

**Luís Pedro Gomes Correia Dias**

**O Estigma e o Doente Alcoólico**

**Projecto de Graduação**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

**Porto, 2008**

## **O Estigma e o Doente Alcoólico**

### **Projecto de Graduação**

**Luís Pedro Gomes Correia Dias**

---

Projecto de Graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos do 1º ciclo de estudos para obtenção do grau de licenciatura em Serviço Social, orientado pelo Professor Jorge Rebelo.

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar pretendo agradecer e dedicar este trabalho ao Dr. Jorge Topa por toda a aprendizagem que me proporcionou, tendo partilhado comigo um ano da sua experiência profissional em que tive a oportunidade de aprender com um profissional de excelência e com um ser humano verdadeiramente digno da significação da palavra humano. Todas as palavras de elogio são poucas para descrever a sua importância na minha formação.

Agradeço ao Professor Jorge Rebelo pela orientação, não só neste trabalho, mas durante todo o meu percurso académico em que tive a oportunidade de aprender com ele a forma perspicaz e interessada de problematizar e compreender a realidade. A sua disponibilidade para me apoiar neste trabalho foi incondicional. Gostava também de agradecer a todos os docentes que durante o meu percurso académico me influenciaram e me deram a conhecer diversas correntes sociológicas determinantes para a estruturação do raciocínio deste trabalho.

Um agradecimento especial para todos, sem excepção, na Unidade de Alcoologia da DRN do I.D.T., IP, em particular, à Dra. Laura Lessa, directora da Unidade, pela disponibilização total da instituição para a prossecução do meu estágio e do meu estudo; ao Dr. Rui Moreira que apesar de se ter aposentado durante o meu estágio, sempre me disponibilizou liberdade total para utilizar os recursos da instituição no meu estágio; ao Dr. Gaspar Almeida por me ter “aberto as portas” do serviço de internamento e do follow-up da Unidade de Alcoologia e pela boa disposição e humor perspicaz; ao Dr. Victor Alexandre pelo espírito crítico e empreendedor na defesa do bem-estar superior dos utentes da Unidade; à Dra. Alexandra Bento, Enfermeira Liliana Ferreira, Dra. Zélia Teixeira, Dra. Ofélia Onofre, Dra. Clara Silva, Terapeuta Mónica, Enfermeiro Rui e outros, por me terem mostrado como funciona cada um dos diferentes serviços da Unidade; à D. Bernardete André por me ter acolhido com muita simpatia no meu primeiro momento do estágio e me ter ajudado sempre que necessário; à D. Fátima Futuro, D. Ana Rosa e Joana por me terem ajudado a contactar com os utentes para a aplicação de questionários; e a todos os que me esqueci de mencionar e que me apoiaram neste ano, ficando sempre com a vontade voltar atrás e fazer tudo mais uma vez.

Finalmente, agradeço aos meus pais todo o apoio que me prestaram durante todo este ciclo que culmina com este trabalho, porque sem eles nada disto teria sido concretizado. E à Joana por todos os motivos do mundo.

## Índice

Agradecimentos .....	3
Índice .....	4
Introdução.....	8
I – Enquadramento Teórico do Estudo .....	11
1. A evolução do conceito de estigma – definição e delimitação do termo .....	11
2. Alcoolismo – Definições e Conceitos .....	14
2.1. Factores sociais.....	15
2.2. Efeitos do alcoolismo .....	16
2.2.1. Efeitos na família – nível de socialização primário.....	16
2.2.2. Efeitos no trabalho – nível de socialização secundário .....	17
3. As expectativas face ao outro e suas consequências – O choque entre o virtual e o real ....	18
3.1. O mundo interior do estigmatizado – reacção face ao rótulo de “diferente” .....	19
3.2. O estigmatizado e o outro no contexto social.....	21
3.3. O estigmatizado e o igual .....	22
4. A adaptação à sociedade por parte do estigmatizado – o tratamento no doente alcoólico...	23
5. Adaptação do doente alcoólico fora das instituições de apoio .....	24
5.1. O binómio desacreditado-desacreditável.....	25
5.2. A informação social e estratégias da sua gestão – o caso dos doentes alcoólicos.....	26
5.3. Álcool maligno ou benigno – aceitação e estigma no consumo de bebidas alcoólicas.....	29
6. O estigma nos doentes alcoólicos e exclusão social.....	31
II. O Estigma nos Doentes Alcoólicos – Estudo sociológico na Unidade de Alcoologia da Direcção Regional do Norte do I.D.T., IP. ....	33
1. Abordagem Quantitativa do Estudo do Estigma nos Doentes Alcoólicos .....	33
1.1. Delineamento do método a ser empregue no estudo quantitativo .....	33
1.2. Objectivos do estudo quantitativo .....	34
1.3. Elaboração do instrumento de recolha de informação.....	35
1.4. Método.....	36
1.4.1. Participantes .....	36
1.4.2. Procedimento .....	36
1.4.3. Instrumento.....	36
1.5. Resultados.....	37

1.5.1. Caracterização dos participantes .....	37
1.5.2. Estigma e Alcoolismo.....	37
1.5.3. Análise e discussão de resultados.....	39
2. Abordagem Qualitativa do Estudo do Estigma nos Doentes Alcoólicos .....	44
2.1. Delineamento do método a ser empregue no estudo qualitativo .....	44
2.2. Objectivos do estudo qualitativo .....	45
2.3. Elaboração das entrevistas.....	46
2.4. Método.....	47
2.4.1. Participantes .....	47
2.4.2. Procedimento .....	48
2.5. Apresentação, análise e discussão dos dados recolhidos.....	49
2.5.1. Estigma e percurso até ao início do tratamento .....	49
2.5.2. Estigma e espaço físico dos consumos .....	55
2.5.3. Estigma e mudanças pós início do tratamento .....	57
Reflexão Final .....	65
Bibliografia.....	69
Anexos.....	
Anexo 1 – Bebidas alcoólicas e factores individuais associados ao consumo .....	
Anexo 2 – Modelo multi-factorial dos Problemas Ligados ao Álcool.....	
Anexo 3 – O interaccionismo simbólico .....	
Anexo 4 – Reacções do sujeito face à sua problemática .....	
Anexo 5 – Adaptação dentro das instituições de apoio – o primeiro contacto do doente alcoólico com as estruturas de reinserção.....	
Anexo 6 – O individualismo contemporâneo no esbatimento do estigma .....	
Anexo 7 – Escala de Estigma .....	
Anexo 8 – Questionário.....	
Anexo 9 – Guião de Entrevista.....	
Anexo 10 – Matrizes Conceptuais.....	

## **Índice de Figuras**

Figura 1 - Ciclo de Estigma.....	13
Figura 2 - Efeitos do álcool ao longo do tempo no indivíduo alcoólico e no não alcoólico ....	30

**Índice de Tabelas**

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica dos participantes..... 48

## **Introdução**

O presente estudo surgiu com o objectivo de representar o final de um ciclo, mais concretamente, o primeiro ciclo de estudos em Serviço Social na Universidade Fernando Pessoa. O seu fundamento insere-se no culminar de diversas experiências obtidas durante o estágio curricular desenvolvido no último ano do ciclo referido. Como tal, existem alguns pontos nos quais todo este trabalho se veio a estruturar. Em primeiro, tendo em conta que na instituição na qual o estágio se desenvolveu, a Unidade de Alcoologia da Delegação Regional do Norte do Instituto da Droga e da Toxicodpendência, IP, se prestam cuidados de saúde a doentes alcoólicos, o estudo a ser desenvolvido teria, forçosamente, de estar relacionado com a problemática do alcoolismo. Ao mesmo tempo, o estágio se encontrou-se inserido no âmbito da licenciatura em Serviço Social, logo, este estudo incide em questões relacionadas com a intervenção social e os processos de transformação social, onde a temática da reinserção social abarca estas duas dimensões.

Outro aspecto importante reside no facto de o estigma ser um fenómeno social carregado de negatividade, em que o comportamento humano e o comportamento dos sistemas sociais viola os direitos de igualdade entre as pessoas preconizados pelos princípios dos direitos humanos e pela justiça social, estando aqui estabelecido o paralelo entre o tema deste trabalho e os objectivos do Serviço Social. Tendo em conta a orientação permanente para a inovação por que se rege a Universidade Fernando Pessoa onde o autor deste projecto de graduação se insere como aluno, o estudo teria de demonstrar a capacidade de se focar em temas inovadores na temática do alcoolismo, sendo o estigma uma dimensão da realidade social pouco abordada da literatura em alcoologia, quer a nível nacional, quer a nível internacional, logo, o estudo poderá apresentar um cariz inovador.

Relativamente à abordagem prática deste estudo, procurou-se conotar este trabalho com um forte cariz qualitativo e, simultaneamente, fundamentá-lo de forma mais sólida com uma base quantitativa capaz de representar o universo dos indivíduos doentes alcoólicos utentes na Unidade de Alcoologia da Delegação Regional do Norte do Instituto da Droga e da Toxicodpendência, IP, onde o estudo se desenvolveu no âmbito do estágio curricular desenvolvido no último ano do primeiro ciclo de estudos em Serviço Social.

Compreender em que medida o estigma está presente nos percursos de reinserção social dos doentes alcoólicos é uma das premissas base deste estudo, de forma a, posteriormente, analisar e

desenvolver respostas para as necessidades que aí possam ser identificadas. Este estudo visa constituir-se como um pequeno contributo para a Alcoologia e para o Serviço Social, mas, essencialmente visa contribuir para um maior conhecimento acerca dos seres humanos que estão por trás de uma problemática como o alcoolismo. Assim, o presente estudo assume-se sem pretensões de revelar nada que não estivesse já perante o percebido pelos próprios doentes alcoólicos e pelos técnicos especializados das diversas áreas do saber que com e para os doentes trabalham. Simultaneamente, quanto maior for o esforço em colocar o real social subjectivo o mais objectivo e cientificamente válido possível, maior será o contributo para o desenvolvimento das ciências sociais e, por conseguinte, melhores bases podem existir para a efectivação de projectos que visem mudar injustiças sociais.

Todos ambicionamos pela chegada do dia em que os direitos humanos se consubstanciem e se evidenciem irrefutavelmente na realidade do dia-a-dia entre os homens e nas sociedades por estes edificadas. Embora pareça utópica esta ambição, à medida que a história do ser humano se vai alongando, muitas injustiças sociais, como a escravatura por exemplo, vão sendo abolidas e, assim, a sociedade vai desenvolvendo cada vez mais o seu sentido de justiça e de promoção da igualdade e liberdade. No entanto, a limitação biológica do ser humano para catalogar toda a informação que o vasto campo da realidade lhe transmite, torna-o mais permeável à imposição de pré-concepções e julgamentos muitas das vezes erróneos e precipitados face ao próximo. Dentro destes fenómenos de categorização e compreensão da imensidão da realidade social por parte do cérebro humano, encontra-se o estigma. Assim, embora este estudo seja como uma gota num vasto oceano, procura compreender o estigma nos doentes alcoólicos, a forma como estes indivíduos o percebem e, talvez, levantar pistas para a progressiva dissolução do mesmo, até que um dia, tal como a escravatura, se torne matéria obsoleta na estruturação das relações sociais.

Para que este contributo se torne compreensível, a sua estrutura divide-se em dois pontos fundamentais: o enquadramento teórico do estudo e o estudo prático desenvolvido na Unidade de Alcoologia da DRN do I.D.T., IP. Assim, no enquadramento teórico do estudo começamos por definir e delimitar o conceito de estigma. Em seguida aludimos a alguns aspectos significativos característicos do alcoolismo que consideramos os mais associados à questão do estigma, para depois procedermos à interligação, de facto, entre o estigma e o doente alcoólico. Efectuada esta ligação entre o estigma e o doente alcoólico passamos a tecer algumas analogias desta ligação com a exclusão social.

A segunda parte deste trabalho é, como já referimos, profundamente baseada na prática e apresenta dois estudos que se completam e se complementam. O primeiro desses estudos é de cariz quantitativo e procura obter junto de uma amostra do universo total de utentes da Unidade de Alcoologia da DRN do I.D.T., IP, informação relativa ao estigma que esta população pode, ou não, ser alvo por parte da sociedade. O segundo estudo é de cariz qualitativo e busca as mesmas respostas que o anterior, mas mais pormenorizadamente, dando possibilidade ao sujeito de expor a sua posição e a sua visão baseada na sua própria experiência e interpretação do real. Terminada a abordagem a todos estes pontos, partimos para a conclusão deste trabalho com uma reflexão dos pontos abordados, das conclusões tiradas e das novas questões levantadas para futuras investigações.

## **I. Enquadramento Teórico do Estudo**

### **1. A evolução do conceito de estigma – definição e delimitação do termo**

Uma das premissas fundamentais para a compreensão do objectivo do presente estudo consiste na definição e delimitação do termo estigma e aquilo que se entende por pessoa estigmatizada. Antes de nos debruçarmos pelas especificidades relativas aos estudos das ciências sociais, focalizemo-nos na origem e no significado da expressão estigma. Assim, tal como Goffman (1963) preconiza, uma possível inicial aplicação do termo estigma surge na civilização grega clássica. Para os gregos, a expressão estigma era utilizada para aludir a determinados traços ou sinais corporais que uma pessoa possuía, intimamente associados a uma noção negativa dessa pessoa que, consequentemente, influenciavam negativamente o seu estatuto social.

Na civilização helénica a presença de sinais externos, necessariamente físicos, eram de estrita importância na aferição dos indivíduos dotados, ou não, do estatuto de cidadão. Mossé (1993) lembra que a comunidade pertencente a uma cidade era constituída, no caso de Atenas, pelos Atenienses que constituíam o corpo cívico, pelas mulheres dos cidadãos, pelos estrangeiros residentes (Metecos) e pelos escravos. Assim, um dos primeiros critérios para ser cidadão livre era ser de nascimento livre, ou seja, a qualidade indispensável para a determinação do estatuto social de um sujeito residia num estatuto adscrito. De salientar que, de acordo com Falk (2001), nas cidades de Ática e Atenas apenas 43.000 dos 315.000 residentes eram cidadãos, sendo que 115.000 eram escravos. De forma a diferenciar e tornar físico o estatuto social, os escravos eram sujeitos a cortes ou queimaduras no corpo que possibilitassem a distinção imediata e simples do seu estatuto de não-cidadãos, de não-livres. A essas marcas deu-se o nome de estigma. Apesar dos critérios de exclusão do estatuto de cidadão variarem de cidade para cidade, ficamos com a ideia geral de que existiam diferenças no plano abstracto de ordenamento social que eram transportadas para a concretização física.

Segundo Goffman (1963) outra ampla utilização do termo estigma surge associado à religião. Tal como na definição grega clássica, o termo está relacionado com marcas ou sinais físicos. Na religião Católica, mais concretamente, o termo surge associado ao aparecimento de estigmas ou chagas nas mãos e pés, locais corporais onde, alegadamente, Jesus Cristo foi alvo de golpes aquando da sua crucificação. Este ponto é uma questão mais complexa, uma vez que está relacionado com factores psicogénicos que poderão causar o surgimento de estigmas em

determinados indivíduos. Existe ainda uma utilização do termo em aspectos relacionados com a botânica e os constituintes de algumas flores.

Como se pode verificar, o termo estigma possui uma conotação metafórica grande, sendo que na actualidade, em comparação com a origem do termo, a sua abrangência é maior e não se limita a definir determinadas características físicas, mas toda uma diversa gama de características negativas que um indivíduo poderá possuir que o colocam em posição de destaque face aos restantes indivíduos do seu espaço de interacção social. Não existe, portanto, uma teoria única acerca do estigma, facto este que se prende, essencialmente, com a complexa interacção que está na origem do termo, passando pela sociologia, política, história, psicologia, medicina e antropologia. Para além disso existem indícios evidentes que a origem do termo está relacionada com factores sociais que até aos dias de hoje se perpetuaram. O factor chave para esta generalização do termo reside na percepção de diferença. A predisposição para se aperceber da diferença é, provavelmente, inata em todos os grupos humanos, desde que estes dependam da previsibilidade do comportamento dos seus membros para o seu bom funcionamento e segurança. Não é, por isso, surpreendente que estes grupos, ao aperceberem-se da diferença, tenham reacções agressivas face a um objecto que é percebido como ameaçador. A maior parte das diferenças entre as pessoas é ignorada e tida como irrelevante, no entanto, algumas características são tidas como categorias diferenciais objectivas. Para dar-se a estigmatização estas diferenças devem estar associadas a ameaças indesejáveis. Por exemplo, parte do estigma existente para com doentes alcoólicos surge associado a estereótipos de potencial comportamento violento, dificuldades comunicacionais e comportamento imprevisível. Estes indivíduos são colocados numa categoria distinta da dos sujeitos que os contemplam, sendo normalmente colocado na categoria dos “outros”, bastante diferente de “nós”. Estes exogrupos estigmatizados apresentam, geralmente, falta de poder e o seu estatuto social decresce, levando a uma combinação de mecanismos que os colocam em situações gradualmente mais degradadas (Smith, 2002).

Sartorius *cit. in* Smith (2002) refere a existência de um “ciclo de estigma” e defende que este não ocorre somente no indivíduo e na sua família, mas também se propaga até aos serviços de saúde relacionados e à investigação científica. Para o autor o indivíduo possui uma “marca” constituindo-se como uma característica específica alvo de “estigma”. Por conseguinte, o indivíduo é “discriminado” e descredibilizado perante os demais acarretando diversas “desvantagens” para si. A quebra na “auto-estima” daí resultante aumenta a “incapacidade” dos sujeitos, uma vez que estes têm menos acesso a recursos sociais e financeiros. À medida que o

ciclo se prolonga, o indivíduo vê as suas “resistências” face à estigmatização reduzidas, continuando o ciclo a repetir-se, intensificando e fortalecendo o estigma progressivamente. Na figura 1 é possível verificar-se esquematicamente o modelo do “ciclo de estigma” de Sartorius.

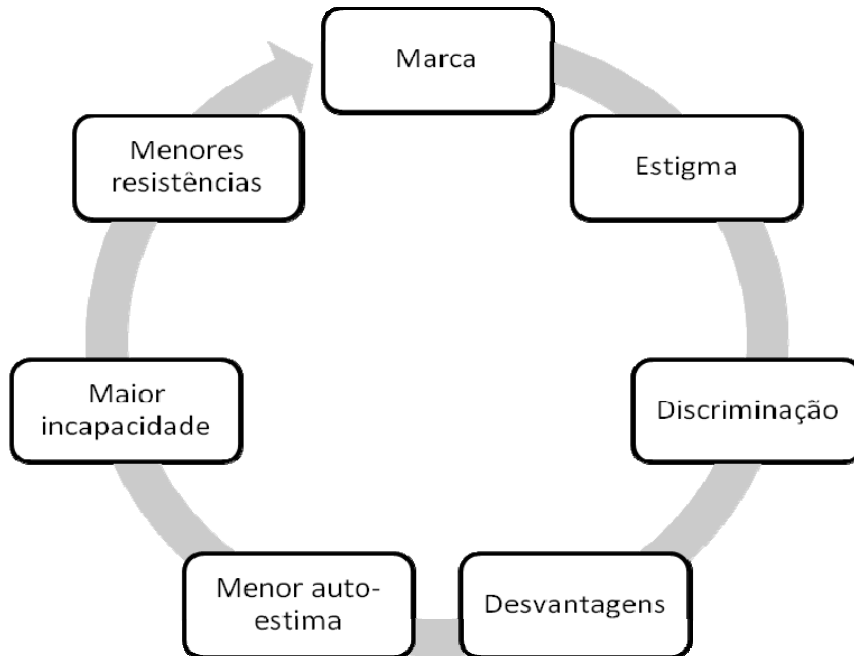


Figura 1 – Ciclo de Estigma (Sartorius *cit. in* Smith, 2002, p.318)

Apesar de estarmos a considerar o termo estigma como um conceito associado à sua componente social, deve-se salientar que mesmo assim pode existir uma diversa gama de estigmas. Por exemplo, as origens e as dinâmicas envolvidas na estigmatização do alcoolismo são muito diferentes das que estão relacionadas com disfunções surgidas à nascença. No entanto, deve-se salientar que alguns tipos de estigmatização, como a que a actividade criminal é alvo, têm funções sociais úteis e não apenas negativas (Smith, 2002). Para Falk (2001, p. 17) a utilização moderna na sociedade ocidental “(...) das palavras estigma e estigmatização refere-se a um sinal invisível de desaprovação que permite aos socialmente incluídos delinear um círculo em volta dos excluídos, de forma a demarcar os limites de inclusão num determinado grupo”. O autor salienta ainda que este tipo de demarcação permite aos incluídos saber quem está dentro do grupo e quem está fora, permitindo que o grupo mantenha a sua solidariedade ao demonstrar o que acontece a quem opta por desviar-se das normas aceitáveis de comportamento. No entanto, para compreender-se melhor o desenvolvimento do conceito e adjudicá-lo à realidade social dos doentes alcoólicos, é fundamental ir-se à origem do conceito nas ciências sociais e humanas, para tal, o contributo de Erving Goffman jamais poderá ser descartado, conforme se poderá constatar

mais à frente no presente trabalho. Antes dessa abordagem, é fundamental definir alguns conceitos importantes no sentido de se compreender melhor a problemática do alcoolismo para, posteriormente, se estabelecer o estudo do estigma nesta área. De salientar que no próximo ponto iremos proceder a uma abordagem técnica mais específica da alcoologia, filtrando desta área os dados que consideramos mais relevantes para o estudo do estigma no doente alcoólico. Por isso, a pequena súmula de informação relativa ao alcoolismo pecará sempre por escassa se tivermos em consideração a abrangência total pela qual alcoologia se expande.

