venda de valores)/Vítima de abuso sexual										
Situação atual quanto ao consumo										
Abstinente (há 5 anos)										
Idade										
05101520253032										
Dimensões de Análise										
Trajetória do consumo										
Relação Serviços de Saúde										
Centro de Saúde										
Consultas de rotina ao longo da vida										
Acompanhado ou sozinho										
Intensifica o consumo										
Acompanhado ou sozinho										
Hosp. Aveiro										
4 ocorrências de embriaguez										
27A										
UAC (tratamento)										
CHUC										
Cirurgia Bexiga e Genitais										
Urgência Cardiológica										
27A										
Grupo de auto ajuda										
Ação Social JF										
(apoio alimentar e económico)										
26A										
Abusado sexualmente (embriagado)										
Morte da irmã										
(acidente de viação)										
2012										
2017										
2019										

	Perfil A5																
Sexo e idade	Masculino – 57A																
Estado Civil	Casado																
Formação e Atividade/Situação Profissional	7º ano Operário fabril																
Problemas associados ao álcool pelo doente																	
Conflitos com a família/ Problemas de saúde/Problemas laborais e financeiros																	
Situação atual quanto ao consumo																	
Abstinente (há 5 anos)																	
<div> <div>Idade</div> <div>0</div> <div>5</div> <div>10</div> <div>15</div> <div>20</div> <div>25</div> <div>30</div> <div>35</div> <div>40</div> <div>45</div> <div>50</div> <div>55</div> <div>57</div> </div>																	
Dimensões de Análise																	
Trajectoria do consumo	<div> <div>11A</div> <div>Em casa (“às escondidas”)</div> <div>>gradual (pelo prazer”)</div> <div>Em grupo</div> <div>52A</div> <div>Toma consciência do problema</div> <div>Inicia abstinência</div> </div>																
Relação Serviços de Saúde	<div> <div>Centro de Saúde</div> <div>Consultas de rotina</div> <div>Exames do fígado alterados (sem diagnóstico)</div> <div>52A</div> <div>UAC (tratamento)</div> </div>																
Relação Serviços Sociais	<div> <div>Grupo de auto ajuda (por contacto com uma doente tratada)</div> <div>51A</div> <div>Ameaça de despedimento</div> <div>52A</div> <div>Estabilidade familiar e financeira Saudável</div> </div>																
Trajectoria Pessoal e Familiar	<div> <div>9A</div> <div>Morte da mãe</div> <div>13A</div> <div>Morte do pai</div> <div>27A</div> <div>Casa-se</div> <div>Violência verbal</div> <div>38A</div> <div>Filha com “vergonha do pai”</div> </div>																
	1962	1967	1972	1977	1982	1987	1992	1997	2002	2007	2012	2017	2019				

	Perfil A6											
Sexo e idade	Masculino – 49A											
Estado Civil	Divorciado											
Formação e Atividade/Situação Profissional	Liceu incompleto Operário Fabril e empregado de café Reformado por Invalidez											
Problemas associados ao álcool pelo doente	Violência Doméstica/ Divórcio/ Problemas de saúde/ Problemas financeiros											
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 12 anos)											
Dimensões de Análise	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	49
Trajetória do consumo	3A À refeição, com “pais adotivos” (vizinhos)	16A >consumo diário À refeição e fora (prazer)					28A Toma consciência Inicia abstinência		37A Reinicia abstinência			
Relação Serviços de Saúde	19A Hospital de Aveiro - Urgência (acidente de trabalho sob efeito do álcool) CHUC – Urgência (traumatismo craniano/coma por acidente sob efeito do álcool); inicia consultas de cardiologia Centro Saúde/Hosp. Aveiro (episódios de epilepsia alcoólica)		Recaída (amigos) CHUC Cirurgia Cardíaca		37A UAC (tratamento)							
Relação Serviços Sociais	37A Cáritas (apoio alimentar/económico) GAA (amigo)											
Trajetória Pessoal e Familiar	Sai de casa Fica em casa do pai (alcoólico) 6 meses		24A Casa-se e nasce filho Violência conjugal		26A Separação e processo de divórcio		28A Junta-se com a “ex” mulher		Separação e Divórcio			
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019	

	Perfil A7										
Sexo e idade	Masculino – 36A										
Estado Civil	Solteiro										
Formação e Atividade/Situação Profissional	6º incompleto Funcionário numa empresa Desempregado										
Problemas associados ao álcool pelo doente	(não refere)										
Situação atual quanto ao consumo	A consumir (“mas com moderação”))										
Dimensões de Análise	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	36	
Trajetória do consumo			16A Consumo social			> gradual sozinho (“para esquecer”)			Toma consciência (alertas do pai)		
Relação Serviços de Saúde			Centro de Saúde Consultas de rotina ao longo da vida			32A Hosp. Aveiro 5 ocorrências de embriaguez (nunca abordaram os PLA)			UAC (aguarda internamento)		
Relação Serviços Sociais	Grupo de auto ajuda										
Trajetória Pessoal e Familiar	Conflitos com o pai e a irmã Alguns amigos afastam-se										
	1983	1988	1993	1998	2003	2008	2013	2018	2019		

	Perfil A8														
Sexo e idade	Masculino – 52A														
Estado Civil	Divorciado														
Formação e Atividade/Situação Profissional	6º ano Pintor Auto De baixa médica														
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos conjugais/ Divórcio/ Problemas de saúde e com a justiça														
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 1 mês)														
	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	52			
Dimensões de Análise	Idade														
Trajetória do consumo	<div> <div>18A</div> <div>Consumo social Diário (final do dia) Cafés</div> <div>>gradual ("tornou-se um hábito") Com amigos e colegas de trabalho</div> </div>														
Relação Serviços de Saúde	<div> <div>Centro de saúde Consultas de rotina ao longo da vida</div> <div>47A Centro de Saúde análises alteradas (sem diagnóstico)</div> <div> <div>Toma consciência (sentia-se mal, sem forças)</div> <div>Hosp. de Aveiro Internamento por cirrose Consultas de psiquiatria</div> </div> </div>														
Relação Serviços Sociais	<div> <div>Centro de Saúde Pedido de ajuda (sem resposta)</div> <div>DIAP Alcoolémia + (multa)</div> <div>Grupo de auto ajuda (pela irmã)</div> </div>														
Trajetória Pessoal e Familiar	<div> <div>Discussões Conjugais (álcool e religião)</div> <div>Divórcio</div> <div>47A Crise epiléptica alcoólica</div> </div>														
	1967	1972	1977	1982	1987	1992	1997	2002	2007	2012	2017	2019			

	Perfil A9																		
Sexo e idade	Masculino – 50A																		
Estado Civil	Solteiro																		
Formação e Atividade/Situação Profissional	2ª classe Invalidez																		
Problemas associados ao álcool pelo doente	Problemas financeiros																		
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 3 anos)																		
Dimensões de Análise	Idade		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45				50			
Trajectoria do consumo							Consumo social Diário		> gradual				47A Toma consciência Inicia abstinência						
Relação Serviços de Saúde																			
Relação Serviços Sociais													Santa Casa da Misericórdia (apoio económico)	Grupo de auto ajuda					
Trajectoria Pessoal e Familiar			Vivia com a avó e o irmão (também doente alcoólico)										Comportamento agressivo (com a bebida)				“A beber não conseguia pagar as contas. Agora dá para pagar, a luz e o telemóvel”		
	1969	1974	1979	1984	1989	1994	1999	2004	2009	2014			2019						

	Perfil A10													
Sexo e idade	Masculino – 52A													
Estado Civil	Casado													
Formação e Atividade/Situação Profissional	Licenciatura Professor de Desporto Reformado por Invalidez													
Problemas associados ao álcool pelo doente	Violência Doméstica/ Problemas com a justiça													
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 8 meses)													
Dimensões de Análise	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	52	
Trajetória do consumo					22A Na tropa (pela companhia)		Toma consciência Inicia abstinência		4 Recaídas ("para esquecer problemas com mulher e vizinhos")		Reinicia abstinência			
Relação Serviços de Saúde							Centro de Saúde Consultas de rotina ao longo da vida		UAC (1º tratamento) 33A UAC (2º trat.)		37A Hosp. de Aveiro (embriaguez)		39A Clínica Privada (3º trat.) 48A Clínica do Setor Social (4º tratamento)	
Relação Serviços Sociais							DIAP/DGRSP 2 alcoolémias + (sem carta e multa)		Grupo de auto ajuda					
Trajetória Pessoal e Familiar							Violência Doméstica (verbal) Incapacidade laboral Conflitos conjugais		Apoio dos colegas e da psicóloga da Escola		Reforma por Invalidez			
	1967	1972	1977	1982	1987	1992	1997	2002	2007	2012	2017	2019		

	Perfil A11																		
Sexo e idade	Masculino – 52A																		
Estado Civil	Solteiro																		
Formação e Atividade/Situação Profissional	6º ano Cantoneiro Desempregado																		
Problemas associados ao álcool pelo doente	Problemas de saúde e de justiça																		
Situação atual quanto ao consumo	Abstinentes (há 3 anos)																		
Dimensões de Análise	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45				50	52			
Trajetória do consumo						18 A Inicia consumo (por causa da doença oncológica da mãe)	>consumo com >intensidade aos fins de semana (doenças e mortes na família alargada)					48A Toma consciência	Inicia abstinência						
Relação Serviços de Saúde																49A UAC (tratamento)			
Relação Serviços Sociais																<div><div><div>IPSS (apoio alimentar)</div><div>47A (centro de dia)</div><div>48A DIAP/DGRSP 3 alcoolémias+ (multa e 5A pena suspensa)</div><div>49A Grupo de auto ajuda</div></div><div><div>Seg. Social (subsídio desemprego)</div><div>IEFP (formação)</div><div>Seg. Social (RSI)</div></div></div>			
Trajetória Pessoal e Familiar						18A Morte da mãe	Morte do pai						Desempregado (falência da empresa)		Dificuldades de mobilidade (problemas nos tendões das pernas e dos pés)				
	1967	1972	1977	1982	1987	1992	1997	2002	2007	2012	2017	2019							

