

Efeitos sócio-demográficos e sócio-relacionais sobre o processo de tratamento de toxicómanos

Eduardo Viegas Ferreira

RESUMO: O estudo que é divulgado neste artigo inseriu-se no projecto «Concepção e desenvolvimento do Modelo T.I.T. (Tratamento Integrado de Toxicómanos)», implementado de 1988 a 1994 no Centro de Estudos e Profilaxia da Droga (Restelo). É apresentada e analisada informação relativa às características sócio-demográficas e sócio-relacionais dos pacientes estudados e das respectivas famílias e são identificados os principais factores sócio-demográficos e sócio-relacionais preditores de sucesso no T.I.T..

ABSTRACT: This paper reports the results of a survey of drug addicts and their families that attended the «Integrated Treatment of Drug Addicts Model», implemented from 1988 to 1994 in the Centre for the Study and Prevention of Drug Abuse (CEPD). Results concerning the social, demographic and relational characteristics of patients and their families are presented and analysed and the main sociological factors that have influenced the success in the Integrated Treatment of Drug Addicts are identified.

RÉSUMÉ: Cette étude s'est insérée dans le projet "Conception et développement du Modèle TIT (Traitement intégré des Toxicomanes)" développée de 1988 à 1994, chez le Centre d'Études et Prophylaxie des Drogues (Restelo). On présente et analyse des informations concernant les caractéristiques socio-démographiques et socio-relacionnelles des malades étudiés et ses familles respectives et identifie les facteurs socio-démographiques et socio-relacionnels principaux prédictors de succès dans le TIT.

I. Nota prévia

Este artigo constitui o resumo de um estudo que teve como principal objectivo a avaliação dos efeitos sócio-demográficos e sócio-relacionais sobre o «Modelo de Tratamento Integrado de Toxicómanos». Este modelo foi concebido e aplicado pelo Dr. Vilhena e Silva, durante vários anos e com assinalável sucesso, no então Centro de Estudos e Profilaxia da Droga (Restelo).

Os resultados que aqui se apresentam e analisam resultam da aplicação de dois questionários na primeira consulta do Tratamento Integrado de Toxicómanos, a chamada semana «zero», num momento imediatamente anterior à

explicação dos objectivos e das características do tratamento. Procurou-se, desta forma, evitar, na medida do possível, que as respostas fossem condicionadas por aquilo que os candidatos e respectivos pais pudessem representar como «pré-requisitos de entrada» no tratamento. Não se terão evitado todos os exageros valorizantes ou desvalorizantes nas respostas nem todas as omissões motivadas por receios relacionados com as reacções dos entrevistadores mas, como acreditamos, estes enfiamentos foram, assim, minimamente controlados. Os tempos de aplicação dos questionários variaram de caso para caso, tendo sido registados mínimos de cerca de uma hora e máximos de hora e meia.

Para a primeira parte do estudo, relativa aos efeitos das características sócio-demográficas, foram seleccionados 66 casos. Esta selecção foi efectuada tendo em atenção que importava comparar três grupos distintos - os que não chegaram a entrar no programa de tratamento (*Grupo 3*), os que entraram mas desistiram antes de terminada a segunda fase do mesmo (*Grupo 2*) e os que entraram e terminaram a 2ª fase (*Grupo 1*). Dado que apenas se conseguiu obter informação, minimamente completa e fiável, para 22 casos deste último grupo, optámos por seleccionar, aleatoriamente, 22 casos de cada um dos outros dois grupos.

Relativamente à segunda parte do estudo (efeitos das características sócio-relacionais), deparámo-nos com um problema semelhante. Como só foi possível obter informação completa e fiável relativamente a 20 pacientes do *Grupo 2*, optámos por seleccionar, aleatoriamente, 20 casos de cada um dos outros grupos (num total de 60 casos). Relativamente aos pais dos pacientes, só foi possível trabalhar 19 casos dos Grupos 1 e 2 (num total de 38 casos). Os questionários relativos aos pais de pacientes do Grupo 3 nem sempre foram aplicados ou estavam, na sua maioria, demasiado incompletos para poderem ser trabalhados. Neste sentido, optámos por não os incluir no estudo. Para aferir os efeitos das variáveis em análise foram utilizados, na primeira parte do estudo, um teste de diferença de proporções e, na segunda parte, um teste de diferença de médias.