## **2. Alcoolismo – Definições e Conceitos**

Em primeira análise é interessante encontrarmos uma definição na alcoologia para o objecto de estudo de trabalho, ou seja, o doente alcoólico. Assim, um alcoólico é, para Harichaux e Humbert (1978), uma pessoa que possui um hábito adquirido de ingestão de bebidas alcoólicas, que está impossibilitada de se libertar desse hábito tendo já se transformado numa necessidade insuperável, sofrendo diversas perturbações consequentes desse consumo excessivo ao longo dos anos. Neste sentido, os autores definem o alcoolismo como sendo o conjunto das perturbações orgânicas e psíquicas provocadas pelo álcool no indivíduo, e as suas consequências para a sociedade. Já anteriormente, em 1851, Huss *cit. in* Mello et al. (2001), referiu o alcoolismo crónico como sendo uma forma de doença correspondendo a uma intoxicação crónica, acrescentando ainda que existem quadros patológicos desenvolvidos em pessoas com hábitos excessivos e prolongados de bebidas alcoólicas.

Anos mais tarde, surge uma definição de alcoolismo e de alcoólico mais aproximada do contexto actual elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em que o alcoolismo passa a não constituir uma entidade patológica definida, mas sim a totalidade dos problemas motivados pelo álcool, no indivíduo, alargando-se a vários planos e causando perturbações orgânicas e psíquicas, da vida familiar, profissional e social, com repercussões económicas, legais e morais. Ao mesmo tempo, este organismo – a OMS – considera os alcoólicos como bebedores excessivos, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, da saúde física, do relacionamento com os outros e do seu comportamento social e económico, devendo, por isso, submeter-se a tratamento (Mello et al., 2001). Ainda no âmbito das definições propostas pela Organização Mundial de Saúde, surge o conceito de Problemas Ligados ao Álcool (PLA's), sendo esta uma expressão bastante utilizada para designar as consequências nocivas do consumo de álcool. Estas consequências atingem, não apenas o bebedor, mas também a sua família e a

sociedade em geral. Assim, surgem perturbações relacionadas com o consumo de álcool que podem ser físicas, mentais e sociais, podendo ser resultante de episódios de consumos agudos, de um consumo excessivo ou inoportuno, ou de um consumo prolongado (Mello et al., 2001).

Por fim, surge a questão de como definir, então, a alcoologia. Para responder a esta questão surge Fouquet *cit. in* Mello et al. (2001, p. 17) referindo a alcoologia como uma

(...) disciplina consagrada a tudo aquilo que diz respeito ao álcool etílico, quanto a: produção, distribuição, consumo normal e patológico e implicações deste, suas causas e consequências, quer a nível individual (orgânico, psicológico e espiritual), quer a nível colectivo (nacional e internacional, social, económico e jurídico).

Este autor considera ainda que alcoologia é uma disciplina autónoma servida como instrumento de conhecimento das principais ciências humanas, económicas, jurídicas e médicas, encontrando na sua evolução dinâmica as suas próprias leis. O aparecimento de dependência ao álcool exige um contacto inicial entre o álcool presente na bebida alcoólica e o organismo vulnerável. O álcool etílico – etanol – é o agente da doença alcoólica. No entanto, os factores individuais e do meio condicionam fortemente o consumo excessivo de álcool, favorecendo a acção nefasta do álcool e a criação da dependência ao fim de um determinado período de tempo, geralmente prolongado, que varia de indivíduo para indivíduo (Mello et al., 2001). No anexo 1 a este trabalho é possível encontrar um melhor esclarecimento relativamente ao agente que provoca a problemática do alcoolismo, ou seja, as bebidas alcoólicas. Nesse mesmo documento, também são referidos alguns factores que podem originar o consumo de álcool por parte dos indivíduos.

## **2.1. Factores sociais**

O estigma é fenómeno profundamente social. Neste sentido é importante encontrar na literatura da alcoologia interpretações relativas à importância dos factores sociais no consumo de bebidas alcoólicas e no seu consumo excessivo. Assim, os factores sociais assumem uma indiscutível importância nas dimensões socioculturais e económicas, imprimindo características na própria intoxicação e no seu quadro clínico os hábitos, tradições, mitos, falsos conceitos (beber para aquecer, para ter mais força, para abrir o apetite, para fazer a digestão, para matar a sede...). É neste contexto que o indivíduo estabelece o seu encontro precoce com o álcool, encontro que, muitas vezes, se dá mesmo antes do nascimento (Mello et al., 2001).

Outra característica importante reside nas diferenças culturais e religiosas, nas normas socioculturais rígidas influenciando hábitos e controlo da alcoolização em grupos étnicos que vão de culturas onde a presença e tolerância ao álcool é reduzida, para locais de maior consumo e permissividade à substância. Outro aspecto social que poderá influenciar o consumo de bebidas alcoólicas é o papel exercido pelo tipo de profissão, pela publicidade, pelas políticas de oferta e disponibilidade de álcool, etc. Por vezes, a ingestão imoderada pode alterar o comportamento humano e transformar o homem num potencial agressor, para si, para a família e para a sociedade. É o caso dos delitos e crimes sexuais, de homicídios cometidos por alcoólicos com delírio de ciúme ou com um núcleo paranóide. No entanto, um dos modelos explicativos que maior consenso gerou relativamente à origem do alcoolismo é o do modelo multi-factorial dos problemas ligados ao álcool. Onde se defende a igual importância de factores fisiológicos, psicológicos, económicos e sociais, na génese da doença alcoólica. No anexo 2 a este trabalho encontra-se descrito com maior detalhe os aspectos inerentes a este modelo (Mello et al., 2001).

## **2.2. Efeitos do alcoolismo**

Os efeitos do alcoolismo, também designados por Problemas Ligados ao Álcool (PLA's), constituem um problema de saúde pública e possuem múltiplas repercussões atingindo diferentes grupos da população em diversos campos e sectores. Desta forma, é possível encontrar efeitos do consumo de álcool no indivíduo, na família do bebedor, no trabalho, na comunidade e na sociedade em geral. No entanto, e tendo em conta a especificidade deste estudo na componente social, iremos debruçar-nos nos efeitos do alcoolismo nos níveis de socialização primários e secundários, mais concretamente na família e no trabalho.

### **2.2.1. Efeitos na família – nível de socialização primário**

Segundo Mello et al. (2001) o lar do doente alcoólico é, simultaneamente, um lar patológico e um lar patogénico, com inevitáveis repercussões sobre os restantes elementos, nomeadamente sobre os filhos. Assim, a acção do alcoolismo na família faz-se sentir a dois níveis fundamentais: na vida familiar (dificuldades e carências materiais, perturbações relacionais, deterioração progressiva do lar, desagregação familiar) e na descendência (efeito indirecto através da acção psicológica e o efeito directo através da acção tóxica).

Para além das múltiplas dificuldades materiais próprias destes lares, situações de despromoção profissional e financeira, de desemprego, que têm as suas graves repercussões na vida da família, também é possível observar desconhecimento e confusão ante a problemática, em que ninguém sabe como agir e em que geralmente se desculpa o comportamento do doente alcoólico perante os demais – mecanismo de negação. De acordo com Díaz e Serrano (2001), é possível que a família de um doente alcoólico esteja exposta a uma grande tensão e stress, com sentimentos de medo e conflitos graves, discussões e agressividade. Verifica-se também uma alteração das normas, dos costumes e dos valores familiares. Daí advém sentimentos de desconfiança e frustração ante o incumprimento de promessas e reacções de ressentimento.

A desintegração deste grupo primário é, por vezes, acompanhada de transformação e troca de papéis o que pode levar a um reequilíbrio na sua dinâmica mas não será, contudo, de estranhar que a maior percentagem de separações e divórcios recaia, precisamente, em lares de alcoólicos. Surge também um sentimento de culpa, pouco apoio emocional e problemas de comunicação dentro do seio familiar. No que concerne à relação com o exterior, os membros da família não podem falar do “segredo” da família, nem pedir ajuda, nem dentro nem fora de casa, por medo e vergonha (Díaz e Serrano, 2001; Mello et al., 2001). De acordo com Mendonça *cit. in* Mello et al. (2001) quando é o pai o alcoólico, estão em jogo dificuldades de identificação, (ausência de imagem paterna e de autoridade); quando é a mãe, são frequentes as situações de carência de afecto e de cuidados, maus tratos físicos, abandono.

### **2.2.2. Efeitos no trabalho – nível de socialização secundário**

As consequências resultantes do consumo de bebidas alcoólicas constituem, nas sociedades industriais, um dos mais importantes problemas médico-sociais, traduzindo-se de diferentes formas no local de trabalho, em face das exigências impostas ao indivíduo, pelas técnicas, processos e instrumentos de trabalho. Assim, verifica-se que o álcool interfere na performance do trabalhador na área das atitudes, da percepção, da motricidade, do raciocínio, imaginação e criatividade. Isto faz com que o indivíduo sofra alterações nas funções psíquicas como a atenção, a vigilância, a capacidade na recolha de informações, a velocidade de tratamento da informação, a capacidade de fixação e de evocação mnésicas, a falta de crítico e o gosto de correr riscos. Para além destes factores surgem também evidências psicotécnicas e laboratoriais que confirmam que nos trabalhadores alcoolizados se verifica um atraso no tempo de reacção simples, atraso no tempo de reacção a estímulos visuais e sonoros, atraso na velocidade de percepção, perturbações

na acuidade visual, perturbações do limiar de fusão de imagens intermitentes, perturbações da acomodação, perturbações do campo visual, perturbações da visão estereoscópica e perturbações do equilíbrio óculo-motor (Harichaux e Humbert, 1978; Mello et al., 2001).

### **3. As expectativas face ao outro e suas consequências – O choque entre o virtual e o real**

Tendo abordado a origem do termo estigma e alguns conceitos específicos relacionados com a temática do alcoolismo, estamos, então, preparados para nos debruçarmos mais aproximadamente na relação existente entre o estigma e os doentes alcoólicos. Neste sentido, de acordo com Goffman (1963, p.5), quando estamos em interacção social com outro indivíduo possuímos algumas pré-concepções, ou expectativas, em relação ao comportamento desse indivíduo, no entanto este estabelecimento de metas a atingir pelo outro é, em certa parte, inconsciente, ou seja, as nossas rotinas de socialização e de adequação normativa estão de tal forma intrínsecas que, muitas vezes, não as conseguimos separar do nosso “olhar” social. O autor refere que “(...) caracteristicamente, ignoramos que fizemos tais exigências ou o que elas significam até que surge uma questão efectiva. Essas exigências são preenchidas?”. Esta pré-concepção do outro e da forma como esperamos que ele seja é denominado pelo autor como “identidade social virtual”. No quadrante oposto surge a “identidade social real”, que diz respeito aos atributos que o indivíduo efectivamente demonstra possuir no contexto de socialização real.

É neste quadro que Goffman (1963, p.6) faz uma primeira definição de estigma, referindo que este conceito surge quando nós, perante um sujeito, começamos a destrinçar características únicas, atributos que os outros (aqueles que consideramos incluídos socialmente como nós) não possuem. Se estes atributos são negativos na nossa interpretação “(...) deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída”. Assim, o autor refere que o estigma é, fundamentalmente, uma “(...) discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real”. É certo que podem existir discrepâncias entre a identidade social virtual e real positivas, ou seja, o indivíduo possui uma característica positiva que não esperávamos que possuísse, no entanto, para Goffman (1963) este aspecto positivo já estava salvaguardado na nossa base de dados social, ou seja, apenas colocamos o sujeito num patamar superior da nossa consideração, sendo o sujeito cumpridor do nosso estereótipo social, conseguindo mesmo superiorizar-se a este. Neste sentido, o termo estigma diz respeito a características e atributos profundamente negativos que um sujeito possa apresentar. No entanto, a sua existência pode criar a exclusão de alguém e, ao mesmo tempo, confirmar a inclusão na norma de outro sujeito. Aliás, a

ambiguidade é uma característica profundamente intrínseca ao estigma, ou seja, um atributo que pode ser mau para um sujeito num dado momento pode ser bom e favorável noutro momento. Xiberras (1993, p.137) reflecte acerca das ideias de Goffman afirmando que este alargou “(...) a noção de estigma à relação estabelecida entre um atributo e um estereótipo social” existindo um duplo ponto de vista do estigma, ou seja, por um lado temos o olhar que a sociedade possui acerca do estigma, e por outro lado o olhar que o indivíduo estigmatizado possui acerca de si próprio.

Se no caso das deficiências físicas a diferença face à norma é imediatamente perceptível, o mesmo não se pode verificar, por exemplo, em algumas doenças crónicas como o síndrome de dependência do álcool. Este aspecto torna a questão da ambiguidade do *estigma* ainda mais pertinente, uma vez que o sujeito poderá alegar que é doente alcoólico em situações onde pode tirar proveito disso (por exemplo num serviço de saúde onde ficará isento de pagar uma taxa moderadora), ao passo que poderá ocultar a sua doença noutra situação caso lhe seja desfavorável revelar a sua dependência do álcool. Goffman (1963) faz a distinção entre características distintivas imediatamente identificadas pelos demais, e características que não são, nem conhecidas pelos outros, nem imediatamente perceptível por estes. Mas, esta dicotomia diz respeito ao binómio desacreditado-desacreditável e à informação social que abordaremos mais à frente.

Ainda dentro do enquadramento da definição social de estigma, Goffman (1963, p.7) refere existirem três tipos distintos de estigma. O primeiro tipo diz respeito às características físicas negativas, o segundo tipo de estigma está associado à componente psicológica do indivíduo e o terceiro tipo é aquele que engloba “(...) estigmas tribais de raça, nação e religião”. Assim, Goffman alude no primeiro tipo de estigma à componente biológica e fisiológica do indivíduo, no segundo tipo à componente psicológica, e no terceiro tipo à componente social. Pode-se dizer que o estigma se estende à esfera biopsicossocial do sujeito. Em suma, o estigma é um traço que um indivíduo possui que se destaca, captando a atenção do outro no contexto da socialização, afastando a possibilidade de captar a atenção para outros atributos. Assim, o estigma é uma característica diferente e, necessariamente, negativa.

### **3.1. O mundo interior do estigmatizado – reacção face ao rótulo de “diferente”**

Será que o indivíduo estigmatizado que se contempla a si próprio é capaz de determinar a sua diferença e resignar-se à mesma sem qualquer tipo reacção, sem qualquer consequência de não

identificação com o grupo social com o qual interage na sua realidade social? Berger e Luckmann *cit. in* Vala e Monteiro (1993) consideram que a formação da identidade de um indivíduo deriva da dialéctica entre o sujeito e o meio social que o envolve. Por outro lado, Goffman *cit. in* Vala e Monteiro (1993) ressalva a importância do momento e do contexto em que a interacção social se dá na definição do indivíduo. Mas, salientamos a posição de Tajfel *cit. in* Vala e Monteiro (1993, p. 291) na resposta à pergunta anteriormente proposta acerca da identidade social do indivíduo doente alcoólico, uma vez que para o autor a identidade social surge “(...) associada ao conhecimento da pertença aos grupos sociais e ao significado emocional e avaliativo dessa pertença”.

Neste contexto, a teoria do interaccionismo simbólico refere que aquando do processo de socialização, o indivíduo encontra-se em contínua interacção com o outro e em permanente construção individual. Esta teoria foi desenvolvida no campo da psicologia social e da sociologia, na qual se destaca o papel de Mead (1934), e fundamenta-se num conjunto geral de premissas acerca da definição do indivíduo e do conceito de sociedade. Existem duas ideias importantes a reter: a primeira diz respeito à interpretação que o indivíduo faz de si mesmo à medida que interage com os outros; a segunda está relacionada ao conceito de sociedade como produto das interacções coordenadas que os indivíduos realizam entre si. No anexo 3 a este trabalho encontram-se mais pormenores relativamente ao interaccionismo simbólico.

No indivíduo estigmatizado um dos mecanismos que o sujeito acciona, no caso do doente alcoólico, é procurar mudar a sua condição de forma a, em certa parte, evitar o estigma e o rótulo de incapacidade por se encontrar frequentemente embriagado. Neste aspecto, Krill *cit. in* Payne (2002) focaliza a importância de cada sujeito em encontrar um significado dentro de si mesmo de acordo com o seu entendimento subjectivo do mundo que o rodeia. No processo de mudança, o autor defende que cada sujeito deve alargar o alcance dos seus interesses no sentido de se empenhar mais em determinado objectivo. Desta forma pode vê-lo como possível de alcançar e seguidamente comprometer-se em atingir esse objectivo.

No entanto, podem ser diversas as formas de reacção de um indivíduo portador de um estigma face às evidências levantadas pelo interaccionismo simbólico. Assim, o indivíduo portador de estigma ao relacionar-se com o outro dito “normal” denota que quase todos os seus atributos pessoais são condicionados por apenas um atributo, precisamente o negativo, aquele que é alvo de estigma. Goffman (1963, p.11) fala mesmo de uma “(...) contaminação social (...)” como se

todos os atributos de uma pessoa fossem contaminados por um só atributo e, no global, a pessoa fosse considerada totalmente como “diferente”. Para o autor esta evidência repercute-se no indivíduo estigmatizado, levando-o a ver-se a si próprio de uma forma totalmente negativa aumentando a sua auto-exigência. O autor refere algumas das estratégias reactivas mais comuns presentes nas pessoas estigmatizadas em períodos longos de tempo e quando não existe um contacto frequente entre os indivíduos estigmatizados e os indivíduos ditos “normais”: a aceitação; a vitimização; e os ganhos secundários. No anexo 4 a este trabalho encontram-se detalhadas estas três dimensões do estigma.

### **3.2. O estigmatizado e o outro no contexto social**

Tendo abordado a perspectiva interna do indivíduo estigmatizado surge a necessidade de abordarmos o contexto social em que este interage com os demais, ao que Goffman (1963, p.14) denomina por “contactos mistos”, podendo estes estar inseridos aquando de uma conversa ou apenas em situações de co-presença. No entanto, a mera possibilidade de se darem estes contactos leva a que o indivíduo estigmatizado procure evitá-los, o que implica, necessariamente, consequências para o mesmo.

Assim, Goffman (1963, p.14) considera que a ausência da interacção com o outro e do “(...) feedback saudável do intercâmbio social quotidiano (...)” faz com que o indivíduo que se auto-isola se torne desconfiado, hostil, ansioso e confuso. Mas, é no momento da interacção entre estigmatizados e “normais” que ambos os lados enfrentam “(...) directamente as causas e os efeitos do estigma”. O indivíduo estigmatizado pode sentir-se inseguro face à forma como irá ser identificado e recebido pelo outro. Uma das causas dessa incerteza reside no facto do indivíduo estigmatizado não saber em que categoria o outro o irá colocar. Mesmo quando a categorização por parte do outro não seja depreciativa permanece a dúvida se, intimamente, uma categorização com base no estigma possa existir. Aqui surge outro aspecto significativo que consiste no facto do indivíduo estigmatizado não saber nunca o que o outro efectivamente pensa dele, levando a que se sinta permanentemente exposto e que todas as suas acções sejam alvo de avaliação ou consideração especial por parte do outro. Se pensarmos no exemplo do doente alcoólico face a este aspecto, pode acontecer que ao entrar num café, onde sabem que está a ser tratado por problemas ligados ao álcool, e beber um copo de água ao invés de uma bebida alcoólica, isso suscite uma reacção nos presentes e tornem um facto comum aos “normais” em algo extraordinário por estar a ser efectuado por um doente alcoólico. Também pode acontecer o

doente alcoólico ter receio de entrar num café por temer que os outros que sabem da sua condição de doente alcoólico considerarem que isso signifique que voltou a beber bebidas alcoólicas.