	Perfil A12																	
Sexo e idade	Masculino – 65A																	
Estado Civil	Casado																	
Formação e Atividade/Situação Profissional	4ª classe Operador de Iota Reformado																	
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família/ Problemas com a justiça/Problemas laborais e financeiros																	
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 3 anos)																	
Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65				
Dimensões de Análise																		
Trajectoria do consumo	23A "Na tropa" (Serviço Militar)					>consumo nos cafés					Reduz ligeira e brevemente o consumo					62A Inicia abstinência		
Relação Serviços de Saúde	Centro de Saúde (a pedido do médico de família) Motiva para moderação do consumo																62A UAC (tratamento)	
Relação Serviços Sociais																	62A DIAP/DGRSP (agressão à neta mais velha sob efeito de álcool; ano e meio de pena suspensa)	Grupo de auto ajuda
Trajectoria Pessoal e Familiar	<div> <div>43A Atrasos no pagamento das despesas</div> <div>44A Alterações na comunicação e relação conjugal e parental</div> </div>																Nasce 1ª neta	
	1954	1959	1964	1969	1974	1979	1984	1989	1994	19989	2004	2009	2014			2019		

	Perfil A13																			
Sexo e idade	Masculino – 55A																			
Estado Civil	Divorciado																			
Formação e Atividade/Situação Profissional	4ª classe Servente Desempregado																			
Problemas associados ao álcool pelo doente	Divórcio e problemas financeiros																			
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 3 meses)																			
Dimensões de Análise	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55							
Trajectoria do consumo						17/18A Consumo social (cafés e bares)	>consumo sozinho e acompanhado (casa, casino e bares)					Inicia abstinência								
Relação Serviços de Saúde						Centro de Saúde Alerta do médico de família										UAC (em tratamento)				
Relação Serviços Sociais											51A Seg. Social (RSI)	52A IPSS (apoio alimentar)	54A IPSS (CAT) Grupo de auto ajuda							
Trajectoria Pessoal e Familiar						Casamento (7 anos) (conflitos conjugais)					42A Divórcio	(trabalhos temporários)					54A Desempregado			
	1964	1969	1974	1979	1984	1989	1994	1999	2004	2009	2014	2019								

	Perfil A14														
Sexo e idade	Masculino – 57 A - Russo														
Estado Civil	Solteiro														
Formação e Atividade/Situação Profissional	Licenciatura Marketing														
Problemas associados ao álcool pelo doente	Separações														
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 4 anos)														
Dimensões de Análise	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	57	
Trajetória do consumo	<div> <div>>consumos na tropa</div> <div> <div>Inicia abstinência</div> <div>32 A Recai</div> </div> <div>Toma consciência</div> <div>53 A Reinicia abstinência</div> </div>														
Relação Serviços de Saúde	<div> <div>Hospital (tratamento Hepatite C)</div> <div>Urgência (embriaguez)</div> <div>53 A UAC (tratamento)</div> </div>														
Relação Serviços Sociais	<div> <div>42 A</div> <div>Grupo de auto ajuda</div> </div>														
Trajetória Pessoal e Familiar	<div> <div>39 A</div> <div>Imigra para Portugal</div> <div>34 A</div> <div> <div>3 anos na tropa (2 anos no Afeganistão)</div> <div> <div>Separa-se e inicia 2ª relação</div> <div>União de facto Nasc. filho</div> </div> </div> <div>Companheira (na Rússia) termina relação</div> </div>														
	1962	1967	1972	1977	1982	1987	1992	1997	2002	2007	2012	2017	2019		

	Perfil A15														
Sexo e idade	Feminino – 57A														
Estado Civil	Casada														
Formação e Atividade/Situação Profissional	1ª classe Operária fabril Reformada														
Problemas associados ao álcool pelo doente	Violência Doméstica e extra familiar														
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 1 mês)														
Dimensões de Análise															
	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	57	
Trajetória do consumo						18A Inicia no Casamento	>gradual ("para esquecer e desanuviar") (comportamento agressivo)					54A Toma consciência ("sentia-me mal") Recai (após tratamento)		Reinicia abstinência	
Relação Serviços de Saúde						Hosp. de Aveiro Embriaguezes diárias					54A Centro de Saúde	Hosp. de Aveiro (2º trat.)			
											UAC (1ºtratamento)				
Relação Serviços Sociais						Tribunal de Menores (?)		IPSS (apoio alimentar)				54A Grupo de auto ajuda	56A DIAP/DGRS (agressão conjugal, pena suspensa)		
Trajetória Pessoal e Familiar		Vítima de VD (pai)	13A Perde noivo (acidente)		18A Casa-se (marido doente alcoólico) 4 filhos (pelo menos 2 "retirados")		Violência Doméstica (entre cônjuges) Dívidas "Passei fome"					Tentativa de suicídio		56A Filha e genro casam-se e juntam-se ao agregado (conflitos entre mãe e filha por causa dos consumos)	
	1962	1967	1972	1977	1982	1987	1992	1997	2002	2007	2012	2017	2019		

	Perfil A16																
Sexo e idade	Masculino – 54A																
Estado Civil	Solteiro																
Formação e Atividade/Situação Profissional	6º ano Pedreiro																
Problemas associados ao álcool pelo doente	Problemas financeiros																
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 3 meses), em Comunidade Terapêutica (CT)																
	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	54				
Dimensões de Análise																	
Trajetória do consumo			12 A		>na tropa		Consumia 5L de vinho/dia					48 A	Reinicia abstinência	52 A	Recai (amigas)	Reinicia abstinência	
Relação Serviços de Saúde					trabalho		CHUC Urgência (embriaguezes) (nunca abordaram os PLA)					48 A	Sobral Cid	1º tratamento	Sobral Cid	(+ 2 tratamentos)	
Relação Serviços Sociais															48 A	RLIS	Cáritas (CT)
															Seg. Social RSI		
Trajetória Pessoal e Familiar	Criado pela avó (mãe divorcia-se do pai e vai viver com outro homem com 3 filhos)		12 A		Começa a trabalhar (nas obras, em vários locais do país)					Baixas recorrentes					Dificuldades financeiras		
	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019					

	Perfil A17														
Sexo e idade	Masculino – 56A														
Estado Civil	Separado														
Formação e Atividade/Situação Profissional	7º ano Auxiliar de ação educativa De baixa														
Problemas associados ao álcool pelo doente	Problemas relacionais e financeiros														
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 3 meses); está em Comunidade Terapêutica (CT)														
	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	56	
Dimensões de Análise															
Trajatória do consumo	<div> <div>14 A</div> <div>Consumo social (à noite e fins de semana, para desinibir)</div> <div>17/18 A</div> <div>>consumo</div> </div> <div> <div>22 A</div> <div>Toma consciência (por causa da namorada)</div> <div></div> </div> <div> <div>27A</div> <div>Inicia abstinência 1 mês (não recupera namorada, ciúmes)</div> <div>32A</div> <div>Inicia abstinência</div> </div> <div> <div>37 A</div> <div>Começa a beber sozinho</div> <div>2ª recaída “5 anos (...) sem beber pensei sempre que conseguisse controlar...”</div> <div>52 A</div> <div>Recaídas recorrentes (solidão/vazio)</div> <div>Agrava consumos</div> </div> <div> <div>51 A</div> <div>Centro de Saúde (“pedia atestados por problemas de álcool, por não me sentir bem”)</div> <div>CRI</div> <div>Equipa de Tratamento</div> <div>UAC (7º tratamento)</div> </div>														
Relação Serviços de Saúde	<div> <div>27A</div> <div>Centro de Saúde (pede ajuda para recuperar namorada)</div> <div>UAC</div> <div>1º tratamento (+ 2 a seguir)</div> </div> <div> <div>Hosp. Fig. Foz Urgência</div> <div>(8 episódios de coma alcoólico; álcool e comprimidos)</div> <div>UAC</div> <div>(+ 3 tratamentos)</div> </div> <div> <div>51 A</div> <div>Centro de Saúde</div> <div>UAC</div> <div>(7º tratamento)</div> </div>														
Relação Serviços Sociais	Cáritas (CT)														
Trajatória Pessoal e Familiar	<div> <div>22 A</div> <div>Inicia namoro</div> <div></div> </div> <div> <div>27 A</div> <div>Namorada termina relação</div> <div>37 A</div> <div>Junta-se e tem 1 filha</div> <div>51 A</div> <div>Dívidas/pagamentos em atraso</div> <div>Atestados recorrentes</div> <div>52 A</div> <div>Separa-se</div> </div>														
	1963	1968	1973	1978	1983	1988	1993	1998	2003	2008	2013	2018	2019		

