

Violência Doméstica, Toxicodependência e Alcoolismo: A experiência da Associação Reaprender a Viver, Bragança

Augusta Branco

Escola Superior de Saúde de Bragança; Associação Reaprender a Viver

Fernando Pereira

Escola Superior Agrária de Bragança; Associação Reaprender a Viver

Palavras-chave: Família, Minimização de Danos, Prevenção de Riscos.

1. Introdução - A Associação “Reaprender a Viver”

A Associação “Reaprender a Viver”, uma IPSS, cujos objectivos prioritários – estatutariamente definidos – dizem respeito a prestar apoio social aos jovens e demais público que se encontre em situação de carência, designadamente aos desempregados, toxicodependentes, alcoólicos, famílias anónimas e a todos aqueles em vias e/ou de exclusão social. Este objectivo é operacionalizado através de:

- a) Apoio psicológico a todos os que recorrem a esta Associação;
- b) Intervenção primária através de acções e campanhas de sensibilização/informação;
- c) Serviço de apoio aos tempos livres, através de actividades (cultura, desporto, música, informática...);
- d) Cooperação com várias entidades que ajudem a Associação na tarefa de proporcionar o bem-estar físico, psíquico e social da comunidade;
- e) Prestação de apoio personalizado semanal às famílias anónimas, alcoólicos anónimos, grupos de apoio a toxicodependentes, com vista a contribuir para a eliminação das situações problemáticas.

Neste sentido, e tendo a problemática contextual em análise, a Associação serve, num primeiro momento, como observatório de campo, através da observação e exploração por “Equipas de Rua”, com a aplicação de um instrumento de colheita de dados, para identificar casos problemáticos, e os envolvimentos paralelos de sujeitos que neles são detectados; e, num segundo momento, diagnostica-se a comunidade a que se tem acesso, identificando-se, assim, os casos específicos.

2. A Realidade Observada

Tendo em vista a consolidação e pertinência do seu projecto de desenvolvimento social e comunitário a Associação “Reaprender a Viver” levou a cabo, no início de 2005, a realização de um inquérito a 180 famílias da cidade de Bragança. Não foi seguido nenhum critério especial de selecção de inquiridos e, neste sentido, poderá dizer-se que o mesmo é aleatório embora fragilizado pela tendência para se centrar nos inquiridos mais disponíveis, o que aliás está reflectido na elevada representatividade da classe reformados e desempregados. Este desvio da amostra poderá reflectir-se na frequência elevada de fenómenos psicossociais como são a toxicodependência e alcoolismo e os maus-tratos. Ou seja, o resultado do inquérito não deve ser lido como uma expressão quantitativa destes fenómenos na cidade de Bragança, mas serve os objectivos da Associação pois centra-se nos fenómenos referidos. Aliás a estratégia nacional da luta contra a droga aconselha exactamente à concentração dos esforços e dos recursos nos grupos de risco. Alguns dados gerais caracterizadores da população inquirida estão sumariados no Quadro 1.

A partir deste estudo exploratório da situação, a Associação estabeleceu como área prioritária de intervenção quatro bairros da cidade de Bragança. Bairros densamente povoados e com maiores evidências das problemáticas psicossociais referidas e de exclusão social. A decisão prende-se mais uma vez com a necessidade de concentração de recursos. A partir dos casos de toxicodependência, de alcoolismo e de maus-tratos identificados, rapidamente as equipas de rua da Associação identificaram outros casos.

Neste momento o número de casos de toxicodependência e alcoolismo identificados e acompanhados subiu dos 21 iniciais para 34 e os casos de maus-tratos subiu de 7 para 11. Esta metodologia de diagnóstico e intervenção, tipo bola de neve, revela-se mais eficaz se o objectivo prioritário é, como é, a focalização dos esforços e recursos em áreas geográficas e grupos socioeconómicos de maior risco.