No caso dos doentes alcoólicos, a ingestão imoderada de álcool pode alterar o comportamento humano e transformar o homem num potencial agressor, para si, para a família e para a sociedade. É o caso dos delitos e crimes sexuais, de homicídios cometidos por alcoólicos com delírio de ciúme ou com um núcleo paranóide (Mello et al., 2001). Assim, os encontros mistos são complexos quer para os estigmatizados quer para os outros, no entanto, tais não podem ser evitados. Logo, Goffman (1963) propõe que devem ser os “normais” a deixar os estigmatizados lidarem com este problema de socialização, uma vez que a pessoa estigmatizada tem mais probabilidade de se deparar com estas situações o que faz com que, provavelmente, seja mais experiente e capaz de lidar com elas.

### **3.3. O estigmatizado e o igual**

Apesar de em algumas situações o indivíduo estigmatizado encontrar sérios entraves ao seu auto-conceito de ser humano igual em direitos e oportunidades aos restantes, existem outras pessoas que partilham a posse de um atributo que as distingue negativamente da maioria das pessoas. Goffman refere-se a este grupo de indivíduos como sendo os que compartilham o seu estigma. No caso dos doentes alcoólicos é muito comum verificar-se este tipo de relações com a criação de grupos de auto-ajuda, sendo os Alcoólicos Anónimos um exemplo mundialmente difundido de pessoas que compartilham um mesmo estigma. Este tipo de associações “(...) fornecem a seus membros uma doutrina completa e quase que um estilo de vida”. Para os doentes alcoólicos a entrada numa associação como os Alcoólicos Anónimos é o esforço máximo por parte dessas pessoas e derivam de diversas posições sociais, constituindo “(...) um objecto de estudo exemplar enquanto movimentos sociais” (Goffman, 1963, p.22).

Mello et al. (2001) corrobora este facto, referindo que o grupo no tratamento do alcoólico permite um processo terapêutico de relações, através do qual os seus elementos se auto-conscienciam de problemas comuns, de necessidades, de papéis e de funções, de capacidades potenciais e de recursos (seus e do seu meio social). O factor grupo permite ao terapeuta uma mobilização de recursos internos ou externos ao grupo, para atingir objectivos comuns e obter uma mudança resultante de um amadurecimento e autodeterminação. Só deste modo a abstinência alcoólica será gratificante para o alcoólico tratado. As sessões periódicas do grupo, já em pós-cura, são

necessárias e verdadeiramente estimulantes para a estabilização da abstinência alcoólica e valorização da promoção individual e social dos seus elementos. No entanto verifica-se que gradualmente vai-se esbatendo o carácter de grupo ligado à instituição cuidadora, no sentido de um novo espírito de grupo de alcoólicos tratados, inserido na sua comunidade, e de associação e clubes de abstinentes.

#### **4. A adaptação à sociedade por parte do estigmatizado – o tratamento no doente alcoólico**

Já referenciamos algumas das especificidades surgidas no indivíduo estigmatizado, quer a nível social, quer consigo mesmo. No entanto, para compreendermos melhor a realidade dos doentes alcoólicos e de que forma o estigma os poderá afectar, é importante compreender em que moldes o sujeito procura inserir-se na sociedade. Para Goffman (1963, p.30) o processo de socialização de um indivíduo estigmatizado atravessa diversas fases que auxiliam o indivíduo a construir ou a reconstruir uma identidade face à sociedade. Desta forma, o indivíduo estigmatizado começa por adquirir e interiorizar a posição da sociedade e dos ditos “normais” e, conseqüentemente, interioriza as mesmas crenças que a sociedade tem face aos indivíduos estigmatizados. Assim, o indivíduo passa para outra fase em que já é capaz de definir quais as conseqüências a nível social de possuir determinado estigma. Para o autor “(...) a sincronização e interacção dessas duas fases iniciais” é bastante importante na definição da forma como o indivíduo vive com o seu estigma, “(...) estabelecendo as bases para um desenvolvimento posterior, e fornecendo meios de distinguir” as diferentes formas em que o indivíduo poderá alicerçar a sua vida.

A importância dada no processo terapêutico de doentes alcoólicos à componente social, familiar, laboral e comunitária diz-nos muito acerca da forma como o estigma poderá estar presente em qualquer uma destas dimensões e de que forma esse factor deverá ser tido em conta na especificidade terapêutica de cada sujeito. De acordo com Mello et al. (2001), o tratamento tem como principais objectivos procurar cuidar de uma intoxicação alcoólica e das suas complicações, proporcionar ao doente os meios para uma reconstrução ou reorganização de vida, restabelecer capacidades relacionais com o seu meio, estabilizar num novo estilo de vida de abstinência alcoólica, auto-determinadamente adoptado, mantido e valorizado pelos aspectos gratificantes que lhe são inerentes. Goffman (1963, p.35) refere-se a esta situação considerando-os como “ciclos de incorporação” em que o indivíduo vai aceitando as novas oportunidades específicas que a sua nova condição lhe trará, ou então, poderá rejeitá-las posteriormente. É importante trabalhar este aspecto no sentido de construir pontes entre os indivíduos estigmatizados e a sociedade, ao invés

de permitir que se ergam barreiras que podem colocar em jogo a terapêutica (no caso dos doentes alcoólicos) e a sua reinserção na sociedade.

Silva e Fridman (2007) corroboram a posição de Goffman no que se refere à construção que o estigmatizado faz da sua “carreira moral” (termo utilizado por Goffman para se referir aos diferentes estádios que o indivíduo estigmatizado atravessa), sendo esta composta por quatro fases fundamentais. Na primeira fase, como já referimos, o indivíduo estigmatizado adquire e incorpora o ponto de vista do ditos “normais”, possuindo a partir daí as crenças da sociedade mais ampla face à identidade e uma noção do que significa ser portador de um estigma particular. Posteriormente, numa segunda fase, o indivíduo adquire a consciência de que, de facto, ele próprio possui um estigma particular. Na terceira fase, para além de aprender que possui um estigma particular, também conhece pormenorizadamente as consequências que daí advém. Por fim, numa quarta fase o indivíduo estigmatizado procura manipular a sua identidade de forma a que o sofrimento da vida em sociedade seja amenizado (Goffman, 1963; Silva e Fridman, 2007). No anexo 5 a este trabalho é possível encontrarmos alguns aspectos relacionados com a adaptação dos sujeitos doentes alcoólicos às instituições que visam prestar-lhes cuidados a essa problemática.

## **5. Adaptação do doente alcoólico fora das instituições de apoio**

Se dentro das instituições prestadoras de cuidados específicos, os indivíduos estigmatizados (nomeadamente os doentes alcoólicos) encontram-se inseridos numa estrutura técnica consciencializada para estes factores relacionados com o estigma e que possui um regulamento interno específico voltado para o doente que, em certa parte, cria uma redoma na qual o estigma face à sua condição não cria situações de exclusão, o mesmo não se pode dizer da realidade exterior nos múltiplos contextos de socialização a que o indivíduo poderá estar sujeito. Neste sentido, dentro da instituição prestadora de cuidados não existe um estigma propriamente dito, porque a identidade social virtual existente entre todos os sujeitos inseridos na instituição (técnicos, doentes e familiares de doentes) não colide com a identidade social real, ou seja, numa instituição de apoio a doentes alcoólicos existe na identidade social virtual a forte possibilidade de um indivíduo, não sendo técnico, ser doente alcoólico ou familiar de um doente. Se é verdade que existem grupos distintos (os doentes e os não doentes), também não é menos verdade que os técnicos e os familiares dos doentes estão presentes para ajudar os doentes, sendo seus aliados face à doença alcoólica e ao estigma que daí poderá advir.

Assim, compreender a forma como o doente alcoólico lida com essa condição fora do contexto institucional é importante, no sentido em que o facto de ser doente alcoólico não constitui um estigma visível. Por exemplo, um doente alcoólico sentado num autocarro cheio de pessoas desconhecidas não é identificado como tal, logo, não é alvo de estigma. No entanto, Goffman (1963) inclina-se sobre esta situação delimitando dois conceitos distintos: o de pessoa desacreditada e o de pessoa desacreditável.

### **5.1. O binómio desacreditado-desacreditável**

De acordo com Goffman (1963) existem diferenças significativas entre pessoas desacreditadas e pessoas desacreditáveis. Desta forma, uma pessoa desacreditada é aquela que possui características estigmatizáveis imediatamente visíveis. Um exemplo simples para compreender esta definição seria visualizar o estatuto de uma pessoa negra numa sociedade caucasiana racista. Assim, perante um indivíduo que consideramos diferente da norma social,

(...) é provável que não reconhecamos logo aquilo que o torna desacreditado e enquanto se mantém essa atitude de cuidadosa indiferença a situação pode-se tornar tensa, incerta e ambígua para todos os participantes, sobretudo a pessoa estigmatizada (Goffman, 1963, p.38).

Noutra perspectiva temos a pessoa desacreditável que é aquela que possui uma condição susceptível de ser estigmatizada mas ainda não o é, uma vez que essa condição não é visível. Um exemplo de uma pessoa desacreditável pode ser um doente alcoólico que nos seus espaços de socialização não revela essa sua condição. Assim, como vimos anteriormente, quando a identidade social real de um indivíduo fica aquém da identidade social virtual idealizada pelos demais intervenientes na socialização surge o estigma, mas para a identidade social real ficar aquém da virtual é necessária uma percepção desse fracasso, o que nem sempre se verifica, tal como no exemplo do doente alcoólico (Goffman, 1963).

Aqui estamos perante outra situação importante, uma vez que a fronteira que distingue um indivíduo de ser desacreditado ou desacreditável é, por vezes, incerta, o que torna esta diferenciação um factor importante na socialização de indivíduos com características que ficam aquém dos pré-requisitos da norma social. Neste sentido,

(...) quando a diferença não está imediatamente aparente e não se tem dela um conhecimento prévio (...), quando, na verdade, ela é uma pessoa desacreditável, e não desacreditada, nesse momento é que aparece a segunda possibilidade fundamental em sua vida. A questão que se coloca não é a da manipulação da tensão

gerada durante os contactos sociais e, sim, da manipulação de informação sobre o seu defeito. Exibi-lo ou ocultá-lo; contá-lo ou não contá-lo; revelá-lo ou escondê-lo; mentir ou não mentir; e, em cada caso, para quem, como, quando e onde (Goffman, 1963, p.38).

Segundo Falk (2001), os doentes alcoólicos sabem que não podem revelar a sua condição alcoólica sem correrem o risco de serem rejeitados. Posto isto, os indivíduos deverão comportar-se como pessoas ditas normais, caso contrário poderão ser vítimas de escárnio e contemplação negativa. Neste ponto levanta-se outras das questões fundamentais no estigma, a *informação social* e, potencialmente, nas suas consequências para os doentes alcoólicos e para os factores inerentes ao seu processo terapêutico, uma vez que o doente alcoólico é, à partida, num contexto de interacção social com um indivíduo desconhecedor da sua doença, uma pessoa desacreditável e, por conseguinte, gere fundamentalmente a informação (revelar ou não a informação de que sofre do síndrome de dependência do álcool).

## **5.2. A informação social e estratégias da sua gestão – o caso dos doentes alcoólicos**

Em primeiro lugar, é importante termos em consideração aquilo que se entende por informação social de forma a, posteriormente, explanar toda a sua importância no estigma nos doentes alcoólicos. Assim, segundo Goffman (1963, p.39), entende-se por informação social toda a informação sobre o indivíduo e suas características, que é “(...) reflexiva e corporificada, ou seja, é transmitida pela própria pessoa a que se refere (...) através da expressão corporal na presença imediata daqueles que a recebem”. Determinado símbolo proveniente do sujeito pode servir para confirmar uma ideia que já havíamos concebido acerca desse indivíduo através dos símbolos que emanam deste, o que nos dará uma imagem mais segura acerca do indivíduo. Esse símbolo específico poderá ser um “símbolo de prestígio”, ou seja, que atribuiu ao sujeito uma característica valorativa positiva e de hierarquização elevada na escada social. Um exemplo de um símbolo de prestígio na sociedade portuguesa actual é o meio de transporte pessoal, caso este seja uma viatura luxuosa, de um construtor associado preços elevados de mercado, limitando assim o seu acesso apenas àqueles que reúnem condições financeiras capazes de suportar a sua aquisição e manutenção. Se por um lado existem símbolos de prestígio, no pólo oposto encontramos os “símbolos de estigma”, ou seja, símbolos

(...) que são especialmente efectivos para despertar a atenção sobre uma degradante discrepância de identidade que quebra o que poderia, de outra forma, ser um retrato global coerente, com uma redução consequente na nossa valorização do indivíduo (Goffman, 1963, p.40).

Este tipo de símbolos transporta-nos de volta para a origem da palavra *estigma* na Grécia Clássica onde, como já vimos, os escravos eram marcados de forma a serem facilmente distinguidos perante os demais (Mossé, 1993).

Um terceiro tipo de símbolos destacado por Goffman (1963, p.40) e com importância para compreendermos a questão da gestão da informação por parte dos estigmatizados, são os “desidentificadores”. Estes consistem em informações que tendem a quebrar uma imagem que havíamos formado acerca de um sujeito, encaminhando-a para uma direcção positiva motivados pelo próprio sujeito alvo da análise. Esta informação pode ser verdadeira ou falsa, e tem como objectivo criar uma nova imagem do sujeito “(...) lançar sérias dúvidas sobre a validade da identidade virtual” que havíamos estabelecido. Pegando no exemplo dado no símbolo de prestígio, encontramos os desidentificadores quando um sujeito aluga um carro de luxo e leva-o para determinado evento no sentido de dar a entender que o carro é seu, induzindo no outro a ideia de que é uma pessoa financeiramente abastada e as variadas interpretações que daí podem advir.

Os símbolos de informação social podem ter origens diversas. Distinguem-se, fundamentalmente, três tipos de símbolos no que concerne à sua origem: os de origem congénita, os de origem não congénita permanentes e os de origem não congénita e efémeros. No caso dos escravos na Grécia Clássica as queimaduras de que eram alvo eram de origem não congénita e permanentes, ao passo que o facto uma pessoa possuir determinada cor de pele já torna esse facto um símbolo de informação social de origem congénita. Por fim, os símbolos de origem não congénita e de duração efémera encontram-se, por exemplo, visíveis nos braços marcados de toxicod dependentes de drogas injectáveis intravenosas, que deixando os consumos, verão o seu organismo esvanecer progressivamente essas marcas (Goffman, 1963).

Noutro prisma, Goffman (1963) chama a atenção para o facto de alguns símbolos poderem transmitir informação social errónea, aludindo ao exemplo dos doentes alcoólicos que frequentemente apresentam vasos capilares dilatados no rosto e no nariz, mas que caso já tenham interrompido os consumos possam ser vistos como bebedores excessivos quando já não o são. Assim, quais são os símbolos que o doente alcoólico transmite de forma reflexiva e corporizada? Qual a gestão de informação que o doente alcoólico processa aquando da sua interacção com o meio social? Para Goffman (1963, p.44) uma das questões fundamentais no que à informação social diz respeito, consiste em determinar “(...) até que ponto o estigma está adaptado para fornecer meios de comunicar que um indivíduo o possui”. Nos doentes alcoólicos o estigma não é

imediatamente visível, no entanto, o feedback que o sujeito vai tendo à medida que interage socialmente no seu quotidiano, quer com as pessoas mais próximas, quer noutros contextos, fornece-lhe dados que o levam a construir a ideia de dever, ou não, agir para fazer face às consequências que o seu estigma lhe acarreta. Ou seja, para o autor a visibilidade do estigma depende do receptor da informação social e não apenas do indivíduo portador de características passíveis de ser alvo de estigma. No entanto, existem algumas técnicas utilizadas pelos indivíduos estigmatizados no sentido de fazer frente a essa situação. Assim, uma das estratégias passa por esconder ou suprimir os sinais que possam tornar o indivíduo alvo de estigma. Outra estratégia utilizada é o recurso aos símbolos desidentificadores por parte da pessoa estigmatizada com o objectivo de dissipar o rasto que pode levar o outro a identificar a sua característica negativa. A pessoa estigmatizada pode também esconder o seu estigma por trás de um estigma de valoração social menor, ou seja, que não seja um mal social tão significativo como o original. Um exemplo desta estratégia surge quando um doente alcoólico justifica a sua dependência alcoólica num divórcio ou separação traumatizante alicerçando aí o seu discurso incutindo no receptor a atenção principal para a situação de divórcio e não para o facto de ser alcoólico (Goffman, 1963).

Goffman (1963, p.83) salienta outra estratégia bastante utilizada pelo indivíduo desacreditável e que, nessa medida, se aplica bastante ao caso dos doentes alcoólicos. A estratégia consiste no manuseamento dos riscos, em que o indivíduo divide o social em dois grupos distintos. O primeiro grupo é largamente maior que o segundo e é constituído pelas pessoas às quais ele não diz nada acerca da sua situação. Por outro lado, o segundo grupo é muito mais pequeno e é constituído pelas pessoas às quais o indivíduo revela tudo acerca da sua situação e, assim, apoia-se nelas. Com este segundo grupo, o indivíduo pode mostrar frequentemente arrependimento das suas acções decorrentes da sua condição e pode mesmo "(...) montar um palco confessional" e emocional. Este tipo de estratégia leva a que as pessoas mais próximas, como os conjugues, apoiem os indivíduos a ocultar a sua condição passível de ser estigmatizada, por exemplo o alcoolismo. O autor acrescenta mesmo que,

(...) as pessoas íntimas não só ajudam a pessoa desacreditável na sua simulação mas também levam essa função além do que suspeita o beneficiário; elas podem, de facto, servir como um círculo protector que lhe permite pensar que é mais amplamente aceite como uma pessoa normal do que ocorre na realidade. Portanto, elas estarão mais atentas à sua qualidade diferencial e aos seus problemas do que ele próprio (Goffman, 1963, p.85).

No caso dos doentes alcoólicos entramos num campo bastante complexo no que a este fenómeno diz respeito. Se por um lado temos o facto de a sociedade estigmatizar indivíduos alcoólicos derivado ao seu comportamento desviante, por outro lado temos a mesma sociedade a promover o consumo de álcool e possuir uma forte tradição vitivinícola. Para Pascual (2002), o uso de bebidas alcoólicas é considerado normal, como um acto social, cultural e gastronómico. O próprio consumo agudo abusivo é geralmente tolerado aquando de momentos festivos ou de diversão. O autor ressalva ainda que o consumo de bebidas alcoólicas é um hábito que faz parte dos estilos de vida dos países ocidentais, sendo tido pelas pessoas de que o álcool é uma substância que se pode controlar. Urge, portanto, debruçarmo-nos mais aprofundadamente neste dupla perspetivação do álcool por parte da sociedade, uma vez que poderá estar aqui a resposta para a compreensão do estigma a que os doentes alcoólicos são sujeitos.

### **5.3. Álcool maligno ou benigno – aceitação e estigma no consumo de bebidas alcoólicas**

Como já foi referido existe uma elevada tolerância cultural e social ao álcool e ao consumo de bebidas alcoólicas, estabelecendo-se mesmo como um elemento omnipresente na cultura popular portuguesa. As vindimas são um exemplo de uma manifestação cultural centrada nas bebidas alcoólicas e não são propriamente alvo de estigma por parte da sociedade. No entanto, a estas tradições surgem associados conceitos erróneos e baseados no senso comum relativamente aos efeitos do álcool. Assim, surgem falsos conceitos como, por exemplo, a noção de que o álcool aquece, que auxilia o processo digestivo, que hidrata o organismo, que pode servir como medicamento em determinadas situações, etc., no entanto a realidade objectiva diz-nos o contrário. Ou seja, a propriedade vasodilatadora do álcool é responsável pelo rubor e sensação de calor à superfície da pele aumentando a temperatura cutânea devido ao maior fluxo sanguíneo nesta zona, no entanto, o organismo não sofre aumento de temperatura. No que concerne à propriedade de hidratação do álcool tal não se verifica objectivamente, potenciando, isso sim, um aumento de perda de água pela urina, ou seja, pode, em caso extremos, provocar desidratação. No processo digestivo o álcool também não surge como um facilitador do mesmo, muito pelo contrário, ou seja, o álcool acelera a passagem dos alimentos do estômago para o intestino sem que estejam completamente digeridos. Pascual (2002) salienta outro fenómeno paradoxal, em que é sobrevalorizado o indivíduo que ingere elevadas quantidades de bebidas alcoólicas mantendo um aspecto de sobriedade, ao passo que se desvaloriza o indivíduo que, mesmo bebendo menos que o primeiro, se apresente a cambaleiar em evidente estado de embriaguez.