	Perfil A18														
Sexo e idade	Masculino – 46A														
Estado Civil	Casado														
Formação e Atividade/Situação Profissional	12º ano Agente da PSP (20 anos) Desempregado														
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família/ Separação e divórcio/ Problemas de saúde e com a justiça/ Problemas laborais e financeiros														
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 2 meses); está em Comunidade Terapêutica (CT)														
Dimensões de Análise	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	46			
Trajectoria do consumo					17/18 A Raramente	23/24 A >frequência do consumo		>gradual		Agrava consumos 41 A Inicia abstinência Recai após 4/5 meses	42 A Recaída ("aquela ideia agora posso beber um copo ao almoço")	Reinicia abstinência			
Relação Serviços de Saúde					Centro de Saúde Consultas de rotina ao longo da vida (nunca abordaram os PLA)				41 A Centro de Saúde (sob pressão da mulher) UAC Tratamento em ambulatório (desiste)		42 A CHUC Consulta de Psiq (pela mulher) Sobral Cid (1º tratamento)	CHUC (acidente de viação sob efeito do álcool) Sobral Cid (2º trat.)			
Relação Serviços Sociais											43 A Junta de Freguesia + IPSS (apoio social e alimentar) Seg. Social RSI Cáritas (CT)				
Trajectoria Pessoal e Familiar											43 A Desempregado Instabilidade laboral ("perdi 3, 4 trabalhos por causa do álcool")				
	1973	1978	1983	1988	1993	1998	2003	2008	2013	2018	2019				

	Perfil A19														
Sexo e idade	Masculino – 58A														
Estado Civil	Solteiro														
Formação e Atividade/Situação Profissional	7º ano Auxiliar dos Serviços Gerais Reformado														
Problemas associados ao álcool pelo doente	Problemas laborais e financeiros														
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 2 anos); ; está em Comunidade Terapêutica (CT)														
Dimensões de Análise															
	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	58	
Trajetória do consumo		Provou em pequeno (por incentivo do pai)		Inicia consumo à refeição com o pai		Começa aos fins de semana com os amigos		23/24 A Toma consciência		Recai		56 A Reinicia abstinência			
						18 A >consumos (desafiado pelos colegas de trab.)		Inicia abstinência							
Relação Serviços de Saúde		Centro de Saúde (consultas de rotina ao longo da vida)						Centro de Saúde		UAC 2º tratamento		UAC 3º tratamento			
								UAC 1º tratamento							
Relação Serviços Sociais		Cáritas (CT)													
Trajetória Pessoal e Familiar		18 A Começa a trabalhar		22 A Atestados recorrentes ao longo do tempo		24 A Junta-se com Companhia Dificuldades no pagamento das contas		Problemas com companheira		48 A Reforma compulsiva					
		1961	1966	1971	1976	1981	1986	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2019	

	Perfil A20																
Sexo e idade	Masculino – 59A																
Estado Civil	Separado																
Formação e Atividade/Situação Profissional	7º ano Empresário (Construção Civil) Desempregado																
Problemas associados ao álcool pelo doente	(não refere)																
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 5 meses); em Comunidade Terapêutica (CT)																
Dimensões de Análise	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60			
Trajectoria do consumo	7 A		Inicia à refeição com os pais ("Lembro-me da minha mãe me dizer: bebe um copinho que te faz bem")				>gradual (prazer)		>consumos		Agrava consumos 5L vinho diários em casa Recaídas várias		Inicia abstinência				
Relação Serviços de Saúde	UAC		1º tratamento		53 A		Hosp. Aveiro Urgência (embriaguezes + Internamentos vários na Psiqu.)		UAC		2º tratamento		57 A Seg. Social (subsídio) CT 59 A Cáritas CT (formação) (2ª vez)				
Relação Serviços Sociais	Grupo de auto ajuda																
Trajectoria Pessoal e Familiar	Regressa a Portugal (para casa do pai)																
	1959	1964	1969	1974	1979	1984	1989	1994	1999	2004	2009	2014					2019

	Perfil A21													
Sexo e idade	Masculino – 47A													
Estado Civil	Solteiro													
Formação e Atividade/Situação Profissional	12º ano Revisor de extintores Desempregado													
Problemas associados ao álcool pelo doente	Problemas familiares e de saúde													
Situação atual quanto ao consumo	A consumir (“de forma reduzida”); em Centro de Alojamento Temporário(CAT)													
Dimensões de Análise	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	47		
Trajatória do consumo		16 A Consumo social (diário)			>consumo (morte da mãe)			32 A Toma consciência	37 A Recai logo após tratamento					
Relação Serviços de Saúde		Centro de Saúde (algumas consultas)											37 A CRI → Sobral Cid (tratamento)	Cáritas (equipa de rua e CAT)
Relação Serviços Sociais														
Trajetória Pessoal e Familiar		Problemas com o pai \$ para consumos (álcool, tabaco e droga) “comecei a ficar sem \$ para o mês”								37 A Hepatite C	Pai expulsa-o de casa → Sem abrigo			
	1972	1977	1982	1987	1992	1997	2002	2007	2012	2017	2019			

	Perfil A22															
Sexo e idade	Masculino – 48A															
Estado Civil	Solteiro															
Formação e Atividade/Situação Profissional	Não frequentou escola Construção Civil/pedreiro Desempregado															
Problemas associados ao álcool pelo doente																
Situação atual quanto ao consumo	Abstinentes (há 2 anos); em Centro de Alojamento Temporário (CAT)															
Dimensões de Análise	Idade		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	48			
Trajetória do consumo					14 A		Inicia em casa “às escondidas”		Toma consciência		>consumo		Recai (6 meses após tratamento)		46 A	Inicia abstinência
Relação Serviços de Saúde													Sobral Cid Tratamento			
Relação Serviços Sociais													CHUC Urgência (4 ocorrências de embriaguez)			
													Cozinha económica			
													IPSS (equipa de rua)		Seg. Social (subsídio)	
															Cáritas (CAT)	
Trajetória Pessoal e Familiar													Morte do pai (já não tinha mãe)		Vive numa garagem	
													“Sem abrigo”			
	1971	1976	1981	1986	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2019					

	Perfil A23													
Sexo e idade	Masculino – 49 A Dupla nacionalidade - Ucrainiano/Romeno													
Estado Civil	Divorciado													
Formação e Atividade/Situação Profissional	4ª classe Costureiro/motorista Desempregado													
Problemas associados ao álcool pelo doente	Divórcio/ Problemas financeiros e de saúde													
Situação atual quanto ao consumo	A “reduzir consumo...”; em Centro de Alojamento Temporário (CAT)													
<div><div></div><div>Idade</div><div>05101520253035404549</div></div>														
Dimensões de Análise														
Trajetória do consumo			7/8 A Em casa e na rua		>gradual (diário) (companhia)		22 A Agrava consumo		Começa a beber sozinho		Alcoolismo intermitente			
Relação Serviços de Saúde									Toma consciência Hosp. Leiria Urgência (embriaguez)		UAC (em tratamento)			
Relação Serviços Sociais									<div><div>48 A</div><div>Santuário de Fátima (por um senhor)</div><div>IPSS</div><div>CAT</div></div>					
Trajetória Pessoal e Familiar	Costureiro e motorista internacional na Alemanha				28 A Problemas conjugais Sem \$ para pagar contas				36 A Divórcio Problemas no fígado Crises epiléticas alcoólicas					
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019			
	Imigra para Portugal (Leiria) Trabalhos ilegais de curta duração													

	Perfil A 24														
Sexo e idade	Masculino – 60 A														
Estado Civil	Solteiro														
Formação e Atividade/Situação Profissional	9º ano Desempregado (empregado de mesa)														
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família / Problemas de saúde/de trabalho e financeiros														
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 8 anos); em Centro de Alojamento Temporário (CAT)														
Dimensões de Análise	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	
Trajetória do consumo		Inicia consumo às refeições com o pai				Agrava os consumos Com embriaguezes frequentes				Chega a beber 3 garrafas de vinho do Porto				52 A Inicia abstinência	
Relação Serviços de Saúde		Centro de Saúde Consultas de rotina (nunca abordaram os PLA)				UAC 9 Tratamentos (8 internamentos e 1 ambulatorio)				48 A CHUC Internamento (anemia grave)				52 A UAC 10º Internamento	
Relação Serviços Sociais		52 A CAT Seg. Social (RSI)													
Trajetória Pessoal e Familiar		Inicia trabalho na Hotelaria (faltas frequentes) (conflitos com colegas) (consumos no trabalho)				42 A Despedido Sem condições de saúde para trabalhar (muitas dívidas)				1999 2004 2009				52 A Melhoria acentuada da vida familiar e social >qualidade da saúde	
		1959	1964	1969	1974	1979	1984	1989	1994	1999	2004	2009	2014	2019	

	Perfil A 25															
Sexo e idade	Masculino – 57A															
Estado Civil	Divorciado															
Formação e Atividade/Situação Profissional	4ª classe Desempregado (C. Civil)															
Problemas associados ao álcool pelo doente	Problemas de saúde e financeiros															
Situação atual quanto ao consumo	Início de tratamento (2 semanas); em Centro de Alojamento Temporário (CAT)															
Dimensões de Análise		Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	57	
Trajetória do consumo			8 A Inicia com o pai (vinho)	16 A Agrava consumos - diários (no trabalho e com amigos - destilados)		Intensifica consumos (sente-se desamparado, sem apoio)										Inicia abstinência
Relação Serviços de Saúde			Centro de Saúde Consultas para obter “baixas”											CHUC Internamento (AVC) Urgências (embriaguezes)	Sobral Cid Tratamento	
Relação Serviços Sociais			42 A DIAP/DGRSP Violência Doméstica											Casa Abrigo (problemas com ciganos)	Cáritas (equipa de rua de rua) CAT	
Trajetória Pessoal e Familiar			Hábitos de consumo familiares	16 A Trabalho com + autonomia económica Hepatite B Faltas frequentes >conflitos familiares	42 A Traição da mulher (episódio de violência) Divórcio (perda total dos bens)				46 A Emigra - Espanha	Regressa de Espanha Adoece gravemente		Seg. Social (Alimentação)				
		1962	1967	1972	1977	1982	1987	1992	1997	2002	2007	2012	2017	2019		