Quadro 1 – Dados gerais da população inquirida

	% (n = 180)
Nacionalidade	
Portuguesa	93,9
Africana	2,2
Outra	3,9
Escolaridade	
Não sabe ler nem escrever	20,6
1.º Ciclo do E. Básico	17,2
3.º Ciclo do E. Básico	15,6
E. Secundário	15,0
E. Superior	10,0
1.º Ciclo incompleto	9,4
2.º Ciclo do E. Básico	7,8
E. Médio	4,4
Situação ocupacional	
Reformados	26,3
Desempregados	16,2
Estudantes	11,7
Domésticas	11,2
Empregados	34,6
Estado civil	
Solteiro	37,8
Casado	35,6
Viúvo	15,6
União de Facto	7,2
Separado	3,9
Problemáticas	
Nenhuma	73,2
Toxicodependência	8,4
Alcoolismo	5,0
Carência Económica	3,4
Tox./ Alcoolismo	2,8
Maus-tratos	2,8
Doença/Deficiência	2,8
Delinquência Juvenil	0,6
Tox./ Maus-tratos	0,6
Alcoolismo/maus-tratos	0,6

Fonte: Dados do inquérito

Partindo exclusivamente da informação recolhida da amostra inicial, e ponderando o facto deste estudo preliminar não traduzir ainda a complexidade contextual destas situações com o rigor necessário, revelam-se, todavia, as seguintes tendências. A toxicoddependência e o alcoolismo, tendencialmente, concentram-se no grupo ocupacional dos desempregados. Por seu turno, os maus-tratos, tendencialmente, concentram-se, no grupo ocupacional domésticas e, simultaneamente, cursa com outras dependências como a toxicoddependência e o alcoolismo.

3. Reflexão acerca das problemáticas

3.1 Da Violência Doméstica

Tematiza-se a violência doméstica, num contexto rural-urbano. A violência doméstica assume características específicas. Do ponto de vista da observação do seu desencadeamento e das reacções do violentador e da vítima, poder-se-á construir dois tipos de observação. Uma observação de variáveis internas aos sujeitos envolvidos, como o seu carácter, o seu continuum de vida, suas percepções de mundo, a sua filosofia de vida, e convicções e estereotípias. Além desta, mas não menos importante, uma observação a variáveis externas, que dizem respeito ao tipo de contexto relacional, sociocultural e económico em que se desencadeia.

Todavia, no seu conjunto, estas variáveis acabam por compor quadros reactivos mais ou menos diferenciados, que na sua variabilidade, se conjugam em pontos mais ou menos comuns.

3.1.1. As reacções da vítima ao processo de violência (física)

Durante a situação em que está a ser atacada a vítima pode sentir:

- Pânico (construído pela surpresa, pelo medo anteriormente já experimentado, pela violência e brutalidade das pancadas, pelo sentimento de fragilidade relativamente

ao seu corpo, pela constatação da sua vulnerabilidade física perante a força física do atacante, pela impreparação absoluta para fazer frente ao acto de “bater”);

- Reacções físicas (sentidas no corpo) e psicológicas (sentir o sentimento da violência física) que podem ir desde a paralisia (incompreendida pelo próprio), pela histeria (sentida à posteriori com sentimento de vergonha), tremor evidente e incapacitante de toda a placa motora (braços e pernas) que impedem a vítima de assumir o seu posicionamento erecto;
- Invasão total pelo pânico de morrer;
- Sentimento de “estar a viver um pesadelo”, ou de algo que não diz de todo respeito ao seu continuum de vida;
- Percepção (consciente e fisicamente sentida) que o agressor (a) tem uma raiva pessoal contra si (situando em si, num exercício de internalidade, o posicionamento de “objecto ou circunstância desencadeante);

3.1.2. As reacções da vítima imediatamente após o crime

Estas reacções também se expressam com grande variabilidade: desde a omissão reactiva, numa apatia total auto-comiserativa, até à raiva (mais ou menos expressa), mas são sempre indicadores de grande SPT. Mas no global poderiam ser identificadas algumas reacções que têm a característica de se constituírem como um efeito de “bola de neve”:

- a desorientação global: (desde a incapacidade em se concentrar, fixar a atenção, desenvolver raciocínios simples, até à incapacidade auto-cuidativa, nomeadamente a nível físico, como higienizar-se ou proceder a mecanismos de auto-preservação e auto-defesa);
- apatia física e psico-afectiva, com respostas demoradas a estímulos;
- sentimento de negação (na credibilidade do acontecimento);

- sentimento profundo de solidão (relativamente a si e aos outros);
- sentimento de impotência (emergindo da experiência de violência este sentimento tem tendencialmente a tornar-se mais abrangente, construindo-se em processos discursivos mais ou menos magoadores do auto-conceito e da auto-realização, mas que se mantêm ancorados ao contexto de violência e à percepção da sua imutabilidade);
- estado de choque;

3.1.3. As reacções da vítima nos dias seguintes ao processo de violência (física)

A vítima constrói processos discursivos mais ou menos expressivos, em torno de si: questiona-se a si, como pessoa e como elemento relacional, questiona-se acerca das suas reacções e prestações, tudo isto num círculo vicioso, donde pode emergir uma grande ambivalência emocional e mudanças bruscas no humor. Todas estas reacções, desde o início até ao fim do acto, podem estender-se à família ou aqueles que neste contexto interagem, sendo tanto mais perturbadoras (a médio e longo prazo) quanto maior for a impreparação da visão de mundo, a fragilidade do carácter e a construção da personalidade.