Mais uma vez voltamos a Goffman (1963), uma vez que no exemplo dado no parágrafo anterior temos, por um lado, um primeiro sujeito que transmite “símbolos” que levam o outro a entendê-lo como um indivíduo sem nenhum problema com bebidas alcoólicas, por outro lado, temos outro indivíduo que perante uma menor quantidade de álcool ingerida se encontra a transmitir “símbolos” que podem indiciar um problema de descontrolo no consumo de bebidas alcoólicas. O mais curioso nesta situação é que, na verdade, a situação pode ser precisamente a contrária, uma vez que um indivíduo que raramente ingere bebidas alcoólicas, quando o faz, fica embriagado com uma quantidade relativamente reduzida de álcool, ao passo que um indivíduo habituado a ingerir bebidas repetidamente passa a ter maior tolerância à substância não evidenciando o estado de embriaguez com quantidades relativamente reduzidas de álcool (Palha, 2007). Milam e Ketcham (1986) referem mesmo que no estágio inicial de adaptação do alcoolismo o indivíduo sente, geralmente, um aumento na tolerância à substância e pode muitas vezes ingerir quantidades enormes sem afectar a sua capacidade de andar, falar, pensar e agir. Saliente-se, no entanto, que nos estágios seguintes da doença alcoólica o doente alcoólico vê a sua tolerância ao álcool reduzir drasticamente fruto da degradação orgânica do sujeito. Esta diferença entre os símbolos que provêm do sujeito aquando da ingestão de bebidas alcoólicas induz, como é possível verificar na figura 3, em erro a interpretação por parte de quem recebe essa informação. Enquanto o doente alcoólico no estágio inicial apresenta uma melhoria do funcionamento psicológico e fisiológico à medida que o nível de álcool no sangue aumenta, o indivíduo não alcoólico vê o seu funcionamento psicológico e fisiológico entrar em decadência à medida que o nível de álcool no sangue aumenta.

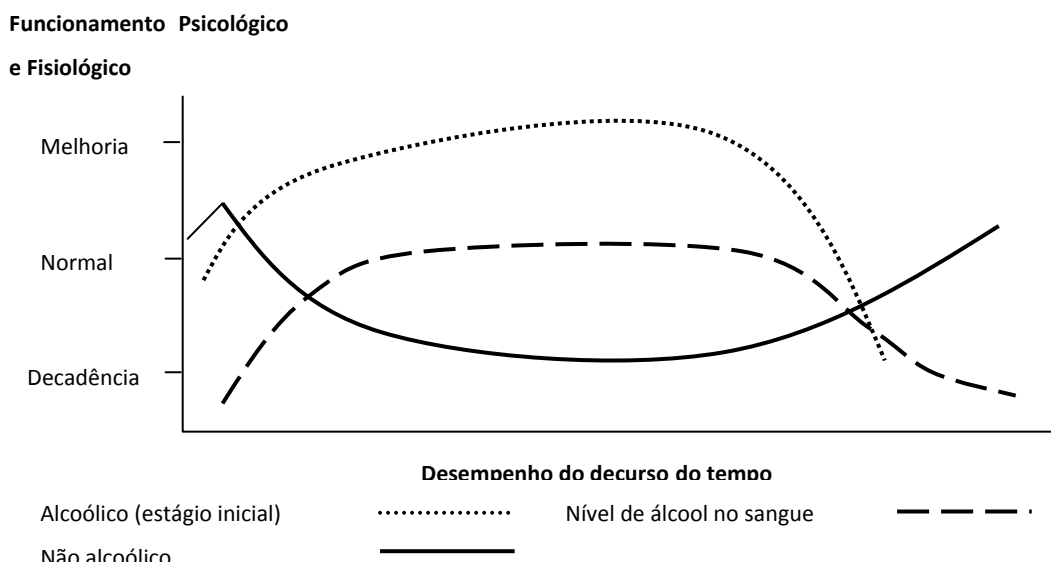


Figura 2 – Efeitos do álcool ao longo do tempo no indivíduo alcoólico e no não alcoólico (Milam *cit. in* Milam e Ketcham, 1986, p.63)

Lipovetsky (1989) faz uma análise bastante interessante relativamente à importância do individualismo característico das sociedades contemporâneas no esbatimento de determinados fenómenos sociais, entre os quais podemos introduzir o estigma. No anexo 6 deste trabalho encontra-se uma resenha dos aspectos mais significativos da teorização de Lipovetsky.

## **6. O estigma nos doentes alcoólicos e exclusão social**

Observando o esquema do “ciclo de estigma” presente na figura 1 proposto por Sartorius *cit. in* Smith (2002, p.318), e que abordamos no primeiro ponto deste trabalho, é possível termos a noção do cariz multiproblemático associado ao estigma. Mais do que uma “marca” distintiva, o estigma engloba um processo, ou ciclo, cada vez difícil de reverter por parte do indivíduo. Costa (1998) salienta a existência de múltiplas dimensões no conceito de exclusão social, identificando cinco tipos de exclusão social: económico, social, cultural, de origem patológica e por comportamentos auto-destrutivos. Em todos estes tipos de exclusão social pode estar presente o estigma. A exclusão de tipo económico verifica-se quando o indivíduo possui uma desvantagem (falta de recursos económicos) que não lhe permite adquirir os bens necessários que a maioria da população possui, o que pode conduzir a uma menor auto-estima incapacitando o indivíduo de ser igual aos demais, diminuindo as suas resistências e, numa fase mais extrema, marcando-o (como no caso extremo dos sem-abrigo) efectivamente dos restantes. Desta forma, nasce o estigma e daí irá advir a discriminação, o isolamento e inúmeras desvantagens que podem conduzir a novas “marcas” e, por conseguinte, novos estigmas. Como se pode verificar são diversas as similitudes com o processo de formação de estigma defendido por Sartorius *cit. in* Smith (2002).

A exclusão do tipo social distingue-se da do tipo económico no sentido em que não é necessária a existência de uma carência económica, mas sim uma situação de privação relacional social, a que se sucedem situações de isolamento, onde, segundo Costa (1998), poderá surgir associada uma incapacidade do indivíduo de se auto-sustentar autonomamente. Ao mesmo tempo, a sociedade actual, em que valores mais individualistas surgem cada vez mais consolidados, pode também contribuir para este tipo de exclusão. De salientar ainda que, apesar de não necessariamente, este tipo de exclusão pode co-ocorrer com situações de exclusão económica. Quando tal acontece qualquer um dos tipos de exclusão pode ter sido decorrente da pré-existência do outro.

Um terceiro tipo de exclusão, no entender de Costa (1998), é a de tipo cultural, em que os indivíduos vêem negados os seus direitos de igualdade com os demais pelo facto de poderem pertencer a uma dada minoria étnica ou cultural. O quarto tipo de exclusão prende-se a factores de origem patológica ou mental. Neste âmbito podem-se inserir os indivíduos que por padecerem de determinada patologia possuem um comportamento inadequado face às normas sociais formais e informais vigentes na sociedade. A ingestão imoderada de álcool pode alterar o comportamento humano e transformar o homem num potencial agressor, para si, para a família e para a sociedade. É o caso dos delitos e crimes sexuais, de homicídios cometidos por alcoólicos com delírio de ciúme ou com um núcleo paranóide. Tal como nos tipos anteriores já mencionados, pode existir uma correlação na formação deste tipo de exclusão, uma vez que uma situação de sem-abrigo ou de alcoolismo pode facilitar o surgimento de patologias psíquicas comprometendo significativamente a capacidade de interacção social entre estes indivíduos e os demais (Costa, 1998; Mello et al., 2002).

O último tipo de exclusão realçado por Costa (1998) está relacionado com comportamentos auto-destrutivos. O autor destaca os toxicodependentes, os doentes alcoólicos e as pessoas que se prostituem como um exemplo deste tipo de exclusão. Mais uma vez, a correlação encontra-se presente com outros tipos de exclusão:

(...) uma causa por vezes apontada como principal para algumas situações de sem-abrigo é o alcoolismo (...) que pode ser causa da situação, como pode ser consequência. Nesta última hipótese pode ter sido induzido pela condição de sem-abrigo, ou, anteriormente, por uma situação de pobreza ou miséria (Costa, 1998, p.83-84).

De salientar que este último tipo de exclusão social engloba uma mudança por parte da pessoa alvo da exclusão, que ao ser confrontada com o estatuto de diferente no sentido negativo (intimamente associado ao estigma) altera a sua auto-percepção, podendo auto-excluir-se. Este conceito também se encontra associado ao processo adscrito à teoria da rotulagem. Para Michener et. al (2005) o status estigmatizante tem também como consequência a mudança da auto-imagem da pessoa desviante. Esta, em geral, incorpora o rótulo devido ao feedback da sociedade, que a considera desviante. A rotulagem pode pôr em movimento um ciclo no qual as mudanças de comportamento da pessoa rotulada produzem mudanças no comportamento das outras. Muda também, a auto-imagem da pessoa desviante e o seu comportamento subsequente.

De acordo com Xiberras (1993), Goffman procura na sua obra acerca do estigma passar a ideia de que a pessoa normal e a pessoa estigmatizada não são, de facto, pessoas, mas sim pontos de vista.

Transportando esta posição para a realidade dos doentes alcoólicos podemos considerar que se existe algum tipo de discriminação e ostracização destes indivíduos isto deve-se a uma ideia colectiva que a sociedade e que cada um dos seus cidadãos construiu acerca do alcoolismo. Mais uma vez, é possível verificarmos a similitude entre o estigma e determinados aspectos da exclusão social, no entanto, a forma como a sociedade altera o seu ponto de vista acerca de determinado fenómeno, mesmo perante aqueles que foram alvo de estigma, é importante na determinação da pertinência que o estudo do estigma poderá ter nos doentes alcoólicos.

## **II. O Estigma nos Doentes Alcoólicos – Estudo sociológico na Unidade de Alcoologia da Direcção Regional do Norte do I.D.T., IP.**

No sentido de conseguir realizar um estudo abrangente a uma fatia considerável da população doente alcoólica a receber cuidados na Unidade de Alcoologia da Direcção Regional do Norte do I.D.T., IP., procedeu-se neste estudo a uma dupla abordagem no que concerne à recolha de dados sociológicos. Desta forma, procedeu-se à recolha de dados com o objectivo de proceder a uma análise quantitativa com a totalidade da amostra alvo do estudo, e também se efectuaram entrevistas com uma parcela mais pequena dessa amostra no sentido de recolher informação passível de ser analisada qualitativamente. Neste sentido, os próximos pontos subdividem-se em duas partes distintas, em primeiro lugar será abordado a vertente quantitativa do estudo, e em segundo lugar iremos incidir sobre a vertente qualitativa do estudo. Por fim, procuraremos encontrar algumas similitudes entre ambas e, tirar conclusões relativamente aos dados obtidos.

### **1. Abordagem Quantitativa do Estudo do Estigma nos Doentes Alcoólicos**

#### **1.1. Delineamento do método a ser empregue no estudo quantitativo**

Tendo em conta o facto de a população doente alcoólica a receber cuidados na Unidade de Alcoologia da DRN do I.D.T., IP., constituir um total de cerca 17 mil consultas por ano, considerou-se como forte possibilidade realizar um estudo quantitativo que visasse a aplicação de um questionário (Centro Regional de Alcoologia do Norte, 2007). A pertinência da aplicação do questionário consubstancia-se se tivermos em conta que “(...) de uma maneira geral, os casos em que é necessário interrogar um grande número de pessoas e em que se levanta um problema de representatividade” são considerados por Quivy e Campenhoudt (1995, p.189) como um dos casos em que o inquérito por questionário é especialmente adequado. Assim, após a demarcação

do instrumento a ser utilizado era pertinente determinar que tipo de método formal de amostragem iria ser aplicado, tendo a escolha recaído pelo método não-probabilístico, com um tipo de amostragem por conveniência. Este tipo de amostragem não é representativo da população. Ocorre quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência. Deste modo, o processo amostral não garante que a amostra seja representativa, pelo que os resultados desta só se aplicam a ela própria. Pode ser usada com êxito em situações nas quais seja mais importante captar ideias gerais, identificar aspectos críticos do que propriamente a objectividade científica. Contudo, o método tem a vantagem de ser rápido, barato e fácil. No presente estudo é possível, então, verificar que apesar de não ser totalmente representativo da população, procura caracterizar aspectos como ideias gerais e aspectos críticos relativos ao estigma nos doentes alcoólicos (Hill e Hill, 2002).

## **1.2. Objectivos do estudo quantitativo**

Para além da pertinência na aplicação de um estudo que visasse englobar a problemática do estigma em relação ao alcoolismo, também foi sendo construída ao longo do estágio desenvolvido na Unidade de Alcoologia da DRN do I.D.T., IP, a intenção de encontrar cada vez mais informação significativa no que concerne à reinserção social e ao restante enquadramento prático do Serviço Social. Assim, de forma a compreender melhor de um ponto de vista sociológico os potenciais entraves ao processo de reinserção social dos doentes alcoólicos da instituição em causa, surgiu a ideia firme de efectuar um estudo quantitativo coadjuvado por um estudo qualitativo com o intuito de ambos se completarem e complementarem na compreensão do fenómeno do estigma nos doentes alcoólicos. Neste sentido, a vertente quantitativa do estudo tem como objectivo geral a recolha de informação em quantidade relativamente representativa da população alvo de cuidados por parte da Unidade de Alcoologia da DRN do I.D.T., IP, procurando descrever, analisar e compreender em que medida o estigma pode estar presente nos seus contextos de socialização e que mais-valias ou ameaças à reinserção social esse factor possa constituir. Quanto aos objectivos específicos, a vertente quantitativa deste estudo pretende:

- a) Determinar em que medida os problemas ligados ao álcool de que os sujeitos padecem interferem na forma como as outras pessoas os vêem;
- b) Determinar de que forma os sujeitos doentes alcoólicos se vêem a si próprios;
- c) Aferir os processos de controlo de informação que os sujeitos doentes alcoólicos apresentam em contextos de socialização;

- d) Compreender se existe alguma associação entre espaço físico de consumo/parceiros de consumo e a procura de ocultar a sua condição de dependência alcoólica;
- e) Determinar os índices de confiança que os sujeitos apresentam num processo de reinserção social, relativamente à sua futura condição de doentes alcoólicos abstémios.

### **1.3. Elaboração do instrumento de recolha de informação**

Apesar de não terem sido encontrados estudos que visassem a análise específica do estigma em doentes alcoólicos, foi possível encontrar instrumentos de recolha de dados quantitativos nos estudos elaborados no âmbito da psiquiatria, mais precisamente no estudo do estigma relativamente à saúde mental. Dinos et al. *cit. in* King, M. et al. (2007) propõem uma “Escala de Estigma” na qual se encontram 42 perguntas desenvolvidas após um estudo qualitativo desenvolvido com 46 indivíduos que padeciam de doenças mentais, que em alguns casos estavam associadas ao consumo abusivo e dependência de drogas. Este questionário, onde apenas se procura quantificar variáveis qualitativas, apresentava diversas abordagens à questão do estigma com afirmações às quais os indivíduos deveriam indicar o seu grau de concordância com as mesmas, no anexo 7 a este trabalho podemos encontrar o questionário proposto por Dinos et al. *cit. in* King, M. et al. (2007) com as 42 afirmações postas à consideração dos indivíduos.

Derivado à especificidade do estudo do estigma nos doentes alcoólicos, o questionário aplicado no presente estudo quantitativo representa uma adaptação da escala de estigma de Dinos et al. *cit. in* King, M. et al. (2007), tendo em conta as especificidades da população alvo, o contexto institucional onde se desenvolveu o estudo e com o cuidado de proporcionar uma interacção investigador/população-alvo que proporcionasse aos sujeitos maior conforto e segurança nas suas respostas, onde são garantidos o anonimato e a liberdade total de resposta, de forma a aumentar o grau de sinceridade e, conseqüentemente, de validade das respostas e do estudo. Encontra-se presente no anexo 8 a este estudo o questionário colocado em prática de forma a facilitar a compreensão dos paralelismos existentes entre a Escala de Estigma de Dinos et al. *cit. in* King et al. (2007) e o questionário em causa neste estudo. Por fim, na análise estatística da informação recolhida junto dos sujeitos foi utilizado o programa informático de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 12.0 tendo em consideração diversos aspectos relativos à categorização das variáveis em análise e à sua utilização em correlações de variáveis, tendo como base Pereira (2004).

## **1.4. Método**

### **1.4.1. Participantes**

No presente estudo a amostra é constituída por 100 utentes da Unidade de Alcoologia da DRN do I.D.T., IP., sendo 74% da amostra constituída por elementos do sexo masculino e os restantes 26% por sujeitos do sexo feminino.

### **1.4.2. Procedimento**

Os critérios para a definição da amostra foram baseados na presença assídua dos utentes às consultas na instituição, o que emprega à amostra a característica de se encontrar em tratamento activo e acompanhado. Considerando que as variáveis em análise e empregues no questionário são variáveis qualitativas, segundo Pereira (2004), o tratamento estatístico visou, fundamentalmente, retirar informação descritiva relativamente à amostra. Para além das análises descritivas, também se analisaram a média e os desvios-padrão.

### **1.4.3. Instrumento**

O instrumento utilizado na recolha de dados foi um questionário composto por dois grupos distintos. O primeiro grupo visava recolher informação sócio-demográfica acerca dos sujeitos e era composto por 6 questões de resposta aberta. O segundo grupo visava recolher informação significativa relativamente ao estudo do estigma nos doentes alcoólicos e era composto 18 questões de escolha múltipla em que os sujeitos optavam por responder a cada questões assinalando qual das opções de resposta imediatamente expostas mais se aproximava da sua opinião. As questões que constituem o segundo grupo do questionário são fundamentalmente caracterizadas pela sua forte componente qualitativa, pelo que as variáveis em causa são quase na sua totalidade nominais (Hill e Hill, 2002).

## **1.5. Resultados**

### **1.5.1. Caracterização dos participantes**

No que concerne à caracterização sócio-demográfica da amostra, tal como já foi mencionado anteriormente, 74% dos sujeitos eram do sexo masculino e 26% do sexo feminino. A média de idades é de, aproximadamente, 47 anos (DP= 10,036), apresentando como valor mínimo 28 anos, e como valor máximo 75 anos. 51 % dos sujeitos inquiridos são casados, 26% são solteiros, 15 % divorciados, 5% são e viúvos e 3% vivem em união de facto. Quanto à ocupação profissional destaque para 34% dos inquiridos se encontrar na situação de desempregado, ao passo que 17% se encontra reformado. Nos que se encontram empregues profissionalmente, 30% são operários especializados, 10% são trabalhadores não qualificados e os restantes 9% encontram-se enquadrados no sector dos serviços. As habilitações literárias dos participantes inclinam-se mais para o 1º ciclo com cerca de 52% dos inquiridos a possuir até este grau de escolaridade. 21% dos inquiridos possui o 2º ciclo completo, 9% possui o 3º ciclo e 13% dos sujeitos possui o ensino secundário. 1% dos sujeitos possui um bacharelato e 2% possuem uma licenciatura. De salientar ainda que 2% dos sujeitos não possui qualquer instrução.

Relativamente ao facto de os inquiridos possuírem ou não retaguarda familiar, 86% dos participantes afirmam que sim, ao passo que 14% refere não ter qualquer apoio ou acompanhamento familiar. Ainda neste âmbito foi colocada a questão acerca das pessoas que habitam na mesma residência com os inquiridos, ao que 37% dos inquiridos afirmou viver apenas com o conjugue. 13% dos sujeitos afirmou viver com o conjugue e com o(s) filho(s) e 19% afirma viver sozinho. Destaque ainda para o facto de 8% dos sujeitos viver apenas com o(s) filho(s), 3% viver com ambos os progenitores, 5% viver apenas com a mãe e, somente, 1% viver apenas com o pai. 14% dos sujeitos alegou viver apenas com outras pessoas que não as enumeradas nos resultados anteriores.