II. Apresentação e discussão dos resultados

1. Efeitos sócio-demográficos

1.1. Estrutura etária - Os casos analisados correspondiam, na sua esmagadora maioria, a jovens. Embora se tivessem registado alguns casos com idade igual ou superior a 30 anos, a estrutura etária encontrada reflecte uma característica que tem sido referenciada sistematicamente em estudos sobre toxicómanos - a incidência privilegiada e quase exclusiva do consumo de drogas ao nível dos jovens. Estes, que entre os 15 e os 29 anos possuem um peso relativo de pouco mais de 20% no total da população portuguesa, correspondiam, na população estudada, a mais de 80% dos casos. Os resultados apurados para os três grupos analisados (quadro nº1) mostraram que esta variável não

influenciou, nem a admissão ao tratamento nem o insucesso ou sucesso neste, na medida em que as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas.

Quadro nº1 - Estrutura etária (em %)

Idade	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
18-20	23	23	23	23
21-23	23	23	23	23
24-26	18	27	14	20
> 26	36	41	31	

1.2. Estrutura sexual - Em estudos recentemente realizados, a variável sexo tem surgido significativamente associada a diferentes práticas sociais, constituindo-se como uma categoria social fortemente diferenciadora. A estrutura sexual dos casos analisados (quadro nº2) traduz uma característica que tem sido sistematicamente referida em estudos relativos à toxicomania - isto é, o facto de a grande maioria dos toxicómanos pertencerem ao sexo masculino.

Quadro nº2 - Estrutura sexual (em %)

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
Homens	91	77	96	88
Mulheres	9	23	4	12

Os resultados obtidos mostram que esta variável parece ter tido alguma influência sobre os «desempenhos» ao longo do processo de tratamento, na medida em que a proporção de raparigas que desistiram antes de terminada a 2ª fase foi superior à das que a terminaram (diferença significativa para um nível de significância de 0.10). As causas objectivas para esta menor «tolerância» das raparigas às características específicas do processo de tratamento não foram, no entanto, apuradas.

1.3. Estado civil - Os dados relativos ao estado civil dos inquiridos (quadro nº3) mostram uma estrutura que assume algum interesse quando comparada com a da população jovem portuguesa. Concretamente, enquanto que por volta dos 24-26 anos grande parte dos jovens portugueses já se encontram casados, na população estudada esta situação só se verificava em cerca de 20% dos casos.

Quadro nº3 - Estado civil (em %)

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
Isolados	54	64	55	58
Com companheira	32	23	27	27
Casados	14	14	18	20

Esta característica não parece remeter, como uma abordagem imediatista poderia sugerir, para a toxicomania como um fenómeno que afecta, fundamentalmente, os jovens do sexo masculino solteiros. Pelo contrário, tudo indica que a toxicomania tende a funcionar, ela mesma, como factor inibidor, ou retardador, de uma autonomização das famílias de origem, consubstanciada, na formação e no desenvolvimento de uma nova unidade familiar ou no estabelecimento de uma relação afectiva «externa». Quanto a potenciais efeitos desta variável sobre o acesso ou os desempenhos ao longo do processo de tratamento, não se detectaram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos.

1.4. Habilitações literárias - Os dados relativos às habilitações literárias (quadro nº4) parecem reflectir os dois momentos tradicionais e privilegiados de interrupção dos estudos ou mesmo de abandono da escola. Concretamente, 41% dos casos analisados interromperam o seu percurso escolar no 6º ano e outros 27% no 9º ano. O que importaria saber é, se nesta população, os dois momentos críticos do sistema escolar se constituíram como factores despoletadores do consumo de drogas ou se, pelo contrário, o abandono do sistema escolar antes do 12º ano (89% dos casos) não se deveu, muito simplesmente, a sucessivos insucessos escolares provocados pelo consumo de estupefacientes. A primeira hipótese encontra, à partida, sustentação empírica no facto de os percursos escolares dos casos analisados serem muito semelhantes aos da população portuguesa.