	Perfil A26											
Sexo e idade	Masculino – 45A											
Estado Civil	Casado/separado (a mulher não dá o divórcio, razões religiosas)											
Formação e Atividade/Situação Profissional	9º ano Professor de equitação Desempregado											
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família/ Problemas de saúde, laborais e económicos											
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 3 meses); em Centro de Alojamento Temporário (CAT), a aguardar internamento na UAC											
	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	
Dimensões de Análise												
Trajatória do consumo		19 A Início do consumo com pai >dos consumos com embriaguezes					29A > frequência e intensidade Consome frequentemente sozinho Bebe para "esquecer e pela solidão"			Inicia abstinência		
Relação Serviços de Saúde		Hospital Aveiro Urgência (vários acidentes de trabalho de pequena gravidade e realização de análises anti-doping)					29A UAC 2º Tratamento (pelo irmão)			UAC aguarda Tratamento (3º)		
Relação Serviços Sociais		22 A Grupo de auto ajuda Clique setor social (1º trat.)								Cáritas (CAT) Cruz Vermelha (apoio alimentar)		
Trajatória Pessoal e Familiar		19 A Passou a ser Prof. de equitação e faz concurso de saltos					Casa-se com Brasileira (Separados há vários anos)			>gradual de problemas familiares, laborais e económicos Trabalha por épocas em vários países, Alem. Irlanda. Inglaterra, Holanda, Brasil (onde vive a mulher e filho de 15 anos).		
		1974	1979	1984	1989	1994	1999	2004	2009	2014	2019	

	Perfil A27														
Sexo e idade	Masculino – 50A														
Estado Civil	Solteiro														
Formação e Atividade/Situação Profissional	4ª classe Reformado por Invalidez														
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família /e extra familiar/ Problemas de saúde e de justiça														
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 1,5 anos)														
<div><div></div><div>Idade</div><div>0</div><div>5</div><div>10</div><div>15</div><div>20</div><div>25</div><div>30</div><div>35</div><div>40</div><div>45</div><div>50</div></div>															
Dimensões de Análise															
Trajatória do consumo		9 A		Consumo frequentes em casa e fora			29 A			39 A		47 A	48 A		
							Mantém consumos elevados Embriaguezes frequentes			Assume a doença Inicia abstinência		Recai	Reinicia abstinência		
Relação Serviços de Saúde							28 A			39 A		48 A			
							Hosp. De Aveiro Urgência (Internamento) (Acidente de mota)			UAC 1º tratamento (Internamento)		UAC 2º tratamento (Internamento)			
Relação Serviços Sociais							29 A			39 A					
							Seg. Social (Pensão de invalidez)			Grupo de Auto Ajuda (Toma conhecimento pelo jornal)					
							DGRSP Alcoolémias+								
Trajetória Pessoal e Familiar		11 A		Termina escola			>dos gastos com a bebida e violência			29 A		48 A			
				15 A			Incapacidade para a vida diária > violência fora de casa			39 A		Melhoria acentuada da vida familiar, aumento da qualidade de vida			
				Inicia trab. nas obras											
	1969	1974	1979	1984	1989	1994	1999	2004	2009	2014	2019				

	Perfil A28																	
Sexo e idade	Masculino – 79A																	
Estado Civil	Viuvo, actualmente tem uma companheira																	
Formação e Atividade/Situação Profissional	4ª classe Reformado (Empreiteiro)																	
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família, com a justiça e problemas laborais																	
Situação atual quanto ao consumo	Mantém consumos reduzidos																	
Dimensões de Análise	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	79
Trajectoria do consumo				16 A Inicia (com colegas de trabalho)				33 A Agrava (para 5l de vinho dia)								Mantém consumos <intensidade e frequência		
Relação Serviços de Saúde	Nunca recorreu aos serviços de saúde																	
Relação Serviços Sociais	DIAP/DGRSP 4 alcoolémias positivas (sem carta e multa)																	
	77 A DGRS GAA																	
Trajectoria Pessoal e Familiar	12 A Termina a 4ª classe Inicia trab. nas marinhas de sal		16 A Operário fabril		24 A Emigra/França Operário/Empreiteiro		37 A Regressa a Portugal Como Empreiteiro										77 A Reforma Viuvez	
	1940	1945	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019	

	Perfil A29																
Sexo e idade	Masculino – 66A																
Estado Civil	Casado																
Formação e Atividade/Situação Profissional	4ª classe Reformado (Agente da GNR)																
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família, e por vezes extra familiar/Problemas de Saúde																
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 12 anos)																
Dimensões de Análise	Idade																
	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	66		
Trajetória do consumo				18A Com amigos			Agravamento dos consumos			Aumento nos cafés e bares e aos fins de semana			Agravamento dos consumos		54A Inicia abstinência		
Relação Serviços de Saúde	<div>53 A Hospital de Aveiro Internam. Med. Interna</div> <div>54A Centro de Saúde Equipa de Alcoologia</div>																
Relação Serviços Sociais	Grupo de auto ajuda																
Trajetória Pessoal e Familiar	<div>>gradual de problemas familiares</div> <div>Reforma Agravamento dos problemas familiares</div> <div>Melhoria acentuada da vida familiar > da qualidade de vida</div>																
	1953	1958	1963	1968	1973	1978	1983	1988	1993	1998	2003	2008	2013	2018	2019		

	Perfil A30														
Sexo e idade	Feminino – 56A														
Estado Civil	Divorciada														
Formação e Atividade/Situação Profissional	6º ano Comerciante														
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família / Problemas de saúde, de justiça e financeiros														
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 1,5 anos)														
Dimensões de Análise	Idade		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	56
Trajatória do consumo						16 A Consumo social			>gradual			Agravamento do Consumo Embriaguezes frequentes noturnas		Inicia abstinência	
Relação Serviços de Saúde			Centro de Saúde Consultas de rotina (nunca abordaram os PLA)										Hosp. Aveiro Consultas e cirurgia de dermatologia		UAC Tratamento
Relação Serviços Sociais													DGRSP 2 processos em Tribunal (para a guarda da filha do companheiro)		CPCJ GAA
Trajetória Pessoal e Familiar	Filha de pai alcoólico (morreu com 32 anos)		16 A Casou, vítima de violência doméstica 2 filhas			38 A divórcio			42 A Nasce a 3ª filha de um 2º companheiro V. doméstica psicológica			Queixa à CPCJ do companheiro			
	1963	1968	1973	1978	1983	1988	1993	1998	2003	2008	2013	2018	2019		

	Perfil A31									
Sexo e idade	Masculino – 30A									
Estado Civil	Solteiro									
Formação e Atividade/Situação Profissional	12º ano Militar									
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família/ Problemas judiciais e económicos									
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (1,5 anos)									
Dimensões de Análise	Idade 0 5 10 15 20 25 30									
Trajectoria do consumo	<div> <div>17 A</div> <div>Início Com consumos excessivos ao fim de semana</div> </div> <div> <div>23 A</div> <div>>Embriaguezes com amigos mais velhos (+ de 50 anos da aldeia)</div> </div> <div> <div>23 A</div> <div>Agravamento Embriaguezes todos fins de semana, com pessoas mais velhas</div> </div> <div> <div>28 A</div> <div>Assume a Doença Inicia abstinência</div> </div>									
Relação Serviços de Saúde	Nunca utilizou os Serviços de Saúde									
Relação Serviços Sociais	<div>23 A</div> <div>DIAP/DGRSP (3 Alcoolémias +)</div> <div>28 A</div> <div>Grupo de Auto Ajuda DIAP/DGRSP (Alcoolémia +)</div>									
Trajectoria Pessoal e Familiar	<div>23 A</div> <div>3 Acidentes, com destruição de carros novos/ Dívidas ao Banco Irmão sai de casa (Não apoia a mãe)</div> <div>28 A</div> <div>Melhoria acentuada da qualidade de vida/ Melhoria da capacidade económica</div>									
	1989	1994	1999	2004	2009	2014	2019			

	Perfil A32												
Sexo e idade	Feminino – 48A												
Estado Civil	Divorciada, actualmente vive com um companheiro												
Formação e Atividade/Situação Profissional	Licenciada em Contabilidade (Rússia) Desempregada (Cozinha)												
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família / Divórcio/ Problemas de saúde e desemprego												
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 2 meses)												
Dimensões de Análise	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	48	
Trajectoria do consumo					Consumo social (na Rússia)				>gradual (baixa auto estima)		46A Intensifica consumos em casa sozinha	47A Assume a Doença	Inicia abstinência
Relação Serviços de Saúde									43A Centro de Saúde (artrose e problemas de coluna, faz fisioterapia)		47A Hosp. de Aveiro urgência (embriaguez)	UAC (tratamento)	
Relação Serviços Sociais	SEF (situação irregular)												47A Grupo de auto ajuda
Trajectoria Pessoal e Familiar									43A Desempregada		Divorciada	46A Vive com companheiro alcoólico	
	1971	1976	1981	1986	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2019		

	Perfil A33											
Sexo e idade	Masculino – 42A											
Estado Civil	Divorciado, actualmente vive com uma companheira											
Formação e Atividade/Situação Profissional	12º ano Operário fabril											
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família / Divórcio/ Problemas de saúde e judiciais											
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 4 meses)											
Dimensões de Análise		Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	42
Trajetória do consumo			16 A Início dos consumos (com amigos)			27 A Agravamento			36 A Aumento da frequência e intensidade			Inicia abstinência
Relação Serviços de Saúde									36 A Hosp. de Aveiro Med.Intern (1ª Pancreatite)	37 A Psiquiatra (Depressão)	41 A Hosp. de Aveiro (2ª Pancreatite)	UAC Tratamento (família)
Relação Serviços Sociais						DIAP/DGRSP 3 alcoolémias positivas (sem carta e multa)			41 A Grupo de auto ajuda			
Trajetória Pessoal e Familiar			16 A Desiste de estudar para trabalhar e ajudar a mãe			>gradual de problemas Familiare Divórcio			36 A Falecimento da Mãe (Grande ligação)			41A Melhoria acentuada da vida familiar > qualidade de vida
		1977	1982	1987	1992	1997	2002	2007	2012	2017		2019