### **1.5.2. Estigma e Alcoolismo**

Dos inquiridos, 27% já se encontram a fazer tratamento por problemas ligados ao álcool há mais de três anos, ao passo que 25% encontram-se a fazer tratamento entre 1 e 3 anos. Também 25% dos sujeitos encontram-se em tratamento entre 6 meses e 1 ano, sendo que 23% dos inquiridos faz tratamento somente há menos de 6 meses. A maioria dos inquiridos iniciou o tratamento na

Unidade de Alcoologia por iniciativa própria (42%). Outra fatia considerável da amostra iniciou o tratamento encaminhado pelo médico de família (26%). Também se destacam os 18% de sujeitos que iniciaram o tratamento motivados por familiares ou amigos.

Uma maioria significativa dos sujeitos considera que a partir do momento em que iniciou o seu processo terapêutico na Unidade de Alcoologia as pessoas passaram a tratá-los melhor nas interações sociais quotidianas (61%). Apenas 9% dos inquiridos considerou que passou a ser tratado pior do que antes de iniciar o tratamento, ao passo que 19% não denotou qualquer alteração de conduta nas outras pessoas relativamente ao seu processo de tratamento. Relativamente à concepção que os inquiridos possuem acerca da forma como as outras pessoas os vêem, 72% considera que são vistos como pessoas dentro da norma social, ao passo que 18% consideram que as outras pessoas os vêem como pessoas doentes. Por outro lado, quando questionados acerca da forma como se concebem a si próprios, os sujeitos apresentam resultados mais equilibrados, sendo que 49% se vêem como pessoas normais e 45% consideram-se pessoas doentes. Seguidamente procurou-se determinar em que medida os indivíduos gerem a informação de que possuem uma doença alcoólica e que se encontram em tratamento numa instituição de saúde. Neste parâmetro, os sujeitos na sua maioria revelaram não ter especial cuidado em ocultar ou revelar a sua condição alcoólica (55%). No entanto, uma porção considerável dos sujeitos revelou ter o cuidado de evitar referir aos outros que é doente alcoólico (34%). Quando questionados acerca da forma como consideram que as pessoas que conhecem a sua condição alcoólica os tratam, os sujeitos revelaram na sua larga maioria (77%) que eram tratados como pessoas normais. Apenas 6% consideram que as pessoas que conhecem a sua doença fogem deles ou os evitam. Na questão relativa ao espaço físico onde ocorriam os consumos abusivos de bebidas alcoólicas, 41% dos sujeitos afirma ocorrerem no café ou bar habitual. Destaque também para 32% dos inquiridos referir que esses consumos ocorriam em casa. Existe também uma parcela importante de sujeitos que consumia abusivamente em diversos locais, não existindo um local específico preferencial (15%).

No que concerne à questão dos consumos abusivos ocorrem com a companhia de outros sujeitos ou não, os resultados são mais dispersos, existindo, no entanto, uma prevalência para o fazerem sempre sozinhos (36%). Outros consideraram que além de consumirem preferencialmente sozinhos, por vezes também o faziam junto de outras pessoas (24%). Já 22% dos inquiridos revelou consumir a maior parte das vezes acompanhado, sendo que 18% da amostra referiu consumir sempre na presença de outros indivíduos. Dos indivíduos que afirmaram consumir com

outros indivíduos com maior ou menor frequência, cerca de 70% fê-lo quase sempre com as mesmas pessoas. Por outro lado, cerca de 30% refere que o fez quase sempre com pessoas diferentes.

Quando questionados se consideram que se as pessoas souberem que é um doente alcoólico o irão tratar de maneira diferente, verificou-se uma igualdade nos resultados entre os inquiridos que consideravam que existiriam uma diferença e os que consideravam que não existia diferença (37%). Destaque-se também o facto de 26% dos sujeitos não saber ou não querer responder à questão. Relativamente à forma como a sociedade em geral encara os doentes alcoólicos, existe um certo equilíbrio nos resultados, no entanto 38% consideram que se sentem bem e compreendidos pela sociedade. Por outro lado, 32% dos inquiridos refere sentir-se mal e revoltado com a forma como a sociedade os encara. Apenas 11% manifesta ser-lhe indiferente a forma como a sociedade vê os doentes alcoólicos. No que concerne à existência de discriminação aos familiares dos doentes alcoólicos por parte da restante sociedade, os inquiridos na sua maioria consideram que não verifica a existência desse tipo de discriminação (69%). Apenas 17% considera existir discriminação por parte da sociedade aos seus familiares.

Dos inquiridos, 85% considera que se ficar abstinente será melhor encarado pelos demais, ao passo que 14% afirma não existir uma relação entre a abstinência e uma melhoria da sua imagem perante a sociedade. A maioria dos sujeitos refere que não irá ser sempre tratado como diferente pelo facto de ser doente alcoólico (62%). No entanto, 30% dos sujeitos considera que irá ser sempre visto como diferente devido à sua condição de doente alcoólico. Na questão acerca dos inquiridos acreditarem, ou não, que a sua doença alcoólica ser, simultaneamente, causa e efeito, da maioria dos seus problemas, a maioria (71%) considera que sim, ao passo que 29% não concorda com esta relação. Finalmente, a maioria dos indivíduos considera estar satisfeito por se encontrar em processo terapêutico (84%) e somente 16% considera estar insatisfeito com o facto ser um doente alcoólico em tratamento.

### **1.5.3. Análise e discussão de resultados**

No que concerne ao género dos inquiridos, a maioria é do sexo masculino, indo de encontro ao consenso generalizado da comunidade científica relativamente ao facto dos homens consumirem mais do que as mulheres, representando mesmo cerca de três quartos do total de doentes alcoólicos. Estes dados vão fortemente ao encontro da percentagem obtida neste estudo com 74%

de indivíduos do sexo masculino (Costa et al.; Nunes et al.; Edwards, *cit. in* Ramos e Moreira, 2006). No entanto, denota-se uma presença considerável de indivíduos do sexo feminino, representando 26% do total dos inquiridos. Este facto poderá dever-se ao crescendo do consumo de álcool pelo sexo feminino (Mello, Barrias e Breda *cit. in* Costa e Teixeira, 2005; Organização Mundial de Saúde, 2008).

Ainda relativamente à caracterização sócio-demográfica dos indivíduos, verifica-se uma forte incidência de indivíduos desempregados (34%) e reformados (17%), o que tendo em conta que a média de idades é de 47 anos e o desvio padrão é de 10,036, demonstra que a larga maioria dos inquiridos esteja inserido no escalão etário que vai dos 37 aos 57 anos, o que, normalmente, coincide com a idade activa para a população portuguesa que apenas atinge a idade da reforma aos 65 anos. Este facto de mais de metade dos inquiridos não trabalhar (51%) demonstra a capacidade do álcool em desestruturar a componente laboral dos sujeitos, seja por os incapacitar para tal, seja por potenciar situações em que os indivíduos passam à situação de desemprego. Esta situação vai ao encontro do que Díaz e Serrano (2001) afirmam, quando consideram que os lares alcoólicos apresentam múltiplas dificuldades materiais, situações de despromoção profissional e financeira, de desemprego, que têm as suas graves repercussões na vida da família e, por consequência, do indivíduo. Apesar de, segundo Mello et al. (2001), a acção do alcoolismo na família fazer-se sentir na vida familiar (dificuldades e carências materiais, perturbações relacionais, deterioração progressiva do lar, desagregação familiar) e na descendência (efeito indirecto através da acção psicológica e o efeito directo através da acção tóxica), os dados do estudo demonstram, no entanto, que a larga maioria dos indivíduos (86%) ainda possui retaguarda familiar que lhe possibilita ter um apoio a nível primário, o que se apoia também 86% de inquiridos que afirma habitar na mesma residência de pelo menos um dos familiares directos (conjugue, filhos ou pais). Por outro lado, existe um nível considerável de inquiridos divorciados (15%), indo de encontro ao preconizado por Mello et al. (2001) aquando da abordagem à desintegração do grupo primário de socialização do doente alcoólico, sendo, por isso, natural que a maior percentagem de separações e divórcios recaia, precisamente, em lares de alcoólicos.

No que diz respeito ao período em que se encontram em tratamento na Unidade de Alcoologia da DRN do I.D.T., IP, verifica-se um equilíbrio generalizado em todos os grupos formados aquando da categorização para análise estatística. Assim, os inquiridos são um grupo bastante heterogéneo no que à duração do tratamento diz respeito, com indivíduos recém-chegados ao serviço e outros com anos de tratamento. O facto da maioria dos sujeitos ter iniciado tratamento por iniciativa

própria é um bom augúrio para o sucesso do tratamento e para a reinserção social dos sujeitos, visto que a vontade do próprio sujeito no seu processo de mudança é um factor central para o sucesso da mesma. A partir do momento em que se dá o início do tratamento e ao longo do tempo em que este se desenvolve, os sujeitos denotam, na sua maioria (61%), uma melhoria na forma como as outras pessoas os abordam aquando do momento de socialização. Este facto pode ter diversas interpretações. Se por um lado os indivíduos após iniciarem o tratamento adquirem uma melhor percepção da importância do contacto social e dos malefícios que o álcool trazia para esse contacto, conseguindo por consequência interagir com os outros com uma conduta mais próxima da norma. Por outro lado, a demonstração de vontade por parte dos sujeitos em alterarem a sua condição alcoólica suscita naqueles que conhecem a doença uma maior empatia, no sentido em que observam o sujeito a lutar para afastar as consequências nefastas que o consumo excessivo de álcool estava a criar. Esta situação verifica-se mais acentuadamente a nível micro social, junto dos familiares e da comunidade onde conhecem a sua condição de doente alcoólico (desacreditado), do que a nível macro social onde o esforço sujeito se dissipa, devido ao doente alcoólico apresentar aí a condição de desacreditável (Goffman, 1963).

Na comparação entre a forma como os indivíduos consideram que os outros os conceptualizam e a forma como se auto-conceptualizam, verifica-se uma disparidade nos resultados. Ou seja, 72% dos inquiridos considera que os outros os consideram como pessoas normais, ao passo que apenas 49% se consideram a si próprios, de facto, pessoas normais. Por outro lado, apenas 18% dos sujeitos considera que os demais os catalogam como pessoas doentes, mas 45% consideram-se pessoas doentes. Esta disparidade poderá encontrar explicação na questão do binómio desacreditado-desacreditável proposto por Goffman (1963), que parte do princípio que apenas se estigmatiza alguém quando se possui informação acerca dessa pessoa passível de a categorizar como pior que as demais. Neste caso, a condição de doente alcoólico não é imediatamente observável no âmbito da socialização com o indivíduo alcoólico, pelo que é evidente a diferença de valores apresentada nos dados recolhidos.

Intimamente relacionado com o binómio desacreditado-desacreditável surge o controlo de informação por parte do indivíduo, ou seja, a ocultação ou a revelação da informação de que é doente alcoólico (Goffman, 1963). Assim, nos dados recolhidos 34% dos inquiridos demonstram ter receio de ser alvo de estigma ao referir que evitam revelar aos outros que é doente alcoólico. No entanto, 55%, a maioria, afirma não ter cuidados especiais nesse controlo de informação, e que caso o contexto se propicie não têm problemas em revelar a sua condição. Neste contexto é

possível argumentar que, apesar de 34% dos sujeitos irem de encontro ao preconizado por Goffman (1963), a maioria dos inquiridos afasta-se dessa premissa, indo mais de encontro à contextualização da sociedade individualista de que nos fala Lipovetsky (1989) ao abordar a coabitação pacífica de perspectivas antagónicas, em que existe uma relatividade presente nas relações sociais, ou seja, existe uma tendência para a individualização da posição de cada pessoa relativamente a outro indivíduo, neste caso o doente alcoólico.

Esta é uma das primeiras ilações possíveis de retirar neste estudo quantitativo relativamente ao estigma nos doentes alcoólicos, pois, pela interpretação dos dados recolhidos, os indivíduos manifestam despreocupação com a ocultação do seu atributo, que no entender de Goffman (1963), é passível de estigmatização. Será que não existe estigma face aos doentes alcoólicos? Os dados referem que ainda existe, no entanto parece ser um fenómeno em trajetória descendente. Se a teorização de Lipovetsky (1989) é uma possibilidade de explicação deste fenómeno, também o facto de o alcoolismo ser considerado uma doença pela Associação Médica Americana, oficialmente desde 1956, pode ter contribuído no sentido da desculpabilização do alcoolismo aos olhos da sociedade ocidental (Peele *cit. in* Teixeira, 2006). Esta perspetivação do alcoolismo como doença torna-se conveniente para o indivíduo e para a sociedade, visto que se verifica uma alteração do paradigma da opressão moral e punição legal, inserindo o alcoólico em instituições de saúde e designando actores de transformação dessa realidade (assistentes sociais, médicos, psicólogos e outros técnicos), responsabilizando-os para a prevenção e tratamento do indivíduo (Bauer; Mann et al. *cit. in* Teixeira, 2006).

Surge, assim, uma interpretação nova do alcoólico, quer para ele próprio, quer para os níveis de socialização micro (família) e macro (sociedade), permitindo que a problemática seja compreendida como uma doença, com sintomas associados, causas e indícios para o curso e evolução da doença, tal como o seu tratamento e prognóstico (Goodman; White *cit. in* Teixeira, 2006). Neste sentido, não é surpreendente verificar-se que 77% dos inquiridos considere que as pessoas que conhecem a sua condição alcoólica os tratem como pessoas normais, sem qualquer tipo de depreciação face à sua doença.

Por outro lado, quando questionados se consideram que se as pessoas souberem que é um doente alcoólico o irão tratar de maneira diferente, os resultados surgiram equilibrados. A colocação desta questão, em certa parte uma readaptação das feitas anteriormente, surge para determinar a capacidade dos indivíduos predizerem o resultado de revelarem a alguém que são doentes

alcoólicos, ou seja, que transmitam a informação para se desligarem do atributo de desacreditável e expondo-se à possível condição de desacreditados (Goffman, 1963). Assim, cerca de um quarto dos inquiridos não foi capaz de fazer qualquer predição, ao passo que os que arriscaram fazê-lo resultaram numa igualdade percentual a 37%, com metade dessa fatia a considerar que não seriam tratados de maneira diferente e outra metade a afirmar que seriam alvo de diferenciação. Este empate poderá querer indicar, mais uma vez, o momento transitório na discriminação face aos doentes alcoólicos e ao estigma associado ao alcoolismo já referido e fundamentado anteriormente. Quando questionados a dar uma resposta mais generalista acerca da sua posição face à forma como a sociedade trata os doentes alcoólicos, apenas 32% referiu sentir mal e revoltado com a sociedade. A maior parte dos indivíduos (38%) afirma ser bem tratada pela sociedade e que esta compreende a sua problemática e 11% mostra-se indiferente à forma como a sociedade trata os doentes alcoólicos. Mais uma vez os dados recolhidos demonstram que o estigma é um fenómeno que existe em dimensão reduzida face aos doentes alcoólicos que se encontram a receber cuidados na Unidade de Alcoologia da DRN do I.D.T., IP.

O questionário aplicado aos doentes da Unidade de Alcoologia da DRN do I.D.T., IP, revelou ainda mais dados que consolidam as ideias já aqui levantadas, a saber: 62% dos inquiridos referem que não irão ser sempre tratados como diferentes pelo facto de serem doentes alcoólicos; apenas 17% considera existir discriminação da sociedade para com os seus familiares pelo facto de possuírem um membro na família que é doente alcoólico; e 84% considera estar feliz e sentir orgulho em estarem a cumprir um programa de tratamento ao seu problema com o álcool. Relativamente ao ciclo de estigma proposto por Sartorius *cit. in* Smith (2002), as questões presentes no inquérito acerca desta posição revelaram que nos doentes alcoólicos inquiridos o ciclo de estigma é aplicável, visto que 71% destes consideram que a sua doença alcoólica é, simultaneamente, causa e efeito, da maioria dos seus problemas. Além disso, 85% refere ainda a sua abstinência como factor fundamental para que a sua imagem perante a sociedade seja melhor.

Por fim, abordaremos a questão do espaço e das pessoas em co-presença aquando dos consumos abusivos de álcool, ou seja, onde o indivíduo não tem possibilidade de gerir a informação porque a quantidade do seu consumo é, por si só, potencial indicador do abuso do álcool. Assim, os dados obtidos, a nível geral, revelam um certo equilíbrio no local onde ocorrem os consumos, com especial incidência para o café habitual (41%) e para a residência (32%). Quanto à presença de outras pessoas a maioria refere que o fazia totalmente sozinho ou preferencialmente sozinho e quando existia a presença de outros indivíduos, geralmente (70%) eram sempre as mesmas

peças. No entanto, estes dados ganham todo o interesse se fizermos uma comparação relativamente ao género dos inquiridos. Aqui a análise é completamente distinta porque os dados trazem-nos uma realidade em que mais de 88% das mulheres afirma que apenas bebia em casa, ao passo que os homens referem na sua maioria (55%) ser o café o seu local de eleição para os consumos. Quanto à presença de outros indivíduos, as mulheres bebem na sua grande maioria sempre sozinhas (76,9%), ao passo que os homens revelam um equilíbrio entre beberem sozinhos/preferencialmente sozinhos e acompanhados/preferencialmente acompanhados com 50% para ambos os casos. Estes valores transportam-nos para outra dimensão específica do alcoolismo que também pode interessar ao estudo do estigma nos doentes alcoólicos, a dimensão do alcoolismo no sexo feminino. Adès e Lejoyeux *cit. in* Costa e Teixeira (2005) salientam que nas mulheres o consumo de álcool é geralmente menos convivial e com maior sentimento de culpa por parte do bebedor. Geralmente, o acto de alcoolização é solitário, vespertino e tem como objectivo provocar um aumento da euforia e uma redução da ansiedade. No alcoolismo feminino a dependência tende a manifestar-se mais rapidamente do que nos indivíduos do sexo masculino.

Em suma, das diversas conclusões retiradas desta abordagem quantitativa, destaque para a desconstrução existente face ao estigma no alcoolismo masculino e uma presença ainda forte na mulher.

## **2. Abordagem Qualitativa do Estudo do Estigma nos Doentes Alcoólicos**

### **2.1. Delineamento do método a ser empregue no estudo qualitativo**

Realizada a análise do levantamento quantitativo deste estudo acerca do estigma nos doentes alcoólicos, iremos debruçar-nos sobre a componente qualitativa deste tema. Assim, para compreender melhor o fenómeno do estigma é necessário procurar respostas mais amplas do que apenas números, visto que as pessoas caracterizam-se precisamente pela sua forte variabilidade e em que cada indivíduo é um ser único. Tal como Goffman (1963) demonstra na sua obra acerca do estigma, a recolha de dados das experiências que cada sujeito vivencia são fundamentais para compreender em que medida o estigma se encontra presente na vida de um doente alcoólico. Este tipo de análise enquadra-se, em certa parte, no âmbito da sociologia da experiência que Dubet (1994) preconiza como sendo uma abordagem que analisa o real social interpretando os comportamentos e linguagem manifestados pelos sujeitos, reduzindo e limitando essa informação até a sua forma sociológica mais reduzida possível e, por conseguinte, mais objectiva e menos

refractada pelo olhar do investigador. O autor refere ainda que o objecto da sociologia da experiência social baseia-se, precisamente na subjectividade dos actores sociais. A matéria onde a sociologia da experiência se fundamenta e onde ganha consistência está intimamente ligada com a consciência que os actores sociais possuem do real onde estão inseridos e de si próprios. Assim, para o autor,

(...) a experiência individual, ao mesmo tempo que se torna mais subjectiva, torna-se mais social. Ela é, então, mais «manipulada», mais controlada, mais aberta aos olhos dos outros. Mas, simultaneamente, esta experiência só pode ser legítima aos olhos dos actores na medida em que ela continue a ser uma experiência «auténtica», vivida como expressão de personalidade (Dubet, 1994, p.103).

Neste sentido, urge como necessária a obtenção de informação subjectiva o mais objectivamente possível, ou seja, existe a necessidade de construção de um instrumento capaz de dissecar e retirar a informação mais vaga do discurso dos sujeitos e construir ideias sociologicamente consistentes relativamente ao estigma nos doentes alcoólicos. Assim, o instrumento necessário para a recolha de informação deveria ser capaz de ser flexível e ao mesmo tempo capaz de manter um fio condutor para que a informação recolhida se referisse à questão do estigma, dando liberdade para que os indivíduos transmitissem muita informação. Para tal, surgiu a técnica da entrevista, uma vez que, segundo Bell (1993, p.118), “a grande vantagem da entrevista é a sua adaptabilidade” uma vez que enquanto nos questionários as respostas “(...) devem ser tomadas pelo seu valor facial (...) numa entrevista pode ser desenvolvida e clarificada”.