Quadro nº4 - Habilitações literárias completas (em %)

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
6º ano	41	38	43	41
9º ano	36	62	33	27
11º ano	5	0	24	5
12º ano	14	0	14	9
Curso superior	5	0	0	2

Quanto a potenciais efeitos desta variável sobre o acesso ao tratamento e sobre os desempenhos no mesmo, verificou-se que quanto mais elevadas eram as habilitações escolares maior era a probabilidade de os candidatos não entrarem no programa ou, entrando, de terminarem a 2ª fase (diferença significativa para um nível de significância de 0.04). Isto parece apontar para dois factores importantes. Em primeiro lugar, tudo indica que um maior nível cultural potenciou uma maior resistência aos pré-requisitos do tratamento; em segundo lugar, verificou-se que, quando esta resistência inicial era vencida, um capital escolar mais elevado estava associado a uma maior probabilidade de sucesso no tratamento.

1.5. Situação profissional - Os dados relativos à situação profissional dos inquiridos (quadro nº5) revelaram que metade deles se encontravam desempregados à altura da aplicação do questionário. Mas, ainda mais preocupante, é a circunstância de a maioria dos «oficialmente empregados» ocuparem postos profissionais de baixo estatuto social e pouco exigentes em termos de competências ou especialização.

Quadro nº5 - Situação profissional (em %)

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
Estudante	23	14	9	15
Trabalhador	50	27	27	35
Desempregado	27	59	64	50

Estes resultados, quando comparados com os relativos às habilitações literárias, não parecem reflectir senão um dos efeitos perversos do processo toxicómano. Concretamente, constata-se que grande parte dos casos analisados entraram num percurso profissional homogeneizante - um percurso caracterizado pelo abandono da escola, num momento eventualmente não desejado nem pelos pais nem pelos próprios, pelo ingresso em profissões de baixo estatuto social, precárias e de baixa remuneração e, para pelo menos metade deles, pela entrada no ciclo vicioso do desemprego. Quanto a potenciais efeitos desta variável, verificou-se existir uma significativa relação (para um nível de significância de 0.01) entre o desemprego e a não entrada no T.I.T. ou o insucesso no mesmo.

1.6. *Idade de início do consumo de estupefacientes* - Os dados relativos à idade de início do consumo (quadro nº6), confirmaram uma evidência que é cada vez mais perturbadora: quase metade dos casos analisados (48%) começaram a consumir estupefacientes antes dos 15 anos, aumentando esta percentagem para 69% se se considerarem aqueles que iniciaram o consumo antes dos 17 anos. A maior ou menor precocidade do consumo parece ter tido efeitos significativos (para um nível de significância de 0.05) no acesso e ao longo do processo de tratamento. Concretamente, verificou-se que quanto menor era a idade dos sujeitos quando iniciaram o consumo de estupefacientes menor era a probabilidade de os mesmos aderirem ao programa e maior era a probabilidade de, fazendo-o, não conseguirem ter êxito. Isto é, tudo indica que os processos de consumo muito precoces inibiram a entrada e facilitaram um fracasso no T.I.T..

Quadro nº6 - Idade de início do consumo (em %)

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
11 a 12 anos	5	23	18	15
13 a 14 anos	18	45	36	33
15 a 16 anos	32	9	23	21
Mais de 16 anos	45	23	23	30

1.7. *Tratamentos anteriores* - Os dados que constam do quadro nº7 mostram que a maioria dos casos (74%) já havia estado envolvida em anteriores processos de tratamento com outros médicos ou equipas. Em termos comparativos, verificou-se que os candidatos que se recusaram a entrar no T.I.T. já tinham, na sua maioria (91%), fracassado em tratamentos anteriores, enquanto que 41% daqueles que conseguiram terminar nunca tinham estado anteriormente envolvidos em qualquer tipo de tratamento. Esta diferença, que é significativa para um nível de significância de 0.01, não se verificou, no entanto, entre os que terminaram e os que desistiram antes da 2ª fase. Ou seja, tudo indica que esta variável não teve uma influência directa sobre os desempenhos ao longo do tratamento propriamente dito, mas apenas sobre a decisão de entrada ou não entrada no mesmo.

Quadro nº7 - Tratamentos anteriores (em %)

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
Nenhum	41	32	9	26
Um tratamento	32	32	50	38
Dois tratamentos	23	18	27	23
Três ou mais	4	18	18	13

1.8. *Tipo de agregado familiar actual* - Os dados constantes no quadro nº8 revelam que 81% dos casos analisados residiam, à altura do inquérito, com as suas famílias de origem, enquanto que 11% residiam com a família de procriação. Apenas 8% referiram viver isolados. Estas percentagens são concordantes com as relativas ao estado civil e, conforme foi então comentado, não deixam de ser surpreendentes quando relacionadas com a média etária da população estudada.