É por isto que a violência doméstica é particularmente predadora de sentimentos de optimismo e esperança de jovens gerações que com a mesma convivam. Além de sequestrar sentimentos de bem-estar e serenidade, plasma o pessimismo, a desesperança, o sentimento de infelicidade profunda e inexplicável, é em si mesma um potencial produtor de humanos replicadores dos factos que vivenciaram.

3.1.4. Neste contexto o que oferece a Associação?

Uma vez estabelecido o contacto entre a vítima e a Associação, esta através dos seus técnicos, desencadeia um conjunto de acções para operacionalizar, o apoio específico e

especializado, a nível jurídico, psicológico e social, que seja considerado pertinente em cada caso.

Ao nível jurídico:

- a vítima é ouvida e o seu discurso é descodificado para constituir matéria de apreciação;
- a vítima é colocada em contacto imediato com a advogada de apoio à Associação, para ser redigida a queixa crime quando esta deva ser apresentada ao Ministério Público (se a vítima o solicitar);
- a vítima é encaminhada para autoridades policiais locais;
- o técnico receptor regista factos e expressões sintomáticas, nas quais se sustenta para servir de testemunha se para tanto for solicitado.

Ao nível Psicológico:

- a vítima é ouvida activamente;
- é alvo de uma abordagem terapêutica em Educação Emocional, em consultas sucessivas, conforme sejam solicitadas;
- é encaminhada para os Serviços de Psicoterapia e Saúde Mental, se for detectada uma problemática a este nível;

Ao nível Social:

- a vítima é ouvida;
- capacitamos a vítima para a resolução da sua problemática, analisando a situação contextual de forma detalhada, e estabelecendo com ela um compromisso em que ambas as partes têm diligências a tomar;
- informamos de forma clara os tipos de intervenção operacional de que pode dispor, enunciando as instituições a que pode e deve recorrer;

- estabelecemos os contactos com outras instituições que constituem redes de apoio de Solidariedade Social – com as quais existe protocolo de parceria – no sentido de buscar abrigo e distanciamento situacional específico (se for o caso de ser solicitado).

3.2 Da Toxicodependência e Alcoolismo

Tomando como referência o conjunto de 34 casos de toxicodependência já identificados, e acompanhados, verificamos duas tendências particulares (Quadro 2). Por um lado, os indicadores agudizam-se, no que concerne à situação de precariedade ocupacional (desemprego), ao baixo nível de instrução e à urbanidade. Isto significa que, tendencialmente, o fenómeno da toxicodependência em Bragança alinha pelo fenómeno a nível nacional. Porém, por outro lado, os dados também revelam uma outra realidade. De facto, se atendermos à elevada percentagem de indivíduos solteiros e que vivem com os pais, descobrimos a outra face da toxicodependência em Bragança. Explicamos. Quem percorra as ruas da cidade, mesmos os locais claramente identificados como de consumo e/ou tráfico, dificilmente depara com as comuns e esperadas cenas de degradação evidente, designadamente: seringas e outros artefactos abandonados, indivíduos sem abrigo, arrumadores de automóveis, etc. Todavia, não se trata de nenhuma espécie de milagre ou bênção, pois, na sociedade, tal como na natureza, nada se perde tudo se transforma. Assim, os danos e os riscos habitualmente causados à comunidade expressam-se no seio do agregado familiar. É no seio deste que o toxicodependente se alimenta, lava, descansa, ressaca, desatina, arranja dinheiro... Este fenómeno, embora muito complexo na sua génese, encontra alguma explicação na preservação da intimidade e protecção familiar muito característica da sociedade transmontana. Aparentemente, para a comunidade, para a sociedade, para os *media*, para as autoridades, esta expressão familiar da toxicodependência é menos má. Todavia, ameaça implodir as famílias afectadas e, tão mau ou pior do que isso, encontra um campo extremamente fecundo de reprodução. O que aliás é também indiciado pelos dados quando verificamos a elevada frequência de antecedentes de risco familiar e pelo

relativo “abandono” institucional em parte auto-induzido, mas não só destas famílias (Quadro 2).