	Perfil A34												
Sexo e idade	Masculino – 50A												
Estado Civil	Solteiro												
Formação e Atividade/Situação Profissional	2ª classe Reformado por Invalidez												
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família /violência familiar e extra familiar/ Problemas de saúde												
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 3 anos)												
Dimensões de Análise	Idade		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
Trajatória do consumo					13 A Consumos frequentes em casa No início, dado pelo padraço		>dos gastos com a bebida e violência		46 A Assume a doença		47 A Inicia Abstinência		
Relação Serviços de Saúde			18 A Hosp. Aveiro (Ortopedia) (Avaliação para junta médica)						46 A Hosp. De Aveiro (Urgência) 47 A E.T. Aveiro UAC Tratamento				
Relação Serviços Sociais			18 A Segurança Social (Pensão de invalidez)						46 A Grupo de Auto Ajuda				
Trajetória Pessoal e Familiar			10 A Abandono Da escola		18 A Reformado por Invalidez		>gradual de problemas familiares Incapacidade para a vida diária > da Violência em casa e nos cafés		47 A Melhoria acentuada da vida familiar, aumento da qualidade de vida				
	1969	1974	1979	1984	1989	1994	1999	2004	2009	2014	2019		

	Perfil A35												
Sexo e idade	Masculino – 51A												
Estado Civil	Solteiro												
Formação e Atividade/Situação Profissional	4ª classe Desempregado (operário fáb de resina)												
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família / Problemas de saúde, justiça e financeiros												
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 1ano)												
Dimensões de Análise													
	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	51
Trajetória do consumo	16 A Com os amigos na Const. Civil					>Consumo Embriaguezes frequentes					Assume Doença Inicia abstinência		
Relação Serviços de Saúde	Centro de Saúde (Raramente)					Hosp. de Aveiro Consultas (doença pulmonar profissional)					Centro de Saúde Tratamento ambulatório ao álcool		
Relação Serviços Sociais											Grupo de Auto Ajuda		
Trajetória Pessoal e Familiar	>gradual de problemas Familiares					>dificuldades económicas < capacidade de trabalho					Despedido >qualidade de vida		
	1968	1973	1978	1983	1988	1993	1998	2003	2008	2013	2018	2019	

	Perfil A36																
Sexo e idade	Masculino – 64A																
Estado Civil	Divorciado																
Formação e Atividade/Situação Profissional	12º ano Empresário (Micro empresa)																
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família, com a justiça e problemas laborais e financeiros																
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 2 anos)																
	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	64			
Dimensões de Análise																	
Trajectoria do consumo				Em casa “era o hábito”				14 A Agravamento dos consumos fora de casa bebe para desinibição				54 A Assume Doença		Agravamento da Doença 62A Inicia abstinência			
Relação Serviços de Saúde								Centro de Saúde Diabetes HTA (Nunca abordaram os PLA)				57 A Hosp. De Aveiro Enfarte do Miocárdio Coxartrose (nunca abordaram os PLA)		62 A UAC Tratamento			
Relação Serviços Sociais												54 A DGRSP Alcoolémias + Violência Doméstica		62 A Grupo de Auto Ajuda			
Trajectoria Pessoal e Familiar				Internado num Colégio de Aveiro Afastamento familiar 14 A Deixa de estudar de dia e inicia trabalho e passa a estudar de noite								54 A Divórcio/Separação Crise Económica com falência da empresa		62 A Melhoria acentuada da qualidade de vida			
	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019			

	Perfil A37												
Sexo e idade	Masculino – 45A												
Estado Civil	Solteiro												
Formação e Atividade/Situação Profissional	Analfabeto Desempregado												
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família /e extra familiar/ Problemas de saúde e laborais												
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 1 mês)												
	Idade												
	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45			
Dimensões de Análise													
Trajetória do consumo	<div>18 A</div> <div>Início com consumos intensos Com embriaguezes frequentes</div> <div>41 A</div> <div>> frequência e intensidade</div> <div>Inicia abstinência</div>												
Relação Serviços de Saúde	<div>13 A</div> <div>Hosp. De Aveiro Traumatismo craniano (após agressão)</div> <div>Hospitais em Lisboa e Aveiro Vários acidentes de trabalho de pequena gravidade</div> <div>41 A</div> <div>Hosp. de Aveiro Urgência (por embriaguez) Centro de Saúde (consulta)</div> <div>UAC Tratamento</div>												
Relação Serviços Sociais	<div>Cáritas (alimentação) Seg. Social Aveiro (subsídio)</div> <div>43 A</div> <div>Grupo de auto ajuda</div>												
Trajetória Pessoal e Familiar	<div>18 A</div> <div>Trabalha na Construção civil (sem contratos) Violência familiar e extra familiar</div> <div>>gradual de problemas familiares ,laborais e económicos >dos problemas de saúde, nomeadamente mentais (dificuldades na relação com os outros)</div>												
	1974	1979	1984	1989	1994	1999	2004	2009	2014	2019			

Perfil A38											
Masculino – 40A											
Solteiro											
4ª classe Desempregado (rural)											
Conflitos com a família /e extra familiar/ Problemas de saúde ,justiça, laborais e económicos											
Abstinente (há 2 meses)											

Perfil A39																
Sexo e idade		Masculino – 56A														
Estado Civil		Solteiro														
Formação e Atividade/Situação Profissional		2ª classe Desempregado (C. Civil e oper.)														
Problemas associados ao álcool pelo doente		Conflitos com a família / Problemas de saúde e financeiros														
Situação atual quanto ao consumo		Abstinente (há 3 anos), em Comunidade Terapêutica (CT)														
Idade		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	56		
Dimensões de Análise																
Trajetória do consumo		7 A Com a família (festa)		19 A Agravamento na Const. civil			>Consumo Embriaguezes frequentes					Assume Doença Mantém Consumos (recaída)		53 A Reinicia abstinência		
Relação Serviços de Saúde				20 A Hosp. de Gaia Urgência e Internamento (acidente de trabalho)			44 A Hosp. de Gaia Internamento (7 meses por tuberculose)					53 A H. Gaia 2º Tratam. Comuni. Terapêutica				
Relação Serviços Sociais		Seg Social (RSI) Câmara Munic. (habitação social) Grupo de Auto Ajuda														
Trajetória Pessoal e Familiar		>gradual de problemas familiares >limitações laborais (faltas frequentes)					>dificuldades económicas			44 A Desemprego < capacidade de trabalho		53 A >qualidade de vida				
		1963	1968	1973	1978	1983	1988	1993	1998	2003	2008	2013	2018	2019		

	Perfil A40												
Sexo e idade	Masculino – 55A												
Estado Civil	Solteiro												
Formação e Atividade/Situação Profissional	Analfabeto Desempregado (C. Civil)												
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família / Problemas de saúde e financeiros												
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 4 anos), em Comunidade Terapêutica (CT)												
Dimensões de Análise	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55
Trajectoria do consumo	<div> <div>Em criança</div> <div>18 A</div> <div> Agravamento na Const. civil >Consumo Embriaguezes frequentes </div> <div>Assume Doença Mantém consumos</div> <div>51 A</div> <div>Inicia abstinência</div> </div>												
Relação Serviços de Saúde	<div> <div>25 A</div> <div>Hosp. do Porto Urgência e Internamento (acidente de trabalho, traumatismo craniano)</div> <div>Hosp. Magalhães de Lemos (várias desintoxicações ao álcool)</div> <div>51 A</div> <div>H. M Lemos. Tratamento Comunitário Terapêutica</div> </div>												
Relação Serviços Sociais	<div> <div>Seg Social (RSI)</div> <div>Grupo de Auto Ajuda</div> </div>												
Trajectoria Pessoal e Familiar	<div> <div>>gradual de problemas Familiares</div> <div>>limitações laborais e psicológicas</div> <div>>dificuldades económicas (Faltas frequentes)</div> <div><capacidade de trabalho</div> </div>												
	1964	1969	1974	1979	1984	1989	1994	1999	2004	2009	2014	2019	

	Perfil A41										
Sexo e idade	Masculino – 27A										
Estado Civil	Solteiro										
Formação e Atividade/Situação Profissional	12º ano Comercial										
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família/ Problemas económicos										
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 3 meses), em Comunidade Terapêutica (CT)										
	0	5	10	15	20	25	27				
Dimensões de Análise	Idade										
Trajetória do consumo			19 A Início (com os amigos)		24 A Agravamento (bebe com os amigos e com clientes, pessoas mais velhas, com outros hábitos)						
Relação Serviços de Saúde							Assume a doença Inicia abstinência Comunidade Terapêutica (Tratamento)				
Relação Serviços Sociais							Grupo de Auto Ajuda				
Trajetória Pessoal e Familiar					24 A Dificuldades no trabalho (Tímido e Introverso, o álcool desinibiu)		Melhoria acentuada da qualidade de vida				
	1989	1994	1999	2004	2009	2014	2019				