Quadro nº8 - Agregado familiar actual (em %)

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
De origem	76	95	73	81
De procriação	19	0	14	11
Isolado	5	5	14	8

O tipo de agregado familiar à altura da entrada (ou tentativa de entrada) no T.I.T. constituiu uma variável pouco relevante, uma vez que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos.

1.9. *Tipo de agregado familiar de origem* - Os dados obtidos (quadro nº9) mostram que pouco mais de 16% dos inquiridos eram originários de famílias monoparentais (em que se verifica a ausência do pai ou da mãe biológica). Embora não tenha sido possível obter dados actuais relativos à população portuguesa, esta percentagem parece ser pouco significativa se se tiver em atenção que alguns estudos têm referido elevadas percentagens de toxicómanos oriundos de famílias monoparentais. Esta constatação parece ser válida mesmo se considerarmos que um dos requisitos básicos de admissão ao T.I.T. consistia na presença e disponibilidade de ambos os progenitores ao longo de todo o processo. Em termos de potenciais efeitos desta variável, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos.

Quadro nº9 - Tipo de agregado familiar de origem (em %)

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
Biparental	79	86	86	84
Monoparental	21	14	14	16

1.10. Dimensão da família de origem - No que diz respeito à dimensão das famílias de origem (quadro nº10), os casos estudados eram, na sua grande maioria (78%), originários de famílias nucleares de pequenas dimensões - com três ou quatro elementos. Verificou-se existir, não só um elevado número de estruturas familiares reduzidas a um núcleo biológico mínimo (pais e um ou dois filhos), como uma quase ausência de estruturas familiares pluri-generacionais.

Quadro nº10 - Dimensão da família de origem (em %)

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
3 elementos	22	22	18	21
4 elementos	50	50	68	57
5 elementos	22	22	14	19
6 ou mais	6	6	0	3

Esta estrutura nuclear de dimensões reduzidas não reflecte a estrutura média da população portuguesa e só muito raramente tem sido apontada como sendo característica de famílias de origem de toxicómanos. Em termos de potenciais efeitos sobre o acesso ao tratamento ou sobre os desempenhos neste, esta variável mostrou ser praticamente irrelevante, uma vez que as diferenças entre os três grupos não são estatisticamente significativas.

Quadro nº12A - Habilitações dos pais (em %)

Pai					Mãe				
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
Analfabeto	0	0	5	2	Analfabeta	8	16	14	13
Sabe ler	17	6	0	6	Sabe ler	8	11	10	9
4ª classe	25	56	62	51	4ª classe	39	37	57	45
9º ano	42	31	33	35	9º ano	31	21	14	21
11º ano	17	0	0	4	11º ano	15	11	0	8
C. superior	0	6	0	2	C. superior	0	5	5	2

1.11. Posição na fratria - A posição ocupada pelos casos analisados na respectiva fratria (quadro nº11) reflecte a estrutura familiar predominante desta população (famílias de pequena dimensão), fenómeno bem visível no facto de a maioria dos inquiridos serem, ou filhos únicos (24%), ou primeiros filhos (43%). A distribuição desta variável é bastante interessante, embora a mesma não aparente ter tido qualquer efeito sobre o acesso ou o processo de tratamento (as diferenças entre os três grupos não são estatisticamente significativas).

Quadro nº11 - Posição na fratria (em %)

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
Filho único	22	26	24	24
Primeiro filho	50	32	48	43
Segundo filho	28	37	24	29
Outra	0	5	5	3

1.12. Grupo social de origem - As contínuas e persistentes dificuldades de operacionalização da variável grupo social têm conduzido a que, normalmente, se utilizem apenas as duas dimensões aceites como teoricamente mais relevantes: a categoria sócio-profissional e as habilitações escolares. Dadas as também persistentes dificuldades de articulação operacional entre estas duas dimensões, optou-se por considerá-las, nesta pesquisa, como duas variáveis separadas. Como indicador para a categoria sócio-profissional foi utilizada a mais recente função profissional exercida pelos pais dos casos analisados. Como indicador para as habilitações foi utilizado o grau escolar mais elevado obtido.