É nestes interstícios da toxicodependência e alcoolismo e outras problemáticas psicossociais que a acção da Associação revela a sua actividade complementando a acção de outras entidades. Por isso, a estratégia de intervenção da associação, poder-se-á dizer, se orienta mais para os agregados familiares em risco (de toxicodependência, de alcoolismo de maus-tratos, de carência económica, de insalubridade física e psicossocial, de abandono e insucesso escolar, entre outros) de forma integrada. Os quatro bairros escolhidos como área inicial de intervenção, pelo menos dois deles (habitação social, de baixa qualidade arquitectónica no sentido clássico do termo mas também e no seu sentido sócio cultural) são paradigmáticos – *guetos* com elevado potencial produtivo e reprodutivo das problemáticas referenciadas.

Quadro 2 – Dados da população toxicodependente

	% (n = 34)
Residência	
Urbana	90,5
Rural	9,5
Escolaridade	
E. Básico	75,0
E. Secundário	15,0
E. Superior	5,0
Não sabe ler nem escrever	5,0
Situação ocupacional	
Desempregados	79,2
Empregados	20,8
Estado civil	
Solteiro	75,0
Casado	25,0
Habitação	
Casa de família	83,3
Sem abrigo	8,3
Casa/quarto arrendado	8,3
Agregado Familiar	
Pais	68,0
Só	16,0
C/ filho	4,0
C/ companheiro/a + filho	8,0
C/ companheiro/a	4,0
Classe etária das pessoas em risco	
Adultos	78,9
Crianças	15,8
Crianças/adultos	5,3
Relação c/ família	
Má	47,6
Satisfatória	42,9
Boa	4,8
Nula	4,8
Antecedentes de risco na família	
Droga	55,6
Alcoolismo	33,3
Outros	11,1
Apoios Institucionais	
Nenhum	68,8
Alimentação/higiene	25,0
RMG	6,3

Fonte: Dados do inquérito e trabalho de campo

Mais concretamente, o acompanhamento que está a ser feito com este grupo de indivíduos e suas famílias, e outros que entretanto irão aparecer permite, por um lado,

dar-lhes seguimento médico e psicossocial e, por outro lado, aprofundar o conhecimento da Associação sobre os fenómenos individuais e colectivos subjacentes. Temos um registo ainda muito incompleto do historial clínico e do uso de substâncias, dos indivíduos que permitirá, no futuro próximo, afinar a estratégia de intervenção. A terminar deixamos apenas uns dados que dão que pensar e que consideramos motivadores para o trabalho. A média de idades dos toxicodependentes em Bragança ronda os 30 anos, começaram aos 15 anos a experimentar a haxixe (os mais novos começaram aos 9) e aos 16 e 17 anos passaram para a heroína e cocaína, respectivamente. Entre outras coisas isto quer dizer que há um hiato de dois anos para acompanhar e libertar os que experimentam as drogas leves.

Como já foi indiciado, no que concerne à toxicodependência, a Associação, através das suas duas equipas de rua (projecto financiado pela Segurança Social), identifica e acompanha os toxicodependentes e suas famílias, tem já em funcionamento um Centro de Dia, instalado num dos bairros mais problemáticos, que serve algum conforto e ligação à vida aos utentes (instalações sanitárias, meios informáticos, jogos e materiais para expressão plástica) mas que também funciona como um óptimo espaço de observação e estudo de situações, comportamentos e atitudes. Através da UNIVA (Unidade de Inserção Social) procura outros caminhos para os utentes.

A filosofia de intervenção abrange todo o espectro da prevenção (primária, secundária e terciária) e, por outro lado, balança entre a prevenção inespecífica e específica. Esta duplicidade é uma consequência directa da problemática dos indivíduos toxicodependentes, alcoólicos, vítimas de maus-tratos, ser focalizada na perspectiva do seu agregado familiar.

Finalmente, como é óbvio, mas sempre muito difícil de concretizar na prática, a actividade da Associação *Reaprender a Viver* articula-se com outras entidades, designadamente: IDT, CAT, autoridades policiais, autarquia.

I Congresso Internacional de Saúde, Cultura e Sociedade

.....
Cabeceiras de Basto, 9 e 10 de Setembro de 2005

4. Bibliografia

Fleming, V., (1995), *Família e Toxicoddependência*, Edições Afrontamento, Porto.

Documento da *Estratégia Nacional da Luta contra a Droga*, Resolução do Conselho de Ministros N.º. 46/99.