	Perfil A42														
Sexo e idade	Masculino – 59A														
Estado Civil	Solteiro (vive com uma companheira)														
Formação e Atividade/Situação Profissional	4ª classe Operário														
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família, problemas laborais e financeiros														
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 4 anos)														
Dimensões de Análise	Idade		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	59
	Trajetória do consumo		Início (com os amigos e em casa)		>gradual do consumo				Consumos de 5l dia no trabalho com agravamento aos fins de semana				53 A Assume a Doença Inicia abstinência		Recai Reinicia Abstinência
Relação Serviços de Saúde					Centro de Saúde Consultas de rotina e por bronquite (nunca abordaram os PLA)				Hosp. Feira Urgência - embriaguez (nunca abordaram os PLA)				UAC (tratamento)		
Relação Serviços Sociais													53 A Segurança Social da Feira		
Trajetória Pessoal e Familiar					>gradual de problemas familiares, laborais e financeiros				>dos gastos com a bebida e negligência laboral				Deixa de trabalhar (“Era um farrapo humano”)		> da qualidade de vida ; melhoria da vida familiar
	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019		

	Perfil A43																
Sexo e idade	Feminino – 69A																
Estado Civil	Divorciada																
Formação e Atividade/Situação Profissional	12º ano Reformada por invalidez (Correios)																
Problemas associados ao álcool pela doente	Conflitos com a família, problemas laborais e financeiros																
Situação atual quanto ao consumo	Abstinentes (há 6 anos)																
Dimensões de Análise		Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	69
Trajetória do consumo			18 A Inicia em festas familiares			38 A Agrava os consumos (Baixa Auto-estima, para esquecer)			Recaída			63 A Assume a Doença Inicia abstinência					
Relação Serviços de Saúde			Médico dos Correio Cconsultas de rotina			38 A Psiquiatra (Particular) Médico dos Correios Consultas de rotina e de Saúde Mental			UD – DICADN Tratamento (pela filha psicóloga)								
Relação Serviços Sociais			61 A Grupo de auto ajuda														
Trajetória Pessoal e Familiar			18 A Vai trabalhar como Prof. Prim. para Angola Regressa a Portugal Inicia trabalho nos Correios 27 A Casa (marido com 19 A)			38 A Incapacidade para a vida diária e negligência laboral Viol. doméstica			44A Divórcio			55A Reforma Invalidez			63 A Melhoria da vida familiar, >qualidade de vida		
		1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019	

	Perfil A44													
Sexo e idade	Masculino – 49A													
Estado Civil	Casado													
Formação e Atividade/Situação Profissional	8º Ano													
Problemas associados ao álcool pelo doente	Operário fabril – Reformado por invalidez													
Situação atual quanto ao consumo	Conflitos com a família / Problemas de saúde e com a justiça/Problemas laborais e financeiros													
	Abstinentes (há 4 anos)													
	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	49			
Dimensões de Análise														
Trajetória do consumo	<div> <div>14A</div> <div>com amigos</div> <div>>gradual do consumo (Baixa auto estima)</div> <div>32A</div> <div>Intensifica consumos (Invalidez)</div> </div>													
Relação Serviços de Saúde	<div>Assume a Doença</div> <div>Abstinência</div> <div>Hosp. da Feira</div> <div>2º AVC</div>													
Relação Serviços Sociais	<div>Grupo de auto ajuda</div> <div>(Através de outro doente alcoólico)</div>													
Trajetória Pessoal e Familiar	<div>Melhoria acentuada da vida familiar</div> <div>> qualidade de vida</div>													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019			

	Perfil A45															
Sexo e idade	Feminino – 64A															
Estado Civil	Viuva															
Formação e Atividade/Situação Profissional	Analfabeta Doméstica															
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família, problemas de saúde e financeiros															
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 4 anos)															
Dimensões de Análise	Idade		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	64
Trajectoria do consumo															57 A	
															Agravamento Dos consumos	
Relação Serviços de Saúde															58 A	
															UAC 1º Tratamento (Recada)	
															UAC 2º Tratamento	
Relação Serviços Sociais															58 A	
															Grupo de Auto Ajuda (através de uma amiga e vizinha)	
Trajectoria Pessoal e Familiar															57 A	
															Falecimento do marido	
															Melhoria acentuada da qualidade de vida	
			1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019

	Perfil A46												
Sexo e idade	Masculino – 32A												
Estado Civil	Solteiro												
Formação e Atividade/Situação Profissional	6º ano Desempregado (Jardineiro)												
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família/ Problemas económicos e justiça												
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 3 meses)												
<div>Dimensões de Análise</div>		Idade		0	5	10	15	20	25	30	32		
Trajetória do consumo		“Desde pequenito”			Agravamento (amigos, discotecas)			26 A Assume a Doença		28 A Mantém Consumos	Inicia abstinência		
Relação Serviços de Saúde												28 A UAC (Tratamento)	UAC (2º Tratamento)
Relação Serviços Sociais		DIAP/DGRSP (4 Alcoolémias +)					26 A Grupo de Auto Ajuda Seg. Social (RSI) DIAP/DGRSP (alcoolémia 4,6 - obri gado a tratamento e serviço comunitário)						
Trajetória Pessoal e Familiar		>conflitos familiares principalmente com irmãos (também alcoólicos)			Agravamento de dificuldades no trabalho (sem contratos) Violência doméstica (entre irmãos)			>qualidade de vida					
		1987	1992	1997	2002	2007	2012	2017	2019				

	Perfil A47														
Sexo e idade	Masculino – 56A														
Estado Civil	Divorciado														
Formação e Atividade/Situação Profissional	4ª classe Desempregado (C. Civil e oper.)														
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família /Divórcio/ Problemas de saúde/de justiça e financeiros														
Situação atual quanto ao consumo	Abstinentes (há 1,5 anos), em Comunidade Terapêutica (CT)														
Dimensões de Análise	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	56	
Trajetória do consumo	<div> <div>16 A</div> <div>Com os amigos</div> <div>19 A</div> <div>Agravamento na Const. civil</div> </div> <div>>consumo</div> <div>Embriaguezes frequentes</div>														
Relação Serviços de Saúde	<div> <div>Hosp. da Feira</div> <div>(urgência e Internamento por acidente de trabalho)</div> </div> <div>UAC 1º Tratamento</div> <div>UAC 2º Tratamento</div> <div>Comuni. Terap.</div>														
Relação Serviços Sociais	<div> <div>DIAP/DGRSP</div> <div>2 Alcoolémias +</div> </div> <div>48 A</div> <div>Seg. Social (RSI)</div> <div>Stª Casa</div> <div>Misericórdia</div> <div>Grupo de Auto Ajuda</div>														
Trajetória Pessoal e Familiar	<div> <div>>gradual de problemas Familiares</div> <div>>limitações laborais</div> <div>(Acidente de trabalho)</div> <div>(Faltas frequentes)</div> </div> <div>v. doméstica</div> <div>>dificuldades económicas</div> <div>divórcio</div> <div>Desemprego < capacidade de trabalho</div> <div>>qualidade de vida</div>														
	1963	1968	1973	1978	1983	1988	1993	1998	2003	2008	2013	2018	2019		

	Perfil A48														
Sexo e idade	Masculino – 64A														
Estado Civil	Divorciado														
Formação e Atividade/Situação Profissional	6º ano Empresário (Micro empresa)														
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família, com a justiça e problemas laborais e financeiros														
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 3 anos), em Comunidade Terapêutica (CT)														
Dimensões de Análise															
	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	64
Trajatória do consumo		12 A Início (em casa)			23 A Agrava consumo			38 A Embriaguezes frequentes 42 A Assume Doença Inicia abstinência 44 A Recai e agrava consumos			61 A Reinicia Abstinência				
Relação Serviços de Saúde					23 A Particular (pede ajuda a um Médico Inglês para reduzir)			42 A UAC Tratamento			44 A Hosp. de Viseu Urgência (várias) Psiquiatria (3 Internamentos) (álcool e depressão)			61 A UAC Tratamento	
Relação Serviços Sociais								38 A DIAP/DGRSP 3 alcoolémias + (multas, traba. comunit...)			Cáritas (casa abrigo)			61 A Cáritas (Comunidade Terapêutica)	
Trajetória Pessoal e Familiar					19 A Casa-se 23 A Emigra para Inglaterra			38 A Divórcio Problemas económicos (a mulher fica com todos os bens e dinheiro)			Sem abrigo			61 A Melhoria acentuada da qualidade de vida	
		1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019

	Perfil A49																
Sexo e idade	Masculino – 59A																
Estado Civil	Divorciado																
Formação e Atividade/Situação Profissional	4ª classe Desempregado (operário)																
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família /Divórcio/ Problemas de saúde e financeiros																
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 12 anos); em Comunidade Terapêutica (CT)																
<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>																	
Dimensões de Análise	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	59			
Trajetória do consumo		Inicia em casa e com os amigos					> no trabalho e em casa					42 A Agrava o consumo Embriaguezes		46 A Assume Doença Inicia Abstinência			
Relação Serviços de Saúde		Centro de Saúde Consultas de rotina (nunca abordaram PLA)															
Relação Serviços Sociais		42 A Seg. Social RSI														46 A Comunidade Terapêutica	
Trajetória Pessoal e Familiar	Deficiência física Nascença (perna + curta)	Diversos trabalhos (padeiro, sapateiro, operário... Maus tratos psicológicos à mulher Divórcio (mulher fugiu com outro)					42 A Desemprego Vive com a mãe (maus tratos)		>qualidade de vida								
		1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019			