Quadro nº12B - Profissão dos pais (em %)

Pai	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total	Mãe	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
Indefinida	14	6	10	10	Doméstica	83	55	57	62
Operário	21	41	43	37	Operária	0	10	14	9
Escriturário	14	23	33	25	Escriturária	0	15	24	15
Comerciante	7	6	5	6	Comerciante	8	0	0	2
Q. médio	43	18	5	19	Q. médio	8	15	0	8
Q. superior	0	6	5	4	Q. superior	0	5	5	4

Os dados relativos às habilitações literárias (quadro nº12A) e às profissões dos pais (quadro nº12B) apresentam uma característica algo paradoxal quando comparados com aqueles obtidos em estudos de populações semelhantes. Concretamente, a maior parte desses estudos sempre apontaram para uma maior incidência do consumo de heroína em jovens pertencentes a classes sociais baixas. Ora como mais de 50% dos casos analisados (que eram heroínomanos) só muito dificilmente se podem enquadrar numa classe baixa, não se configuram senão duas hipóteses explicativas.

Em primeiro lugar, é bem possível que em alguns dos estudos anteriormente realizados as categorizações em classes sociais tenham sido efectuadas por referência aos próprios consumidores e não às suas famílias de origem. Neste caso, se aplicássemos igual procedimento, a grande maioria dos inquiridos poderia ser categorizada como pertencente, de facto, a uma classe social baixa. Esta hipótese parece ser, no entanto, muito pouco consistente. Assim, parece-nos que a explicação deve ser procurada no facto de as famílias analisadas neste estudo terem procurado, na sua maioria sem qualquer imposição legal, auxílio numa instituição "especializada".

Isto é, supomos que as famílias pertencentes a classes sociais baixas têm alguma dificuldade de acesso a este tipo de instituições. Mais ainda, pensamos que, nestas classes, a solução do problema «toxicomania» passa, muitas vezes, pela pura e simples rejeição e expulsão do elemento toxicómano perturbador - que, nesta sequência, acabará por entrar mais facilmente em contacto com um tribunal e uma prisão do que com um centro de tratamento. Precisamente o inverso deverá ocorrer com famílias pertencentes à classe média. Estas famílias, que se encontram

muitas vezes a meio de processos de mobilidade social ascendente, são, em princípio, bastante mais vulneráveis às reacções de uma sociedade que postula ser dever de qualquer família a procura, por todos os meios possíveis, de tratamento e de cura para os seus elementos "doentes". Esta vulnerabilidade à censura social externa explicaria, ainda, porque é que estas famílias investem mais rapidamente e com mais facilidade em procedimentos que sustentam ser a toxicomania uma doença - e não uma disfunção familiar ou social. Ou seja, em procedimentos médicos especializados.

Tendo em atenção as diferenças existentes entre os três grupos estudados, tudo indica, no entanto, que estas duas variáveis não tiveram qualquer influência (pelo menos, estatisticamente significativa), quer sobre o acesso ou não acesso ao tratamento, quer sobre os «desempenhos» ao longo do T.I.T..

2. Características e funções das redes sociais

A importância decisiva das redes sociais a montante e a jusante dos processos de tratamento de toxicómanos ainda hoje só é reconhecida pelos autores que sempre procuraram situar as causas deste fenómeno no seu sistema original de despoletamento, de tratamento e de não-reincidência. No entanto, ao longo das décadas de 60 e de 70, estudos efectuados sobre «doentes mentais» já haviam demonstrado que diferentes tipos de redes sociais tinham diferentes efeitos sobre as probabilidades de cura ou, pelo menos, de não reincidência grave.

A introdução de uma perspectiva sócio-comunitária nos estudos sobre a toxicomania e, particularmente, neste, não sendo totalmente inovadora, permitiu dar a conhecer alguns dados importantes que têm sido, de alguma forma,

negligenciados. Utilizámos, neste estudo, o conceito de «comunidade» como um sistema de redes sociais significativas e operantes e considerámos estas como subsistemas de canais interactivos variáveis, sendo nossa convicção que é sobre a especificidade destes subsistemas que deve incidir uma análise dos factores que contribuem para o maior ou menor sucesso de um processo de tratamento de toxicómanos.