Este estudo acerca dos doentes alcoólicos revê-se, em certo ponto, na perspectiva de Bell (1994, p.118) que considera as entrevistas como uma fonte de recolha de informação capaz de “(...) consolidar as respostas obtidas nos inquéritos”. Ressalve-se também a posição de Quivy e Campenhoudt (1995) que consideram a entrevista o método ideal de recolha de informação em situações em que se verifique que,

A análise de sentido que os actores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais se vêem confrontados: os seus sistemas de valores, as suas referências normativas, as suas interpretações de situações conflituosas ou não, as leituras que fazem das próprias experiências, etc. (Quivy e Campenhoudt, 1995, p.193).

## **2.2. Objectivos do estudo qualitativo**

Tal como já fora referido aquando dos objectivos do estudo quantitativo, também a vertente qualitativa se debruça na problemática do estigma associada ao alcoolismo com os processos de

reinserção social, com o objectivo geral de elaborar uma descrição, análise e compreensão da forma como o estigma pode estar presente nos seus contextos de socialização dos doentes alcoólicos em tratamento na Unidade de Alcoologia da DRN do I.D.T., IP, e em que medida esse factor afecta o programa de reinserção social dos sujeitos, obtendo essa informação a partir do próprio discurso dos doentes em tratamento na instituição. De forma similar ao estudo quantitativo, também o estudo qualitativo debruça-se sobre os objectivos específicos que se seguem, com a particularidade de obter essa informação a partir do seu próprio discurso:

- a) Determinar em que medida os problemas ligados ao álcool de que os sujeitos padecem interferem na forma como as outras pessoas os vêem;
- b) Determinar de que forma os sujeitos doentes alcoólicos se vêem a si próprios;
- c) Aferir os processos de controlo de informação que os sujeitos doentes alcoólicos apresentam em contextos de socialização;
- d) Compreender se existe alguma associação entre espaço físico de consumo/parceiros de consumo e a procura de ocultar a sua condição de dependência alcoólica;
- e) Determinar os índices de confiança que os sujeitos apresentam num processo de reinserção social, relativamente à sua futura condição de doentes alcoólicos abstémios.

### **2.3. Elaboração das entrevistas**

Definidos os objectivos é necessário estabelecer na técnica de recolha de informação, neste caso a entrevista, as linhas que conduzam à obtenção de resultados capazes de fazer face aos objectivos propostos. Assim, de acordo com Bell (1994, p.119), “(...) os tópicos têm de ser seleccionados, as questões elaboradas, os métodos de análise considerados e, por fim, preparado e testado um plano”. Tendo em conta que existem vários tipos de entrevistas, que variam entre as mais rigorosamente estruturadas em que o entrevistador apresenta um comportamento muito formal e semelhante a uma máquina, e entre a informalidade total em que é o entrevistado a conduzir a entrevista. Para este estudo, entendemos que o tipo de entrevista mais apropriado seria o semi-estruturado, ou seja, a partir de um guião onde estavam presentes aspectos significativos ao estudo do estigma e do alcoolismo, os entrevistados poderiam dar respostas longas e argumentar o mais possível acerca das suas afirmações. Bell (1994) considera fundamental libertar o entrevistado de forma a permitir-lhe abordar acerca do que este entende como sendo de importância central para ele, ao invés de se limitar a querer agradar o entrevistador respondendo o que considera ser a resposta «certa» e não a sua verdadeira opinião. Assim, o “(...) emprego de uma estrutura

flexível, que garanta todos os tópicos considerados cruciais serão abordados” eliminando alguns problemas que se verificam nas entrevistas sem qualquer estrutura.

No entanto, apesar de a flexibilidade constituir-se como um factor imperativo à prossecução deste estudo, também é fundamental a existência de um fio condutor que impeça o mais possível o surgimento de barreiras epistemológicas ao conteúdo depositado pelos sujeitos. Ou seja, de forma a posteriormente ser possível realizar uma análise do conteúdo criteriosa e epistemologicamente rigorosa é importante definir no guião de entrevista unidades temáticas capazes de se tornarem, posteriormente, em unidades de análise. Optámos, portanto, por seguir uma análise categorial baseada na proposta analítica de conteúdo de Bardin (1995). Assim, após um período de teste com alguns doentes da Unidade de Alcoologia definiu-se o guião de entrevista, subdividido em 5 unidades de análise distintas, mas, ao mesmo tempo, complementares. No anexo 9 a este trabalho é possível encontrar o referido guião de entrevista.

## **2.4. Método**

### **2.4.1. Participantes**

A recolha de dados qualitativos para este estudo efectuou-se com 7 indivíduos aos quais foi realizada uma entrevista alicerçada no guião de entrevista já referido anteriormente. À semelhança do estudo quantitativo, também no estudo qualitativo a selecção da amostra foi através de método não-probabilístico, mais concretamente, uma amostragem por conveniência (Hill e Hill, 2002), que apesar de não poder ser representativa de toda a população alcoólica, permite-nos obter dados relevantes no que concerne à formação de ideias gerais e aspectos críticos acerca da problemática em questão. Assim, os participantes foram abordados pelo investigador, que os questionou com a possibilidade de colaborarem voluntariamente e anonimamente com o estudo. A entrevista ocorreu posteriormente a esse contacto e à concordância de cada um dos participantes em colaborar. Todos os participantes encontram-se inseridos em planos de tratamento e de reinserção social prestados pela Unidade de Alcoologia da DRN do I.D.T., IP, e apresentam como data da mais recente consulta ou acompanhamento técnico um período máximo de dois meses aquando do momento da entrevista. De acordo com os dados obtidos através da primeira unidade de análise presente no guião de entrevista, é possível determinar que, dos indivíduos entrevistados, 5 são do sexo masculino e 2 do sexo feminino, o que representa aproximadamente 71% de homens e 29% de mulheres, valores que se aproximam daqueles obtidos aquando do estudo quantitativo

de 74% e 26%, respectivamente para homens e mulheres. Quanto à média de idades, situa-se nos 51 anos (DP= 8,466), com o indivíduo mais jovem possuir 37 anos e o mais velho 59 anos.

Na tabela 2 é possível verificar-se uma esquematização estruturada dos dados relativos à caracterização sócio-demográfica dos participantes, presente na primeira unidade de análise do guião de entrevista, e ao histórico relacionado com o tratamento de cada entrevistado, presente na segunda unidade de análise do referido guião.

Entrevistados	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
<b>Género</b>	Masc.	Fem.	Masc.	Masc.	Masc.	Fem.	Masc.
<b>Idade</b>	57	59	48	56	37	57	43
<b>Estado Civil</b>	Cas.	Cas.	Div.	Viú.	Div.	Sol.	Sol.
<b>Habilitações literárias</b>	4º ano	12º ano	12º ano	3º ano	7º ano	4º ano	6º ano
<b>Profissão</b>	Operário fabril	Téc. de contas	Desempregado	Agricultor	Electricista	Desempregada	Reformado
<b>Retaguarda familiar</b>	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não
<b>Com quem reside</b>	Conjuge e filha	Conjuge	Sozinho	Filha	Pais	Filha	Sozinho
<b>Área de residência</b>	Barcelos	Porto	Vila Nova de Gaia	Vila Real	Gondomar	Porto	Porto
<b>Período em tratamento</b>	Entre 6 meses e 1 ano	Entre 6 meses e 1 ano	Menos de 6 meses	Menos de 6 meses	Entre 6 meses e 1 ano	Mais de 3 anos	Mais de 3 anos
<b>Como iniciou o tratamento</b>	Iniciativa própria	Motivada pelo conjuge	Iniciativa própria	Obrigação jurídico-legal	Motivado pela entidade laboral	Encaminhada por IPSS	Iniciativa própria
<b>Contacto com outras drogas</b>	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica dos participantes

#### 2.4.2. Procedimento

As entrevistas decorreram durante os meses de Junho e Julho de 2008 no Porto, nas instalações da Unidade de Alcoologia da DRN do I.D.T., IP, cada uma delas numa sessão única, tendo uma duração aproximada de 60 minutos, onde apenas entrevistado e entrevistador se encontravam dentro do gabinete onde as entrevistas se efectuaram. A apresentação das entrevistas foi realizada oralmente, sendo feita uma introdução ligeira aos objectivos do estudo salientando a importância da participação dos sujeitos de forma a compreender se existe um estigma muito acentuado face aos doentes alcoólicos e se esse factor era importante na sua reinserção na sociedade. Foi apresentada garantia de anonimato e a participação era voluntária. O tempo necessário para a aplicação de cada entrevista situou-se entre um período mínimo de 45 minutos e um período máximo de 90 minutos, tendo praticamente todas as entrevistas se situado aproximadamente nos 60 minutos.

## **2.5. Apresentação, análise e discussão dos dados recolhidos**

### **2.5.1. Estigma e percurso até ao início do tratamento**

A terceira unidade de análise presente no guião de entrevista deste estudo permitiu retirar informação pertinente relativamente ao percurso de os indivíduos entrevistados e em que medida o estigma estaria presente nesse trajecto até ao momento em que se dá o início do tratamento aos Problemas Ligados ao Álcool na Unidade de Alcoologia da DRN do I.D.T., IP.

#### **a) Forte influência do álcool na vida quotidiana**

Um dos principais factores que leva os indivíduos a iniciar o tratamento ao Problemas Ligados ao Álcool, seja por iniciativa própria, encaminhados pelo médico de família ou outros, reside no facto do álcool desempenhar na vida de cada sujeito um papel preponderante e capaz de interferir em diversas dimensões do indivíduo, seja elas de cariz social, fisiológico ou psicológico (Harichaux e Humbert, 1978; Mello et al., 2001). No que concerne às consequências sociais do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a influência do álcool encontra-se bastante presente no discurso de alguns do entrevistados:

E1 – *“Quando eu bebia, isso afectava bastante a forma como as pessoas me olhavam e eu sentia-me mal com isso”*.

E2 – *“A partir do momento em que perdi o controlo o álcool afectava a minha vida a maior parte das vezes, estava sempre presente”*.

E1 refere mesmo que detectava na forma como os outros indivíduos o encaravam uma certa depreciação que lhe causava mal-estar e sentimento de diferença em relação aos outros. Considerando Goffman (1963), E1 apresenta indícios de possuir uma idealização negativa face ao atributo específico que o distingue de quem o observa, ou seja, o facto de beber mais do que os outros. Por outro lado, E2 refere que o álcool era um aspecto transversal à sua vida, o que se aproxima dos efeitos sociais do alcoolismo preconizados por Harichaux e Humbert (1978) e Mello et al. (2001).

#### **b) Agravamento do estado de saúde devido ao álcool**

O álcool está na base de múltiplas situações de doença do indivíduo associando-se e agravando outras doenças como a tuberculose, doenças cardiovasculares, doenças digestivas, cancro, etc.

Toda a morbidade alcoólica está directa ou indirectamente ligada aos efeitos tóxicos do etanol. As doenças associadas ao consumo de álcool atingem diversas partes do corpo humano e seus sistemas orgânicos de funcionamento. Ao nível do aparelho digestivo o álcool pode ser a causa principal de glossites, esofagites, gastrites, da síndrome de mal-absorção intestinal, de hepatopatia (hepatite, esteatose, cirrose), de lesões pancreáticas agudas ou crónicas. E pode constituir também um factor quer de agravamento de certas lesões digestivas não directamente ligadas a ele, quer de predisposição para o aparecimento de outras (Mello et al., 2001). Esta realidade encontra-se presente no discurso de E4, E6 e E7:

E4 – *“Eu nunca bebi quantidades excessivas de álcool como outros, só bebia no trabalho, às refeições e por brincadeira de longe a longe. Tive de deixar de beber por causa de problemas no fígado”*.

E6 – *“Tenho um organismo muito fraco derivado à minha saúde, e o álcool só piorou tudo”*.

E7 – *“Eu também sempre fui muito doente, tive logo uma meningite aos 2 anos e não morri por sorte, mas depois com o álcool tudo ficava pior. Muitos dos meus problemas foram causados pelas doenças mais o álcool e outras derivadas do meu feitio”*.

Apesar dos consumos se prolongarem por diversos anos em muitos dos casos, os indivíduos acabam por recorrer aos serviços de saúde no sentido de procurarem solucionar os níveis de degradação fisiológica. E6 e E7 salientam que fisicamente já apresentavam um estado de alguma debilidade ao qual o alcoolismo veio agravar ainda mais.

### **c) Exclusão por parte da sociedade**

A associação entre o estigma e a exclusão de determinados circuitos de interacção social referidos anteriormente na argumentação teórica relativa ao Ciclo de Estigma de Sartorius *cit. in* Smith (2002) e da definição multi-factorial de exclusão social proposta por Costa (1998) é um dado possível de consubstanciar com os testemunhos de E1 e E6:

E1 – *“Vivi sempre com pessoas razoáveis que compreendiam e que tinham pena de mim, mas as outras lá fora sentiam desprezo. A minha família nunca me abandonou”*.

E6 – *“No início as pessoas no bairro quando fui para lá morar julgavam-me como se fosse uma prostituta e tratavam-me muito mal. Sabiam que eu tinha problemas com o álcool e às escondidas deitavam-me álcool no leite e eu não reparava. Deitavam-me baldes de água fria pela cabeça abaixo e diziam que eu era uma coscuvilheira”*.

A presença de uma “marca”, ou atributo, que permite distinguir negativamente o indivíduo perante os outros (estigma), leva a um ciclo onde o indivíduo é cada vez mais diferenciado dos restantes, colocando-o numa situação contínua de discriminação e exclusão que pode gerar novas “marcas” e posterior estigmatização, acentuando as distâncias entre estes indivíduos e a restante sociedade. Apesar de apenas alguns dos entrevistados admitirem uma percepção anterior ao tratamento de situações onde se sentiram estigmatizados, de acordo com Edwards *cit. in* Teixeira (2006) à medida que o tempo de consumos se vai alargando existe uma menor capacidade de manobra relativamente ao consumo excessivo, tornando o consumidor mais inflexível e blindado às reacções dos outros indivíduos. Ou seja, aquando do período de consumos excessivos, o indivíduo não percebe com tanta intensidade a presença de estigma que possa ser manifestado pelos outros. Estes dados também seguem a mesma linha dos dados retirados na abordagem quantitativa deste estudo, uma vez que, a maioria dos sujeitos inquiridos no estudo quantitativo também consideraram que antes do início do tratamento as pessoas tratavam-nos pior (61%).

#### **d) Factores que levam ao consumo**

Existe uma ideia, mais ou menos generalizada, de que o alcoolismo pode ser gerado por factores sociais problemáticos e, ao mesmo tempo, ser criador de problemas sociais, tal como é possível verificar no discurso de E3 que salienta a solidão como um aspecto determinante no consumo do álcool motivada pela frustração de uma relação ter culminado no insucesso:

E3 – *“Eu comecei a exagerar mais no álcool, a abusar muito mesmo, por causa me senti mal tratado por uma mulher. E quando chegava a noite eu era muito afectado pela solidão, aquela solidão da noite”.*

No entanto, ao longo do tempo a ideia dos factores sociais problemáticos causarem directamente situações de alcoolismo vem perdendo consistência. De acordo com Lindstrom *cit. in* Teixeira (2006), o alcoolismo tem-se vindo a manifestar cada vez mais como um problema social independente, intimamente relacionado com os valores culturais de uma dada sociedade, da sua permeabilidade ao consumo de bebidas alcoólicas e também pelas características que cada indivíduo possui. No caso português, fundamentalmente na zona norte do país, abrangida pela Unidade de Alcoologia da DRN do I.D.T., IP, é possível verificarmos diferentes padrões de consumo. Se por um lado, E6 se encontra inserido numa comunidade onde decorre a produção de vinho e ao mesmo tempo o consumo da substância é uma situação comum desde a infância, por

outro lado, os restantes entrevistados procuram a substância numa tentativa de amenizar situações mais negativas da sua vida. E3 salienta este aspecto de uma forma bastante sólida no seu discurso.

#### **e) Conduta na comunidade de pertença**

De acordo com Mello et al. (2001), o doente alcoólico consumindo exageradamente bebidas alcoólicas pode ocorrer numa alteração do comportamento e transformá-lo num potencial agressor, para si, para a família e para a sociedade. Tal como o testemunho de E7 manifesta:

*E7 – “Os amigos até me pagavam para me embebedar e eu ficava muito agressivo quando bebia. Mas também se não bebesse dava em tolo que até comia o tabaco.”*

Por outro lado, E3 refere que tal não ocorre na sua comunidade de pertença com a qual interage. De facto, para este indivíduo a comunidade é o laço mais forte de socialização visto que a sua rede social familiar se encontra inexistente, podendo estar aí a explicação para esta diferença relativamente ao preconizado por Mello et al. (2001):

*E3 – “Nunca me senti marginalizado pelas pessoas da minha beira, porque eu também nunca maltratei ninguém, mesmo embriagado nunca fiz mal a ninguém nem causei desacatos (...) Salvei muitas situações de pancadaria lá na zona onde moro, por isso as pessoas têm consideração por mim, também a casa onde eu moro mete respeito (...) E depois de tanta desilusão na vida uma pessoa nem quer saber. Sabe o que é ser traído pelo filho, pelo pai, por todos que pensava serem os que nunca me iriam trair?”*

As situações negativas do quotidiano surgem frequentemente nas vivências dos sujeitos inquiridos. E3 salienta esse factor, ao passo que E7 ressalva outra situação também comum no discurso dos doentes alcoólicos, que diz respeito à importância do grupo de pares aquando dos consumos. Relativamente ao estigma, as únicas pessoas que o encaram como igual, são as que fazem com que os seus consumos sejam cada vez mais ininterruptos e aumentem progressivamente.

#### **f) Consumo de outras substâncias**

Dos sete indivíduos entrevistados E3 e E5 assumiram consumos anteriores de outras drogas. No entanto, o álcool manteve-se sempre como uma substância à qual ainda não foram capazes de se autonomizar. Os motivos para tal facto podem-se também apoiar no facto do álcool ser uma droga

legal, associada ao apelo da indústria das bebidas alcoólicas e de factores culturais, em que o consumo de álcool é melhor tolerado do que o consumo de drogas ilícitas:

E3 – *“Nunca pensei em meter-me na heroína, mas foram as brasileiras que me desencaminharam (...) e agora vim meter-me no álcool...”*.

E5 – *“Já consumi outras drogas, mas consegui sair sozinho. Já bebia álcool antes de consumir essas drogas, mas depois de largar comecei a beber mais até ter de parar”*.

Se o alcoolismo é um problema relacionado com o consumo abusivo de uma substância legal que qualquer indivíduo com idade superior a 16 anos possui acesso livre, o consumo de outras drogas transporta-nos para um campo de discriminação distinto, uma vez que o seu acesso constitui, por si só, um crime. No caso dos inquiridos E3 e E5, o consumo abusivo de álcool surge numa fase posterior ao consumo de outras drogas, o que pode levantar a suspeita de que a interrupção do consumo de drogas ilícitas leva a uma procura da substituição desse consumo pelo consumo de álcool.

#### **g) Início do tratamento**

Mesmo no momento de início do tratamento, é possível identificar diferentes formas de entrada na Unidade de Alcoologia da DRN do I.D.T., IP. E1 iniciou o tratamento por iniciativa própria, tendo mesmo agendado o tratamento para o seu período de férias laboral para que não sofresse qualquer tipo de estigma por parte dos companheiros de trabalho:

E1 – *“Quando comecei a fazer o tratamento foi por minha vontade e pedi para marcar o internamento aqui para Agosto para não ser injuriado pelas pessoas no trabalho. Se soubessem que ia faltar ao trabalho por causa do álcool iam tratar-me mal de certeza. Assim fiz o internamento nas férias e nunca ninguém no trabalho soube de nada”*.

O testemunho também é interessante porque denota que o sujeito, antes de iniciar o seu tratamento, possuía receio de ser estigmatizado pelo facto de ser internado na Unidade de Alcoologia para iniciar o tratamento aos problemas ligados ao álcool de que padecia. Por sua vez, E2 careceu da motivação do conjugue no sentido de procurar ajuda especializada para o seu problema. Refere que no início tentou resolver a situação de forma autónoma, no entanto só conseguiu entrar num período de abstinência e de controlo da doença a partir da integração da Unidade de Alcoologia:

E2 – *“Como todos os alcoólicos, eu achava que conseguia resolver sozinha a situação e controlar o que bebia. Mas quando perdi o controle foi o meu marido que me incentivou a vir para aqui”*.