	Perfil A50																
Sexo e idade	Masculino – 68A																
Estado Civil	Divorciado																
Formação e Atividade/Situação Profissional	6º ano Reformado (Empreg. escritório)																
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família, divórcios/problemas de saúde, problemas laborais e financeiros																
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 2,5 anos)																
	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	68	
Dimensões de Análise																	
Trajectoria do consumo	<div> <div>16 A</div> <div>Início Refeições</div> </div> <div>18 A</div> <div>Diariamente >consumos</div> <div>26 A</div> <div>Agrava consumos (culpa as companhias)</div> <div>34 A</div> <div>Inicia abstinência</div> <div>51 A</div> <div>Recai (motivado pela 2ª Mulher)</div> <div>Agrava consumos</div> <div>Reinicia abstinência</div>																
Relação Serviços de Saúde	<div>Centro de Saúde</div> <div>Consultas de rotina ao longo da vida</div> <div>34 A</div> <div>Centro de Saúde</div> <div>Equipa de Alcoologia</div> <div>Trat. ao álcool (ambulatório)</div> <div>Hosp. de Aveiro</div> <div>(Urgência – alcoolizado?)</div> <div>UAC</div> <div>Tratamento Ambulatório</div>																
Relação Serviços Sociais	GAA (através da Irmã)																
Trajectoria Pessoal e Familiar	<div>18 A</div> <div>Inicia Trabalho (várias mudanças Por falência das Empresas)</div> <div>26A</div> <div>Casa-se</div> <div>34 A</div> <div>Melhoria da qualidade de vida</div> <div>Vive com 2ª compa-nheira</div> <div>separa-se passa a viver com a mãe</div> <div>Melhoria acentuada Da qualidade de vida</div>																
	1951	1956	1961	1966	1971	1976	1981	1986	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2019		

	Perfil A51										
Sexo e idade	Feminino – 37A										
Estado Civil	Divorciada										
Formação e Atividade/Situação Profissional	6º ano										
Problemas associados ao álcool pelo doente	Desempregada (funcionária de um Lar) (Aguarda reforma por invalidez) Conflitos com a família / Divórcio/ Problemas de saúde e judiciais/Económicos										
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (1 ano)										
Dimensões de Análise	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	37	
Trajectoria do consumo							24 A Início	26 A Agravamento e embriaguez frequente	27 A Inicia abstinência	Reinicia Consumos Excessivos	36 A Reinicia abstinência
Relação Serviços de Saúde						Hosp. de Aveiro (consultas) Diabetes tipo 1 14 A Neuropatia Diabética	Hosp. de Aveiro Intern. Psiquiatria (Depressão Pós-parto) Várias consultas	UAC Tratam. Internamento	Clínica Rainha Santa Isabel Tratam. Internamento	Hosp. Aveiro Consultas várias	
Relação Serviços Sociais							CPCJ (retirada do filho)	26 A Grupo de auto ajuda (conhecia o GAA, por ter levado lá o pai, também doente alcoólico)	31 A Seg. Social RSI		
Trajectoria Pessoal e Familiar						>gradual de problemas de saúde	>gradual dos problemas familiares	26 A Divórcio (filho entregue à avó)	27 A Desemprego Emigra para França	2º Companheiro Alcoólico, violento Maus tratos Problema económicos	
		1982	1987	1992	1997		2002	2007	2012	2017	2019

	Perfil A52									
Sexo e idade	Masculino – 30A									
Estado Civil	Solteiro									
Formação e Atividade/Situação Profissional	Licenciado Engenharia Mecânica Desempregado									
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família/ Problemas de saúde e económicos									
Situação atual quanto ao consumo	Mantém consumos									
Dimensões de Análise	Idade		0	5	10	15	20	25	30	
Trajectoria do consumo					Início Com consumos excessivos ao fim de semana com amigos		Agravamento Embriaguezes frequentes Álcool como antidepressivo		26 A Assume a Doença Mantém consumos com alguma “moderação” (dificuldade em aceitar o tratamento ao álcool)	
Relação Serviços de Saúde							Hosp. de Viseu Psiquiatria Várias consultas e internamento		24 A Hosp. Viseu Foi proposto trat. ao álcool	Hosp. de Aveiro Med. Interna Internamento Pancreatite
Relação Serviços Sociais									Grupo de Auto Ajuda	
Trajectoria Pessoal e Familiar							Na Universidade Sofre de depressão grave Dificuldades escolares		Muita dificuldade em arranjar emprego e em mantê-los Dificuldades económicas	Melhoria Em saúde
	1989	1994	1999	2004	2009	2014	2019			

	Perfil A53										
Sexo e idade	Masculino – 41A										
Estado Civil	Solteiro										
Formação e Atividade/Situação Profissional	6º ano Desempregado (freq. Um curso IEFPP)										
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família / Problemas de saúde , laborais e económicos										
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (1,5 meses)										
Dimensões de Análise	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	41
Trajectoria do consumo		16 A Início do consumo (principalmente nos cafés)					Agravamento dos consumos		>frequência e intensidade Embraguezes frequentes	Inicia abstinência Recaída (após 3 meses)	Reinicia abstinência
Relação Serviços de Saúde							Centro de Saúde Consulta (HTA e Hepatite Alcoólica)		UAC Tratamento		
Relação Serviços Sociais							37 A DGRSP (V. domest.)		Grupo de Auto Ajuda (formação)		
Trajectoria Pessoal e Familiar							Trabalhava fora de casa (só vinha aos fins de semana para casa da mãe) (dificuldades na relação com os outros)		>gradual de problemas familiares, laborais , económicos e judiciais Desempregado, volta para casa da mãe		
		1978	1983	1988	1993	1998	2003	2008	2013	2018 2019	
		Violência familiar (contra mãe que faz queixa)									

	Perfil A54													
Sexo e idade	Masculino – 59A													
Estado Civil	Divorciado													
Formação e Atividade/Situação Profissional	4ª classe													
Problemas associados ao álcool pelo doente	Desempregado (Construção Civil) Conflitos com a família /Divórcio/ Problemas de saúde/e financeiros													
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 1 ano)													
Dimensões de Análise	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	59
Trajectoria do consumo	<div> <div>14 A</div> <div>Inicia consumo (pressionado pelo patrão)</div> <div>31 A</div> <div>Com os amigos e no trabalho >consumo Embriaguezes frequentes</div> <div>58A</div> <div>Reinicia abstin.</div> </div>													
Relação Serviços de Saúde	<div> <div>37 A</div> <div>Hosp. de Aveiro Urgência (hemorragia digestiva)</div> <div>47 A</div> <div>Hosp. Aveiro Urgência (crise convulsiva)</div> <div>UAC 1º</div> <div>Tratamento (recaída)</div> <div>UAC 2º</div> <div>Tratamento</div> </div>													
Relação Serviços Sociais	<div> <div>48 A</div> <div>Seg. Social (RSI)</div> <div>Grupo de Auto Ajuda</div> </div>													
Trajectoria Pessoal e Familiar	<div> <div>14 A</div> <div>Inicia trabalho c. civil</div> <div>22 A</div> <div>Pai 1º filho Senhora casada</div> <div>29 A</div> <div>Casa com Senhora de 19 A Viol. Doméstica</div> <div>42 A</div> <div>divórcio</div> <div>Emigra Holanda</div> <div>Regressa da Holanda Fica desempregado</div> <div>Apoiado por um amigo Vive num quarto alugado</div> <div>></div> <div>qualidade de vida</div> </div>													
	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019	

	Perfil A55												
Sexo e idade	Masculino – 50A												
Estado Civil	Divorciado												
Formação e Atividade/Situação Profissional	6º ano Reformado por Invalidez (pintor de belas artes)												
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família / Problemas de saúde e financeiros												
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 2 anos)												
Dimensões de Análise		Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
Trajetória do consumo			Início em casa Sopas de vinho	7 A	Abstinência	19 A	Reinicia consumos	Bebe para poder trabalhar (privação)	38 A	Assume a Doença Inicia abstinência	47 A	Recai	48 A
						Agrava muito							
Relação Serviços de Saúde								Hosp. Aveiro (consultas e internam.) Psiquiatria	38 A	Hosp. Aveiro 1º trat. ao álcool (intern.) Psíqu.	47 A	Hosp. de Aveiro 2º trat. Psíqu. (intern.) Pneumo. - Enfisema	48 A
Relação Serviços Sociais										Cáritas	47 A	Santa Casa da Misericórdia	48 A
Trajetória Pessoal e Familiar		7A	Adoptado e vai para Colégios Internos	19 A	Casa	Dificuldades laborais económicas Problemas de saúde (Mental)	34 A	Separação/ Divórcio (agrav. Saúde Mental)	Com a abstinência melhora a saúde Mantém algum isolamento Dificuldades económicas	48 A	Melhoria de Saúde Mental Agrav. Do Enfisema (Faz 16h de Oxigénio)		
													Tropa
		1969	1974	1979	1984	1989	1994	1999	2004	2009	2014	2019	

Perfil A56																						
Sexo e idade		Masculino – 69A																				
Estado Civil		Divorciada																				
Formação e Atividade/Situação Profissional		Curso Industrial Reformado (Eletricista)																				
Problemas associados ao álcool pela doente		Problemas com a justiça																				
Situação atual quanto ao consumo		Abstinente (há 5 meses)																				
Dimensões de Análise		Idade		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	69				
Trajetória do consumo					18 A Inicia em casa e >tropa			33 A Modera os Consumos			>consumo			62 A Agrava Só e com Amigos			Inicia abstinência					
Relação Serviços de Saúde														Centro Saúde (Consultas de rotina)			UAC (Ambulatório)					
Relação Serviços Sociais														64 A DGRSP (alcoólémias +)			68 A Grupo de Auto Ajuda					
Trajetória Pessoal e Familiar		18 A Faz tropa em Angola			26 A 1º casamento			33 A Emigra para os EUA (leva a esposa e deixa os 2 filhos com a sogra)			37 A Vem buscar os 2 filhos			Viúvo (nos EUA)			62 A Reforma (EUA) Vem para Portugal			68 A 2º Casamento		
		1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019						