Partindo do pressuposto de que as redes sociais variam em termos de dimensão, de intensidade, de duração, de frequência e de funções, procurámos aferir até que ponto estas variações tinham efeitos diferenciados sobre acesso e sobre os «desempenhos» no T.I.T.. O facto de, em circunstâncias normais e mediante estratégias particulares, qualquer indivíduo fazer uso das suas redes sociais como «zonas de amortecimento» do impacto de acontecimentos de vida particularmente perturbadores constitui um processo largamente estudado e analisado. O problema tem residido, no entanto, na aferição da maior ou menor eficácia dos diferentes tipos de redes sociais.

2.1. Dimensão e frequência das redes sociais - As primeiras observações realizadas no âmbito deste estudo (em 1988), indiciavam que uma importante percentagem das famílias envolvidas se encontrava muito isolada relativamente às suas diferentes comunidades (familiares, de amizade e sócio-profissionais). Isto levou-nos a colocar, na altura, a hipótese de que este isolamento podia vir a afectar, negativamente, a capacidade de resposta destas famílias às exigências particulares do Tratamento Integrado de Toxicómanos.

Os resultados obtidos posteriormente (quadro nº13) mostraram, pelo contrário, que a maior parte dos agregados familiares analisados tinha acesso a redes de baixa frequência mas multidimensionais. Isto é, e ao contrário da nossa convicção inicial, o isolamento das famílias estudadas era apenas relativo: tanto os pais como as mães dos pacientes mostraram ter acesso a múltiplos canais interactivos (familiares, sociais e profissionais).

A questão mais importante residia, como os dados apontam, na frequência com que os diferentes canais eram utilizados. Ou, o que é mais importante, na sua maior ou menor disponibilidade em momentos de necessidade. Em termos comparativos, verificou-se que as mães dos pacientes que conseguiram terminar a segunda fase do tratamento apresentavam contactos mais frequentes com as famílias de origem (média de 1,39 num máximo de 4) do que as mães dos pacientes que desistiram antes de terminada a segunda fase (média de 0,43), sendo esta diferença significativa a um nível de confiança de 0,02.

Também apresentavam contactos mais frequentes com outros familiares e com amigos, só apresentando valores inferiores relativamente aos contactos com colegas de trabalho ou vizinhos, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas a estes dois níveis. As mães dos pacientes do Grupo 2 (que não terminaram a 2ª fase) apresentavam, assim, em termos globais, uma menor capacidade de recurso frequente e efectivo a uma rede social.

Relativamente aos pais dos pacientes, verificou-se que aqueles pertencentes ao Grupo 1 apresentavam contactos mais frequentes com as respectivas famílias de origem (média de 1,48 num máximo de 4) e com outros familiares (média de 1,10) do que aqueles pertencentes ao Grupo 2 (com médias de 1,19 e 0,95, respectivamente). Estas diferenças não são, no entanto, significativas de um ponto de vista estatístico.

Os pais dos pacientes que não terminaram a segunda fase (Grupo 2) apresentavam, por sua vez, valores mais elevados nos contactos com amigos e, fundamentalmente, com colegas de trabalho ou vizinhos. Embora estas diferenças também não sejam significativas, tudo indica que os pais pertencentes ao Grupo 2 tinham, invariavelmente, menos contactos com as suas redes familiares (de origem e de pertença) e mais contactos com o «mundo exterior». Inversamente, os pacientes cujos pais estavam mais inte-

Quadro nº13 - Contactos médios dos pais (média)

Pai	Grupo 1	Grupo 2	Mãe	Grupo 1	Grupo 2
Com família de origem	1.48	1.19	Com família de origem	1.39	0.43
Com outros familiares	1.10	0.95	Com outros familiares	1.00	0.65
Com amigos	1.26	1.40	Com amigos	1.63	1.00
Com colegas/vizinhos	1.36	1.71	Com colegas/vizinhos	0.95	1.10

grados na dinâmica da respectiva família tiveram melhores «desempenhos» ao longo do tratamento.

Se os dados obtidos para os pais dos pacientes não confirmaram a hipótese de isolamento familiar, social e profissional das famílias de origem dos pacientes, eles mostraram, no entanto, a importância de dois processos não detectados até ao momento: em primeiro lugar, os pacientes cujas mães apresentavam maiores «recursos sociais exteriores aos núcleos familiares alargados» (aferidos pela frequência dos contactos) foram, normalmente, aqueles mais bem sucedidos no tratamento; em segundo lugar, e pelo contrário, os pacientes cujos pais apresentavam maiores «recursos exteriores aos núcleos familiares alargados» foram, infelizmente e como tudo indica, aqueles que apresentaram menor capacidade de resistência ao tratamento.