Tal como foi visto anteriormente, de acordo com Mello et al. (2001), o álcool interfere na performance do trabalhador em diversas áreas (atitudes, percepção, motricidade, raciocínio, imaginação e criatividade). O indivíduo vê alterada a sua atenção, vigilância, capacidade na recolha de informações, velocidade de tratamento da informação, entre outras. Neste sentido, não surpreendem as afirmações de E4 e E5 relativamente à importância que a manutenção do emprego constituiu no processo de início terapêutico na Unidade de Alcoologia:

E4 – *“Tive uns problemas lá com o patrão e foi por isso que vim para aqui, porque o tribunal mandou-me para cá, senão perdia o trabalho”*.

E5 – *“Depois as coisas aconteceram umas atrás das outras e isso torna-se numa bola de neve, vem um problema e vêm os outros e mais outros. Por isso comecei a ter alguns problemas com o patrão que me mandou vir para cá senão mudava era despedido”*.

Já o caso específico de E6 revela outra das situações que conferem ao alcoolismo uma dimensão multi-problemática, visto que o consumo abusivo de álcool por parte do indivíduo causou-lhe graves problemas a nível orgânico e ao mesmo tempo originou a abertura de um processo na Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) em risco que, resultou numa perda da custódia legal da sua filha por um período temporário, no qual era impreterível a prossecução de um tratamento por fim a controlar a situação alcoólica em que se encontrava, que colocava em risco o superior interesse da menor:

E6 – *“Comecei a vir para aqui porque ligaram para as assistentes sociais do CPCJ para virem buscar a minha menina, mas eu nunca a abandonei. Estava muito mal mesmo e o médico mandou-me para casa para morrer, mas depois aqui ajudaram-me e a minha filha só esteve pouco tempo sem mim. As assistentes sociais ajudaram-me muito e agora estamos muito melhor”*.

Podem ser variadas as formas como os indivíduos acedem ao tratamento da Unidade de Alcoologia. Os dados recolhidos no estudo quantitativo já exposto anteriormente mostram uma certa predominância da iniciativa própria no início da terapêutica, no entanto, cada caso apresenta as suas especificidades e, regra geral, existe uma consciencialização por parte dos sujeitos de que

o consumo de álcool lhes está a tirar algo nas suas vidas, seja o emprego, os filhos, as condições de saúde, etc., e aí poderá estar a proveniência da sua motivação para o tratamento.

### **2.5.2. Estigma e espaço físico dos consumos**

Tal como fora abordado e discutido aquando da análise da abordagem quantitativa relativamente ao espaço e aos outros indivíduos presentes aquando dos consumos abusivos, também no estudo qualitativo foi possível retirar junto dos entrevistados informação importante neste sentido e capaz de consubstanciar o já referido anteriormente.

#### **a) No café com amigos e conhecidos**

De acordo com Dias (1996), o consumo de álcool e forma como se o faz está intimamente relacionada com tradições, costumes, rituais e estilos de vida correntes de uma sociedade. A autora cita Pittman que insere os portugueses na categoria das culturas muito permissivas em que a atitude prevalente demonstra muita tolerância social face ao álcool, podendo mesmo a sobriedade ser considerada em determinados contextos como um comportamento desviante. Existe uma componente convivial no consumo de bebidas alcoólicas em Portugal, E1, E3, E5 e E7, todos do sexo masculino, revelam precisamente esse facto:

E1 – *“Eu bebia no café com o pessoal, uns amigos antigos e eram quase sempre as mesmas pessoas”.*

E3 – *“Eu bebia sempre num café lá perto de casa. Como estava sozinho passavam lá uns amigos que me desafiavam para ir dar uma volta e como eu não tinha nada para fazer ia com eles. Depois é o normal, são grupos que se juntam nos cafés, existem os «vintaneiros», os «trintaneiros» e o «quarentaneiros», uns fumam os charros, mas eu desde que deixei as drogas só bebo na maior partes das vezes, só dou de vez em quando uns bafos porque eu adoro o haxixe. A mim respeitam-me, mas não sei se é respeito ou medo, e todos no café nunca me discriminaram”.*

E5 – *“Eu costumava beber em muitos sítios quando saía e tudo, mas bebia mais num café à beira de casa onde me encontrava com as pessoas. Às vezes é um que desafiava o outro e assim, e pronto uma pessoa bebe e nunca mais pára”.*

E7 – *“Eu bebia nos cafés e nas «boites», os amigos até me pagavam para me embebedar e eu ficava muito agressivo quando bebia. Mas também se não bebesse dava em tolo que até comia o tabaco. Era sempre os mesmos que me pagavam as bebidas, sempre a mesma equipa”.*

Na abordagem quantitativa também é possível verificar que 55,4% dos indivíduos do sexo masculino consomem predominantemente no café ou bar habitual, sendo que 52,7% destes faziam-no quase sempre com as mesmas pessoas. Existe, portanto, uma maior exposição por parte dos indivíduos do sexo masculino do seu comportamento alcoólico, facto representado quer nos dados quantitativos deste estudo, quer nos dados qualitativos levantados pelos testemunhos dos entrevistados, que salientam a importância dos grupos de pares nesse consumo.

#### **b) Sozinha em casa**

Tal como na esmagadora maioria dos indivíduos do sexo feminino demonstraram na abordagem quantitativa (88%), o local de eleição para o consumo abusivo do álcool é a própria residência onde o fazem sem a presença de outros indivíduos (76,9%). Se no estudo quantitativo apenas podíamos basear-nos nos valores para indagarmos acerca das motivações por trás desses, E2 e E6 afirmam nos seus testemunhos os motivos que estão por trás do seu comportamento:

E2 – *“Eu nunca bebia com outras pessoas, fazia-o mesmo sempre sozinha e em casa para ninguém saber, e também não queria mostrar nada. Só o meu marido sabia que eu não conseguia estar sem beber”*.

E6 – *“Eu bebia sempre sozinha em casa. Comprava as bebidas lá numa padaria e pedia ao senhor da padaria para meter no meio do saco do pão para não se ver que eu levava álcool comigo para casa”*.

Assim, denota-se uma necessidade de ocultação do seu consumo, sob pena de serem socialmente discriminadas e, por conseguinte, alvo de estigma. Tal como referido anteriormente por Adès e Lejoyeux *cit. in* Costa e Teixeira (2005) o consumo de álcool pelas mulheres é mais isolado e com maior sentimento de culpa. Dias (1996), refere a importância do género feminino e da concepção social existente das suas funções na família e na sociedade, como um factor para a existência de uma maior culpabilização por parte da bebedora e, ao mesmo tempo, se articulamos com o pressuposto por Goffman (1963), a construção social do conceito do papel da mulher na sociedade portuguesa não se coaduna com a sua presença em cafés ou bares a consumir bebidas alcoólicas enquanto convive com outros indivíduos. Como vimos anteriormente, Mendonça *cit. in* Mello et al. (2001) refere a distinção de géneros no alcoolismo relativamente aos papéis de pai e mãe. Assim, quando é o pai o alcoólico, estão em jogo dificuldades de identificação (ausência de imagem paterna e de autoridade), quando é a mãe, são frequentes as situações de carência de afecto e de cuidados, maus tratos físicos, ou abandono nos filhos. Ora, se a mãe informa as

peçoas que estão inseridas na sua comunidade de que é doente alcoólica, passa a ser vista como uma mulher que não foi capaz de dar carinho e de cuidar dos seus filhos, falhando no seu papel de mãe. Pelo contrário, se for o pai o doente alcoólico, a sociedade tende a conformar-se, pois pensa que aquela família tem, pelo menos, a mãe para cuidar dos filhos, demonstrando que os cuidados e os afectos são mais importantes do que a autoridade e que a imagem da mãe e o vínculo entre a mãe e os filhos é muito mais forte do que o vínculo entre o pai e os filhos. Talvez por isso, as mães se escondam e bebam sozinhas, ao passo que os pais bebam no trabalho e com os amigos. Assim, é perfeitamente justificável que a mulher se isole para consumir bebidas alcoólicas no sentido de se proteger do estigma. Pelos dados recolhidos, quer na abordagem quantitativa, quer na qualitativa, o estigma nos doentes alcoólicos é superior se estes forem do sexo feminino do que se forem do sexo masculino.

### **c) Local de trabalho**

Apenas um dos entrevistados salienta que os seus consumos ocorrem preferencialmente no local de trabalho com pessoas diferentes. Destaque para o facto deste sujeito ser agricultor e ser proveniente da zona de Trás-os-Montes, onde os consumos de bebidas alcoólicas apresentam um contexto social diferente do das cidades. Talvez, resida nessa possibilidade o seu testemunho:

E4 – *“Quando bebia era sempre com pessoas diferentes, porque lá trabalhamos sempre em sítios diferentes, com pessoas diferentes”.*

Neste sentido, será pertinente uma análise posterior para futuras investigações na Unidade de Alcoologia da Delegação Regional do Norte do I.D.T., IP, de forma a identificar diferenças nos padrões dos locais de consumo da população da região de Trás-os-Montes, Alto Douro e Alto Minho onde a produção agrícola vitivinícola é mais presente, relativamente à população residente nas regiões litorais urbanas onde a indústria e os serviços são os sectores com maior percentagem de trabalhadores.

### **2.5.3. Estigma e mudanças pós início do tratamento**

O início do tratamento na Unidade Alcoologia é um ponto de charneira no percurso de reinserção social dos indivíduos alcoólicos. A partir deste ponto está estabelecida a ligação com os profissionais especializados na problemática e, conseqüentemente, melhor preparados e capazes de originar a mudança, com a indispensável colaboração e vontade de mudança por parte do

doente. Neste sentido, surge a necessidade de compreender que alterações surgem no sujeito a partir deste momento em que adquirem uma melhor percepção da importância do contacto social e dos malefícios que o álcool trazia para esse contacto, como sendo portadores de um atributo passível de estigmatização, ou seja, de adquirirem o estatuto de desacreditáveis (Goffman, 1963).

#### **a) Ausência de estigma**

Iniciado o percurso terapêutico e até ao momento em que se deram as entrevistas, E1, E3 e E7 referem que o facto de serem doentes alcoólicos em tratamento não implica serem alvo estigma:

E1 – *“Hoje sinto-me outra pessoa e o meu passado não interfere em nada na forma como as outras pessoas me vêem. Se perguntassem se estava aqui a ser tratado eu não tinha problemas em dizer que sim (...) Só uma pessoa que não esteja a ver a realidade da vida podia tratar-me de maneira diferente só porque estou aqui a ser tratado. Não me sinto envergonhado agora, à medida que fui fazendo o tratamento fui perdendo a vergonha (...) Acho que as pessoas em geral hoje em dia já não tratam mal os doentes alcoólicos, torna-se uma rotina e acho a sociedade acha que é um problema que pode acontecer a qualquer um, seja porque teve um desgosto ou qualquer outra coisa”.*

E3 – *“Não tenho problemas nenhuns em dizer que estou a ser aqui tratado. Para mim não existem tabus. Fiz aqui uma limpeza para que as coisas não piorassem.”*

E7 – *“Acho que sou uma pessoa que ganha muito facilmente confiança com o próximo, porque acho que não vão tratar como diferente à partida só porque estou aqui a ser tratado”.*

E1 salienta mesmo o cariz progressivo da sua posição face ao estigma no momento da entrevista, ao passo que E3 e E7 partem do princípio que o facto de serem doentes alcoólicos não influi no trato que a sociedade lhes possa conferir. Mais uma vez, vamos de encontro do referido por Teixeira (2006) na adopção do modelo “doença” para o alcoolismo que foi desconstruindo o estigma existente face a estes sujeitos que são todos do género masculino.

#### **b) Presença de estigma**

Tal como os dados sugeridos na análise quantitativa demonstram, os entrevistados do sexo feminino (E2 e E6) demonstram que, mesmo iniciado o seu tratamento, o estigma é algo presente no seu quotidiano. E2 e E6 demonstram esconder que se encontram a fazer tratamento aos problemas ligados ao álcool por considerarem que seriam desconsideradas e alvo de estigma

perante a sociedade. E2 refere mesmo essa distinção existente entre homens e mulheres, salientando que o estigma é superior no género feminino:

E2 – *“No dia-a-dia nunca digo a ninguém que estou aqui a ser tratada. Tenho muita vergonha, porque não socialmente aceito que se seja doente alcoólico, muito menos numa mulher. Acho que as mulheres são mais discriminadas do que os homens (...) Para a maioria das pessoas o alcoolismo não é uma doença, por isso se eu contasse a alguém que tive problemas com o álcool era muito possível que fosse tratada de maneira diferente, mas claro que depende de pessoa para pessoa (...) A sociedade trata mal os doentes alcoólicos, se se soubesse que eu sou doente alcoólica se calhar iam tratar mal o meu marido. Mas também se soubessem que eu estou abstinente talvez me tratassem melhor, não sei”.*

E6 – *“Digo que estou a ser tratada, mas não digo a especialidade, senão iam-me chamar de bêbada (...) Acho má a forma como a sociedade trata os doentes alcoólicos, porque vejo no dia-a-dia. Até quando andei nos Alcoólicos Anónimos vi a forma como as pessoas são, andavam lá só bêbados a cair, um médico que lá andava porque também bebia até cair foi retirado e expulso por causa disso (...) Vão-me tratar sempre de maneira diferente por causa do álcool, nas juntas médicas trataram-me mal por causa do álcool”.*

No entanto, E5 do género masculino salienta que também possui cuidados em manter a discreto o seu processo terapêutico na Unidade de Alcoologia por considerar que tal pode torná-lo alvo de estigma, o que, em certa parte, revela que apesar da maior prevalência desta atitude defensiva nas mulheres, também é algo presente no sexo masculino:

E5 – *“Regra geral não mostro que estou aqui a ser tratado, sou reservado porque podem discriminar-me. As pessoas põem uma etiqueta porque as pessoas são paranóicas, não olham para uma pessoa como eu da mesma maneira que olham para outras (...) Às vezes sinto diferenças, principalmente quando estou com os meus amigos, porque toda a gente bebe menos eu. Peço sempre um sumo ou um «ice-tea», já se tornou um hábito, mas fica tudo a olhar para mim (...) Sinto-me revoltado com a forma como a sociedade trata os doentes alcoólicos, porque as pessoas que não conhecem não respeitam isso. Deviam ter a mente mais aberta para coisas como o alcoolismo, as drogas, os homossexuais e assim”.*

E7, que havia defendido a ausência de estigma no seu dia-a-dia após o início do tratamento, salienta que não existe uma linearidade na forma como as diferentes pessoas encaram a sua doença alcoólica. Para o doente surgem, por vezes, situações em que a sua condição alcoólica o coloca numa situação de inferioridade perante os demais e, por conseguinte, sente o estigma:

E7 – *“Às vezes o facto de andar aqui a ser tratado prejudica-me, porque para as pessoas quem bebe demais fica com má imagem (...) No geral, a sociedade trata mal os doentes alcoólicos, gostam de fazer dessas pessoas, pessoas de segundo plano. Mas se nos tratarem como deve ser vêem que temos outra cara diferente da que eles pensam”.*

A questão da aceitação do estigma defendida por Goffman (1963) em que os indivíduos estigmatizados possuem, tal como os demais cidadãos, uma noção do que é a norma social e, conseqüentemente, que não se inserem na mesma. E7 revela-nos algumas dessas experiências de aceitação do estigma e do seu estatuto de doente alcoólico:

E7 – *“Algumas pessoas lá no meu bairro tratam-me mal, antes revoltava-me muito quando me chamavam nomes e assim, mas agora não quero saber (...) Agora as pessoas tratam-me muito melhor e no dia-a-dia está tudo melhor, apesar de há uns tempos terem abusado um bocado, mas uma pessoa faz por esquecer isso (...) Nós não podemos aceitar que somos piores que os outros, temos de saber ocupar o nosso lugar (...) Há pessoas que acham bem eu estar aqui a ser tratado e outras que tenho de desprezar. Às vezes uma pessoa tem que se fechar por causa dos outros”.*

Existem, portanto, diferenças de pessoa para pessoa no que concerne à estigmatização de doentes alcoólicos. Esta variação de indivíduo para aproxima-se da abordagem ao individualismo de Lipovetsky (1989). A alínea seguinte aborda precisamente esta relatividade retirada deste estudo qualitativo.

### **c) Relativização do estigma**

A posição, em certa parte, dicotómica de E7 relativamente à ausência ou à presença do estigma no seu quotidiano após o início do tratamento, transporta-nos para outra dimensão importante no estudo do estigma nos doentes alcoólicos, tal como acontecera na análise quantitativa, que diz respeito à relativização do estigma. Aqui, voltamo-nos de novo para a abordagem de Lipovetsky (1989) e de Lindstrom *cit. in* Teixeira (2006) que defendem, tal como vimos anteriormente, a posição cada vez mais individualizada relativamente ao julgamento moral e social dos doentes alcoólicos. E3, E4, E5 e E6 manifestam no seu discurso esta relatividade, em que a existência de estigma varia de pessoa para pessoa, dependendo dos valores morais de cada sujeito:

E3 – *“Depende da mentalidade de cada pessoa tratar mal uma pessoa por ser doente alcoólica. Não acho que deixar ou não de beber influencie a forma como uma pessoa é vista. É mais importante a conduta geral da pessoa”.*

E4 – *“Não sei se me iam tratar de maneira diferente se dissesse que estou aqui a ser tratado. É uma coisa que varia de pessoa para pessoa. A minha filha sabe e trata-me bem, normal”*.

E5 – *“Acho que se alguém souber que estou a ser tratado aqui me ia tratar de maneira diferente, mas também acho que isso depende do pensamento dessa pessoa. Tudo depende de quem saiba que estou aqui a ser tratado”*.

E6 – *“Não sei se as pessoas me iam tratar de maneira diferente se soubessem que sou doente alcoólica, depende das pessoas, conforme. No meu bairro, por exemplo, o que há mais é alcoolismo”*.

Desta forma, os dados qualitativos aqui demonstrados reforçam ainda mais as ilações retiradas da análise quantitativa e da bibliografia já existente. Outra das conclusões que se podem retirar destes dados é, então, que, pelo menos na generalidade dos indivíduos doentes alcoólicos, principalmente se forem do sexo masculino, se verifica o consenso de que o estigma sobre os doentes alcoólicos não é um factor intrínseco na sociedade portuguesa, mas sim algo que varia consoante a pessoa que julga e categoriza o comportamento alcoólico.

#### **d) Enquadramento na norma social**

O enquadramento na norma social que os indivíduos entrevistados manifestam, poderá demonstrar a que nível se consideram como inseridos na sociedade e, por conseguinte, mais afastados do espectro do estigma. Aquando da análise quantitativa, verificamos que a maioria dos indivíduos considerava que a sociedade os via como pessoas normais (72%). No entanto, quando questionados acerca da forma como se viam a si mesmos, apesar de maioritário, o índice que se considera como pessoa normal já é inferior (49%). Os resultados obtidos através da abordagem qualitativa também vêm de encontro aos referidos na análise quantitativa, com E1, E3, E4, E5 e E6 a considerarem que são pessoas normais e que são vistos como tal:

E1 – *“Eu considero-me uma pessoa normal e acho que também as outras pessoas me vêem como uma pessoa igual a qualquer outra e nem se apercebem que estou a ser tratado. Mesmo as pessoas que sabem que eu estou a ser tratado por causa dos problemas do álcool me vêem como uma pessoa normal”*.

E3 – *“Vejo-me e sempre me vi como uma pessoa normal, isso nem se põe em questão, só que nesta fase a partir do dia em que iniciei aqui o meu tratamento estou a preocupar-me com os meus problemas. Quero ser útil à sociedade”*.

E4 – *“Desde que comecei a vir para aqui sou tratado da mesma forma que antes era tratado. As pessoas vêem como uma pessoa normal que sou. Mesmo as pessoas que sabem que venho aqui me tratam como uma pessoa normal. Lá na minha terra é normal beber-se, anormal é não beber”*.

E5 – *“Acho que toda a gente me vê como uma pessoa normal, gosto de conversar, sou sociável, responsável e respeito para ser respeitado”*.