	Perfil A57																				
Sexo e idade	Masculino – 73A																				
Estado Civil	Divorciado (vive em casa com a ex-mulher)																				
Formação e Atividade/Situação Profissional	4ª classe Reformado (pedreiro)																				
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família, com a justiça e problemas laborais																				
Situação atual quanto ao consumo	Mantém consumos reduzidos																				
Dimensões de Análise	Idade		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	73			
Trajectoria do consumo							18 A Inicia na tropa	>Progressivamente Consumos						64 A 2 anos abstinente		Mantém consumos <intensidade e frequência					
Relação Serviços de Saúde													58 A C. Saúde Consultas Diabetes (nunca abordaram os PLA)		64 A Hosp Aveiro Ortopedia (cirurgia da anca) (Nunca abordaram os PLA)						
Relação Serviços Sociais																	67 A DIAP/DGRSP (V. Dom) → GAA		71 A DGRSP (V. Dom. 2ª)		
Trajectoria Pessoal e Familiar			13 A Começa a trabalhar nas obras (com o pai que era empreiteiro)										59 A Desempregado		64 A Reforma < mobilidade		67 A Divórcio (mantém-se na mesma casa) Muito defensivo “Ainda” não aceita Trat.				
	1940	1945	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2019					

	Perfil A58													
Sexo e idade	Masculino – 57A													
Estado Civil	Casado													
Formação e Atividade/Situação Profissional	4ª classe Desempregado (pedreiro)													
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família /Problemas de justiça e financeiros													
Situação atual quanto ao consumo	Mantém consumos													
<div>Idade</div> <div>051015202530354045505557</div>														
Dimensões de Análise														
Trajetória do consumo			Com os amigos		>Consumo (muito defensivo)							54 A	<Consumo (às refeições)	
												Mantém consumos Não assume doença		
Relação Serviços de Saúde			Agravamento na Const. Civil							Centro de Saúde Trat. Ambul Análises Alteradas				
Relação Serviços Sociais										54 A	56 A			
DGRSP (Alcoolémia+)										Seg. Soc. RSI				
										Grupo de Auto Ajuda (Não aceita Trat. especializado)				
Trajetória Pessoal e Familiar	1962	1967	1972	1977	1982	1987	1992	1997	2002	2007	2012	2017	2019	
					Casa-se >gradual de problemas familiares		>dificuldades laborais e económicas					56 A Desemprego		

Perfil A59	
Sexo e idade	Masculino – 70A
Estado Civil	Casado (2ª vez, a 1ª mulher faleceu)
Formação e Atividade/Situação Profissional	4ª classe Reformado (operário)
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família e problemas de saúde
Situação atual quanto ao consumo	Abstinentes (há 6 anos)

Dimensões de Análise	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Trajetória do consumo		<div> <div>18 A</div> <div>Inicia com amigos</div> <div>> Consumos (depois do trabalho, na fábrica têm álcool teste)</div> <div>52 A</div> <div>Agrava consumos</div> <div>63 A</div> <div>Embriaguezes frequentes</div> <div>64 A</div> <div>Inicia abstinência</div> </div>														
Relação Serviços de Saúde		<div> <div>52 A</div> <div>C. Saúde</div> <div>Consultas de rotina</div> <div>Diabetes</div> <div>(aconselhado a reduzir o álcool)</div> <div>66 A</div> <div>IPO</div> <div>(Cirurgia do Intestino)</div> <div>(nunca abordaram PLA)</div> </div>														
Relação Serviços Sociais		<div> <div>64 A</div> <div>Grupo de auto ajuda (através da 2ª mulher)</div> </div>														
Trajetória Pessoal e Familiar		<div> <div>26 A</div> <div>Casamento</div> <div>Falec. 1ª Mulher</div> <div>52 A</div> <div>Desempregado</div> <div>Reformado</div> <div>63 A</div> <div>>conflitos</div> <div>64 A</div> <div>Melhoria acentuada da qualidade de vida/ Melhoria da capacidade económica</div> </div>														
		1949	1954	1959	1964	1969	1974	1979	1984	1989	1994	1999	2004	2009	2014	2019

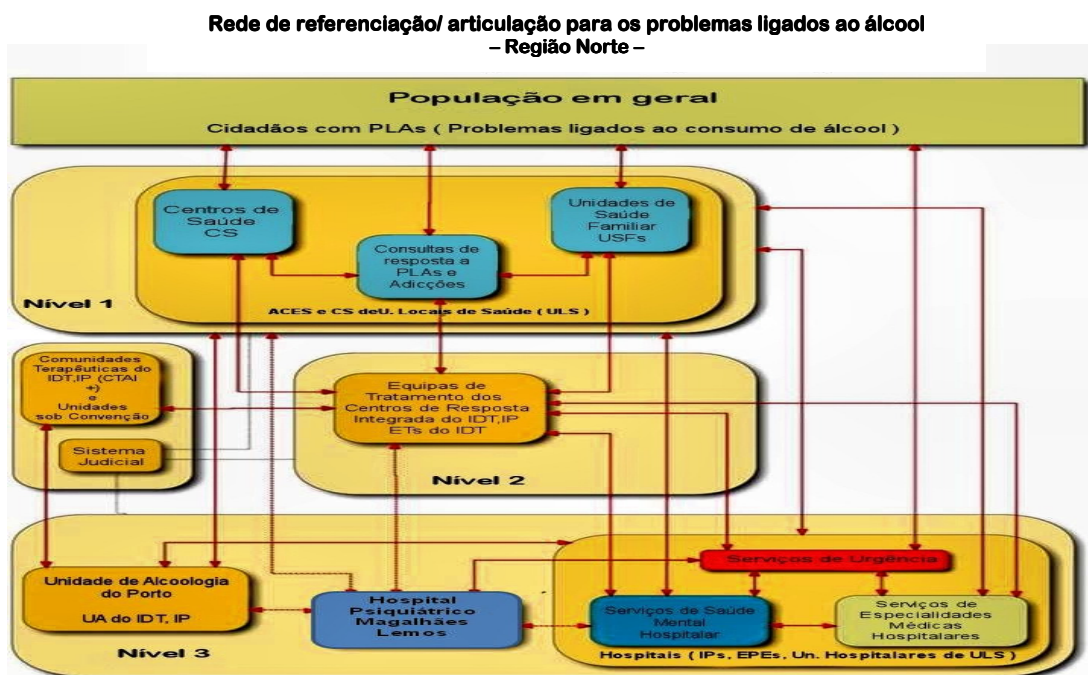
	Perfil A60													
Sexo e idade	Masculino – 59A													
Estado Civil	Casado													
Formação e Atividade/Situação Profissional	6ª classe Pedreiro (Construção Civil)													
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família / Problemas de saúde/Justiça e financeiros													
Situação atual quanto ao consumo	Abstinente (há 2 anos)													

	Perfil A61												
Sexo e idade	Masculino – 52A												
Estado Civil	Divorciado												
Formação e Atividade/Situação Profissional	6º ano Operário												
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família /Divórcio/ Problemas de saúde/e financeiros												
Situação atual quanto ao consumo	Mantém consumos (aguarda internamento na UAC)												
Dimensões de Análise	Idade	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	52
Trajectoria do consumo					Inicia Consumo (em casa todos bebiam)	>Consumo Com os amigos e no trabalho Embriaguezes frequentes	Intensifica consumos (baixa auto estima)						
Relação Serviços de Saúde									Centro de Saúde (consultas de rotina) (nunca abordaram os PLA)	48 A IPO Tratam. tumor laringe		Mantém consumos elevados	Assume Doença UAC Inicia Tratamento
Relação Serviços Sociais												DGRSP (3 alcoolémias +) (trabalho comunitário)	
Trajectoria Pessoal e Familiar						18 A Inicia trab. na Suécia	Casamento Trab. Serralheiro mecânico numa fábrica					Divórcio (vive com a filha) 51 A Aceita tratam.	
		1967	1972	1977	1982	1987	1992	1997	2002	2007	2012	2017	2019

	Perfil A62													
Sexo e idade	Masculino – 54A													
Estado Civil	Solteiro (vive só, frequenta um Centro de Dia)													
Formação e Atividade/Situação Profissional	4ª classe Desempregado (Operário fabril)													
Problemas associados ao álcool pelo doente	Conflitos com a família, justiça, problemas laborais e financeiros													
Situação atual quanto ao consumo	Mantém consumos													
Dimensões de Análise	Idade		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	54
Trajetória do consumo					Início (em casa)	> gradual do consumo com agravamento aos fins de semana	18 A Inicia abstin.	21 A Recomeça	Agrava		42A embriaguezes frequentes		Consumos às refeições	
Relação Serviços de Saúde							18 A Hosp. Porto Internamento (2 anos por acidente)		Centro de Saúde (consultas de rotina) (nunca abordaram os PLA)		Hosp. de Aveiro Urgência – Embriaguez – várias vezes) (nunca abordaram os PLA)			
Relação Serviços Sociais											42 A DIAP/DGRSP (Fogo posto)	Seg. Social – RSI Centro de Dia Grupo de Auto Ajuda		
Trajetória Pessoal e Familiar						15 A Inicia trab. nas obras	18 A Acid. de Trab. Incapacidade 50%		>gradual de problemas Familiares, laborais e económicos		42 A Más relações com vizinhos Incendeia terrenos alcoolizado	melhoria da qualidade de vida		
			1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019

Anexo IX – Rede de Referência/Articulação para os Problemas Ligados ao Álcool – Região Norte

CRITÉRIOS DE REFERÊNCIAÇÃO



Fonte: Rede de Referênciação/ Articulação para os Problemas Ligados ao Álcool. IDT, 2011.