E6 – *“As pessoas que sabem que estou a ser tratada aqui depois de ter recuperado tratam-me bem. A minha filha é muito meiguinha para mim e não faz caso do que as outras pessoas possam dizer (...) Estar aqui a ser tratada às vezes interfere na forma como as outras pessoas me tratam. As vizinhas no bairro tratam-me mal e o barulho no bairro atrapalha-me e não gosto da confusão. Agora que não bebo, acho que me tratam melhor que antes. Acho que me vêem como uma pessoa normal”*.

De salientar, mais uma vez, o facto da localização geográfica de residência de E4 poder indiciar diferentes padrões de consumo que, por sua vez, podem influenciar no nível de estigma presente nessa comunidade.

#### **e) Avaliação positiva do tratamento e ganhos secundários**

Tal como nos dados retirados quantitativamente com 84% do inquiridos a manifestarem-se satisfeitos e orgulhosos com o facto de serem doentes alcoólicos em tratamento, também os entrevistados manifestaram na sua maioria concordância com esta tendência como se verifica nos testemunhos de E1, E2, E3, E4, E5, E6 e E7:

E1 – *“Agora tenho nojo do álcool. O álcool tira muito a uma pessoa, consegue mesmo tirar tudo. Por isso estou muito feliz por estar a ser aqui tratado”*.

E2 – *“Sim, estou feliz por estar a ser aqui tratada”*.

E3 – *“Estou feliz por ter vindo para aqui e tive a sorte de encontrar técnicos super que me estão a ajudar”*.

E4 – *“Estou orgulhoso por me estar a tratar, mas o deixar de beber depende da própria pessoa, não adianta os outros teimarem se não se quiser deixar de beber”*.

E5 – *“É claro que me sinto feliz por estar a ser tratado aqui, já não tenho tantos tremores por causa da medicação, já durmo melhor e tudo (...) Sou uma pessoa com muita sorte, porque os meus pais e os meus amigos tratam-me bem e aceitam melhor o meu problema porque estou a fazer um esforço para me tratar”*.

E6 – *“Gostei muito de estar aqui quando fui internada e sou muito bem tratada por todos”.*

E7 – *“Estou muito orgulhoso por estar aqui a ser tratado. Há coisas que uma pessoa descobre quando passa por elas. Acho que por causa da minha doença sou capaz de perceber melhor os erros dos outros, sou mais humano e capaz de perceber perfeitamente que errar é humano, seja derivado do alcoolismo ou de outra coisa qualquer”.*

No entanto, o estudo qualitativo permitiu ir ainda mais longe. Como é possível verificar nas declarações de E7 expostas, surge uma aproximação ao que Goffman (1963, p.13) definiu como sendo os «ganhos secundários» relativamente à situação pela qual o indivíduo passou:

O estigmatizado pode, também, ver as privações que sofreu como uma bênção secreta, especialmente devido à crença de que o sofrimento muito pode ensinar a uma pessoa sobre a vida e sobre as outras pessoas.

Também E5 manifesta esses ganhos secundários, uma vez que a sua abstinência é premiada pelo seu patrão com regalias, que outros funcionários não alcoólicos não têm oportunidade de alcançar pelo facto de a sua abstinência não ser valorizada ao mesmo nível de E5 que é doente alcoólico:

E5 – *“Se me mantiver abstinente vou ser tratado melhor e o meu patrão dá-me mais regalias se me mantiver na linha”.*

#### **f) Assumir-se ou não se assumir como doente alcoólico**

A capacidade de um doente assumir que é um doente alcoólico é um processo longo que pode estar associado com a dificuldade do sujeito em acatar o rótulo de possuir uma doença crónica para a qual existe tratamento, mas que não existe uma cura, ou seja, um doente alcoólico para manter o seu bem-estar controlando a sua doença e os problemas ligados ao álcool, tem de se manter, impreterivelmente abstémico (Mello et al., 2002). E2, E6 e E7 assumiram abertamente que são, de facto, doentes alcoólicos:

E2 – *“Apesar de me verem como uma pessoa normal eu sou uma pessoa muito doente, senão não estava aqui. O meu marido trata-me como uma pessoa normal apesar de eu ser doente”.*

E6 – *“Eu vejo-me como uma pessoa muito doente, tenho de andar sempre vigiada pelos médicos, já tive tuberculose, broncopneumonias e o alcoolismo não é?...”*

E7 – *“Sempre fui uma pessoa doente, mas desde que deixei de beber melhorei mais de 50% a minha saúde. Já se nota em mim uma diferença muito grande (...) Nunca escondi que estou a ser tratado aqui, não gosto de esconder nada. Quando não quiser vir mais aqui entrego o cartão”.*

Por outro lado, E3 e E5 manifestam-se relutantes relativamente a esta questão e recusam assumir a sua doença alcoólica:

E3 – *“No meu caso não me considero um doente alcoólico, porque um alcoólico é alguém que tem de ser levado a casa todos os dias, que só faz conflitos e confusões, que nunca se lava e assim. Não me vou assumir como um doente”*.

E5 – *“Eu sei que sou doente. Apesar de não ser alcoólico, porque não sou dependente, sentia muitos tremores, e como no meu trabalho eu conduzo uma empilhadora isso estava a afectar, por isso o meu patrão falou para eu me tratar e deixar de beber”*.

Se por um lado E3 demonstra que possui um conceito de doente alcoólico bastante deturpado, já E5 assume-se como doente, que possui alguns dos sintomas da dependência do álcool, mas não aceita o termo alcoólico nem que possui qualquer tipo de dependência. Esta incapacidade para assumir a doença alcoólica poderá advir do pouco tempo de tratamento que os sujeitos apresentam, com menos de 6 meses para E3 e com menos de 1 ano para E5. Mesmo assim nota-se uma evolução, ou seja, E3 não admite possuir qualquer tipo de doença alcoólica, ao passo que E5 assume que é doente e que sente tremores, o que revela um desenvolvimento e uma cada vez melhor percepção da sua condição e dos cuidados de que deverá apresentar na conservação do seu estado de saúde.

No que concerne ao ciclo de estigma proposto por Sartorius *cit. in* Smith (2002) já abordado diversas vezes anteriormente, tal como se verificou no estudo quantitativo, também na abordagem qualitativa foi possível encontrar indícios da componente cíclica no alcoolismo como estigma, ou seja, capaz de ser origem e, ao mesmo tempo, consequência de outros problemas, como podemos verificar nos testemunhos de E2 e E3:

E2 – *“A maior parte dos meus problemas não foram causados pelo álcool, já existiam e o álcool foi só mais um. Mas para já está a ser controlado”*.

E3 – *“O meu problema com o álcool veio piorar coisas que já existiam, mas está na altura de refazer a minha vida”*.

Mais uma vez, existem relações entre o estigma e a doença alcoólica, tal como se verificou na abordagem quantitativa. A complementaridade de ambas as abordagens permitiu tirar diversas conclusões que iremos abordar e reflectir no próximo ponto que culminará este estudo.

## Reflexão Final

O imparável devir do tempo transformou a vida no nosso planeta ao longo de uma história tão longa, que hoje é contabilizada em milhões de anos. Algures num ponto muito reduzido dessa história surge o ser humano que, mesmo assim, possui uma longa história marcada por uma evolução constante. A capacidade de transformar tudo o que o rodeia e de problematizar todos os fenómenos que os seus limitados sentidos conseguem captar é uma característica que o distingue relativamente aos outros animais que partilham com ele o mesmo planeta. Seria impossível para o próprio ser humano documentar ou descrever todas as acções ou pensamentos que já foram feitos desde o início da humanidade e, mesmo que tal pudesse ser concretizado de alguma forma, seria um processo ininterrupto, renovável com informação nova a cada segundo que passasse. Desta forma, o ser humano interliga-se de uma forma tão profunda com o real que o rodeia que os seus limitados cinco sentidos são, em certa forma, sobrevalorizados devido à sua importância crucial nessa interligação do ser humano com o meio. Manipular esses sentidos também é mais uma das problematizações a que o ser humano se propôs ao longo da sua história, quase como uma experiência em que à medida que os sentidos se alteram, também o meio se altera, pelo menos aparentemente. Como a percepção do meio é um veículo através do qual o ser humano experiencia todo um universo de sensações que podem ser interpretadas de forma positiva ou negativa, é natural que quando colocado numa situação negativa o ser humano busque alterar essa negatividade causadora de mal-estar. Assim, pode começar por alterar o meio causador da angústia, no entanto, tal pode parecer inverosímil e, portanto, o ser humano pode procurar alternativas. Uma dessas alternativas pode ser mudar-se a si mesmo, ou seja, alterar a forma como interpreta o que os seus sentidos lhe transmitem do real negativo. Esta alternativa será certamente um processo longo e moroso, em que o sujeito terá de atravessar uma experiência auto-didáctica e de adaptação ao meio. No entanto, o engenho cerebral do ser humano permite-lhe criar uma panóplia variada de alternativas. Pode, por exemplo, não alterar a sua interpretação do que os seus sentidos lhe transmitem do real negativo, mas sim alterar os seus sentidos para que o real seja interpretado como mais positivo, logo, menos causador de angústia. A ingestão de bebidas alcoólicas é uma dessas alternativas de deturpação da interpretação do real devido à «sabotagem» que o álcool provoca nos sentidos. No entanto, o real não muda tão rapidamente como a percepção humana após a ingestão de álcool, logo, surgem problemas para o embriagado indivíduo que o ingeriu. Um desses problemas prende-se no facto do ser humano partilhar o meio com outros seres humanos dotados dos mesmos veículos de interpretação do real. Estes seres humanos percebem e interpretam o comportamento manifestado pelo indivíduo alcoolizado e

surge de imediato uma questão: porque é que perante o mesmo real aquele ser humano se comporta de maneira distinta dos demais? Diz-nos a sociologia que estamos perante um indivíduo que apresenta um «comportamento desviante» (Michener et al., 2005), ou seja, desvia-se do caminho no qual a maioria dos seus semelhantes percorre o ininterrupto desenvolvimento da espécie humana, ou como nos refere o interaccionismo simbólico, o indivíduo desviante salta para fora da coordenação e cooperação entre os indivíduos e a sociedade, contribuindo para que a sociedade possa não se estabelecer como tal (Mead, 1934). O facto de apresentar um comportamento desviante pode ter as suas consequências. Se por um lado pode ser alvo da admiração dos outros seres humanos por ter «desbravado» terreno e aberto aos demais novos caminhos ou novas oportunidades de desenvolvimento, por outro lado pode ser alvo de discriminação ou de estigma, por não trazer com o seu comportamento nenhuma novidade positiva que proporcione o desenvolvimento, muito pelo contrário, «obriga» os demais a engendramos novas alternativas para resolverem o novo problema, que no caso do alcoolismo se constitui como “(...) um dos mais graves problemas de saúde pública (...)” (Mello et al., 2001), logo, respeitante a toda a sociedade.

Este trabalho, em toda a sua extensão, visa ser a demonstração de uma percepção da problemática do alcoolismo que a realidade portuguesa nos transmite, com o objectivo de permitir que se «engendrem» novos planos para lhe fazer face. No entanto, como é possível verificar imediatamente no seu título, este estudo visa focar especificamente um dos fenómenos sociais que ocorrem no alcoolismo. Esse fenómeno é o estigma. Apesar de se manifestar noutras situações, consideramos interessante o seu estudo nos doentes alcoólicos e acabamos por tirar algumas conclusões.

Uma dessas conclusões é o facto de o alcoolismo não ser alvo de um estigma imediatamente visível, ou seja, um indivíduo pode ser doente alcoólico, mas se não o demonstrar no seu comportamento perante os outros indivíduos, não será alvo de estigma como é possível verificar-se aquando da analogia com a teoria de Goffman (1963) nas páginas 23 e 24 deste trabalho. Assim, é o indivíduo alcoólico que decide quando e a quem evidenciar essa sua característica que o distingue da maioria dos seres humanos (páginas 38 a 41).

Outro facto já amplamente difundido no pensamento da alcoologia, mas reforçado neste trabalho, diz respeito à aceitação do consumo de bebidas alcoólicas pela sociedade, desde que seja feito moderadamente e de forma responsável, tal como podemos ver em letras pequenas no final de

cada anúncio publicitário de uma bebida alcoólica: «Seja responsável. Beba com moderação». Nas páginas 42 e 43 concluímos que um doente alcoólico, num estágio inicial da doença, pode beber uma garrafa de whisky sozinho sem que o seu comportamento apresente indício de embriaguez, logo, não passível de ser estigmatizado. Por outro lado, se não tiver bebido nenhuma bebida alcoólica já denota uma degradação a nível do funcionamento psicológico e fisiológico, logo, pode ser alvo de estigma pois desvia-se da norma social, podendo mesmo ter dificuldade em articular uma conversa com outro indivíduo. Demonstramos, assim, como o estigma sobre o doente alcoólico pode ser algo paradoxal.

No entanto, tal como nos havíamos pressuposto inicialmente, este trabalho também possuía o objectivo de ser inovador, fazendo jus ao lema da Universidade Fernando Pessoa onde se insere o autor e o orientador do mesmo. Logo, e partindo da realidade terrena do local de estágio curricular do autor do trabalho, fomos desbravar nesse terreno em que medida o fenómeno social do estigma se encontrava presente. Tal como foi referido mais do que uma vez neste trabalho, a realidade terrena era a Unidade de Alcoologia da Delegação Regional do Norte do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP, o que delimitou o objecto de estudo deste trabalho para os doentes alcoólicos utentes nessa unidade de alcoologia. Estará, então, o estigma presente nos contextos de socialização destes doentes alcoólicos? Em que medida isso facilita ou complica a reinserção social destes sujeitos? Chegamos às seguintes conclusões:

- Para os indivíduos do sexo feminino, o alcoolismo é motivo de culpabilização e procuram ao máximo ocultá-lo da comunidade e, se possível, dos familiares. As mulheres manifestam muito receio de ser alvo de estigma por parte da sociedade pelo facto de serem doentes alcoólicas, e nem mesmo após a entrada na abstinência revelam que estão a ser tratadas e que vão às consultas na Unidade de Alcoologia da DRN do I.D.T., IP. Assim, os dados recolhidos sugerem uma presença forte do estigma nas mulheres doentes alcoólicas (páginas 78 e 79);
- O alcoolismo masculino, por sua vez, apresenta uma forte componente de socialização, onde os sujeitos se deslocam preferencialmente para o café, onde bebem na companhia de outros indivíduos, que geralmente são sempre os mesmos, numa lógica de camaradagem em que se desafiam mutuamente para consumirem (páginas 77 e 78);
- Relativamente à reinserção dos doentes alcoólicos da Unidade de Alcoologia da DRN do I.D.T., IP na sociedade, os dados apontam para um certo relativismo. Ou seja, a conclusão que retiramos acerca deste aspecto consiste nos indivíduos sentirem que o estigma não interfere necessariamente no seu processo de reinserção, considerando que depende muito

dos valores morais de cada pessoa julgar negativamente alguém por ser um doente alcoólico em tratamento. Existe mesmo a forte possibilidade da sociedade apoiar e incentivar os doentes alcoólicos na busca do sucesso face à doença, o que se consubstancia com a existência de ganhos secundários por parte de alguns utentes em conseguirem manter-se abstinentes (páginas 83 a 86).

Existiram, logicamente, barreiras epistemológicas (Quivy e Campenhoudt, 1995; Hill e Hill, 2002), quer no estudo quantitativo, quer no estudo qualitativo, que tiram o atributo de validade absoluta deste trabalho. No entanto, essas barreiras epistemológicas foram combatidas o melhor possível dentro das limitações e da inexperiência do autor do estudo, mas, ao mesmo tempo, alicerçado na maior experiência do orientador do trabalho na elaboração de estudos científicos e com o apoio incondicional de todos os técnicos e funcionários da Unidade de Alcoologia da Delegação Regional do Norte do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP. Fica, no entanto, lançado o desafio para novas investigações dentro da temática do estigma no doente alcoólico, muito pouco estudado em Portugal e, como os resultados deste estudo apontam, muito presente no alcoolismo feminino. Será interessante descobrir se este maior estigma no sexo feminino pode ajudar a motivar a mulher para tratar a sua doença alcoólica e travar os consumos; se através da vinculação existente entre a mãe e os filhos, se pode utilizar esse factor como prevenção para os filhos não se tornarem doentes alcoólicos, invertendo a tendência dos filhos de pais alcoólicos se poderem tornar também doentes alcoólicos. Por outro lado, também será interessante aferir se o menor estigma face ao alcoolismo masculino pode contribuir para uma maior dificuldade do homem alcoólico em travar os consumos e, por conseguinte, colocar o tratamento em risco. Em suma, procuramos que este trabalho possua esta capacidade de deixar interrogações no leitor, para posteriormente serem alvo de estudos que visem encontrar respostas para as mesmas.

## Bibliografia

- Bardin, L. (1995) *A Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70.
- Bell, J. (1993). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa, Gradiva.
- Centro Regional de Alcoologia do Norte (2007) *Relatório de Actividades 2006*. Porto, Ministério da Saúde.
- Costa, A. (1998). *Exclusões Sociais*. Lisboa, Gradiva.
- Costa, C. e Teixeira, Z. (2005). Alcoolismo no Feminino: Uma Revisão. *Boletim de Alcoologia*, Ano 2, Volume 1, Porto, Centro Regional de Alcoologia do Norte, pp. 11-19.
- Dias, P. (1996). Controle Social e Consumo de Álcool. *Boletim*, Ano 5, Número 16, Porto, Centro Regional de Alcoologia do Porto, pp. 3-6.
- Díaz, R. e Serrano, L. (2001). *¿Alcohol en la Familia?* Barcelona, Socidrogalcohol.
- Dubet, F. (1994). *Sociologia da Experiência*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Falk, G. (2001). *Stigma: How We Treat Outsiders*. New York, Prometheus Books.
- Goffman, E. (1963). Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. [Em linha]. Disponível em [http://www.4shared.com/file/57516972/3ae59924/Erving\\_Goffman\\_-\\_Estigma\\_notas\\_sobre\\_a\\_manipulao\\_da\\_identidade\\_deteriorada.html](http://www.4shared.com/file/57516972/3ae59924/Erving_Goffman_-_Estigma_notas_sobre_a_manipulao_da_identidade_deteriorada.html) [Consultado em 29/05/2008].
- Harichaux, P. e Humbert, J. (1978). *O Alcoolismo*. Coimbra, Livraria Almedina.
- Hill, M. e Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa. Edições Sílabo.
- King, M. et al. (2007). The Stigma Scale: development of a standardized measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 190(07), pp. 248-254.
- Lipovetsky, G. (1989). *O Império do Efêmero*. Lisboa, Publicações Dom Quixote.
- Mead, G. (1934). *Mind Self and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago, University of Chicago.
- Mello, M., Barrias, J. e Breda, J. (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.
- Michener, H., Delamater, J. & Myers, D. (2005). *Psicologia Social*. São Paulo, Thomson Pioneira.
- Milam, J. e Ketcham, K. (1986). *Alcoolismo – Os mitos e a realidade*. São Paulo, Nobel.
- Organização Mundial de Saúde (2008). Strategies to reduce the harmful use of alcohol. *Sixty-first World Health Assembly*, World Health Organization.
- Palha, P. (2007). *Alcoolismo*. Matosinhos, Quidnovi.
- Pascual, F. (2002). Imagen Social de las Bebidas Alcohólicas. *Adicciones*, 14, pp. 115-122.

- Payne, M. (2002). *Teoria do Trabalho Social Moderno*. Coimbra, Quarteto Editora.
- Pereira, A. (2004). *SPSS: guia prático de utilização: análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa, Edições Sílabo.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. (1995). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva.
- Ramos, J. e Moreira, R. (2006). Interação familiar e sofrimento psicológico em dependentes alcoólicos. *Boletim de Alcoologia*, Ano 3, Volume 1, Porto, Centro Regional de Alcoologia do Norte, pp. 16-27.
- Silva, N. e Fridman, P. (2007). Diário de Um Cucaracha: o estigma da lusofonia retratado na literatura brasileira de Henfil. *Análise Social*, XLII (07), pp. 719-732.
- Smith, M. (2002). Stigma. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(02), pp. 317-325.
- Teixeira, Z. (2006). Alcoolismo e Modernidade. *Boletim de Alcoologia*, Ano 3, Volume 1, Porto, Centro Regional de Alcoologia do Norte, pp. 4-15.
- Vala, J. e Monteiro, M. (1993). *Psicologia Social*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Xiberras, M. (1993). *As Teorias da Exclusão*. Lisboa, Instituto Piaget.