Quadro nº14 - Contactos médios dos pacientes e candidatos

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Com a família de origem	2.86	2.64	2.76
Com a(o) companheira(o)	2.67	1.33	1.94
Com outros familiares/amigos	1.88	1.46	1.22
Com outros conhecidos	2.33	2.50	2.29

Os dados relativos aos pacientes e aos candidatos ao programa (quadro nº14) mostram que estes tinham acesso, na sua globalidade, a redes multidimensionais de média frequência. Em termos comparativos, os pacientes que conseguiram terminar a segunda fase (Grupo 1) apresentavam valores superiores aos outros dois grupos em três dimensões: nos contactos com a família de origem, nos contactos com o cônjuge ou companheira(o) e nos contactos com outros familiares ou amigos próximos. Só apresentavam valores inferiores ao segundo grupo no que respeita aos contactos com «conhecidos». A diferença existente entre o Grupo 1 e o Grupo 2 na dimensão «contactos com a(o) companheira(o)» é significativa a 0.02, enquanto que a diferença existente entre o Grupo 1 e o Grupo 3 na dimensão «contactos com outros familiares ou amigos» é significativa a 0.03.

Estes valores mostram que, quanto maior era o isolamento de um paciente relativamente a redes familiares e sociais e maior era a sua dificuldade de acesso aos recursos disponibilizados por estas redes maior era a probabilidade de não

entrar no programa ou de, entrando, não conseguir terminar a segunda fase do tratamento. É ainda de realçar a importância da existência de contactos relativamente frequentes com uma companheira, como factor «facilitador» dos desempenhos ao longo do processo de tratamento.

2.2. Funções das redes sociais - Confirmado que a maior parte dos sujeitos estudados tinham acesso a redes sociais multidimensionais (de baixa frequência no caso dos pais e de média frequência no caso dos pacientes), procurámos ainda aferir as características predominantes das diferentes redes identificadas. Para o efeito, considerámos a intensidade de ocorrência de três funções básicas: a função «suporte emocional», que se traduz na existência efectiva e mais ou menos frequente de apoio afectivo em diferentes situações da vida quotidiana; a função «suporte material», que se traduz na existência efectiva e mais ou menos frequente de apoio material em diferentes momentos da vida; e, finalmente, a função «orientação», em que considerámos duas subfunções. A subfunção «orientação directiva», que se traduz por uma maior frequência de instruções, de ordens, de um controlo apertado e de constantes exigências de *feed-back*; e a subfunção «orientação não-directiva» que se traduz numa maior frequência de sugestões, de conselhos não vinculativos e de trocas de experiências que possam suportar uma tomada de decisão, relativamente autónoma, por parte do sujeito que tem acesso a uma rede em que predomine esta subfunção.

2.2.1. A função «suporte emocional» - Os dados obtidos para os pais e para as mães dos pacientes (quadro nº15) mostram que estes tinham acesso a redes sociais em que esta função estava presente com uma intensidade média (entre 1,50 e 2,21 num máximo de 4).

Quadro nº15

Intensidade da função «suporte emocional» (média)

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Pai	1.50	1.91	n.d.
Mãe	2.21	2.17	n.d.
Candidato-paciente	2.55	1.65	1.97

Para além de não se detectarem défices significativos ao nível desta função, também não se verificaram diferenças assi-

naláveis (estatisticamente significativas) entre os pais dos pacientes que terminaram e que não terminaram a segunda fase do tratamento. No entanto, e tendencialmente, tudo indica que os pais daqueles que não terminaram o tratamento obtinham, comparativamente, maior suporte emocional junto das suas redes. Para as mães verificava-se exactamente o inverso, embora a diferença seja muito pouco significativa. Nos pacientes e nos candidatos a pacientes encontramos valores mais elevados e diferenças mais significativas ao nível desta função. Assim, verificou-se que os pacientes que terminaram a segunda fase apresentavam um valor médio de 2,55 contra um valor médio de 1,65 para aqueles que não a terminaram e de 1,97 para os que nem sequer entraram no programa. A diferença entre o Grupo 1 e o Grupo 2 é significativa a 0,005 e a diferença entre o Grupo 1 e o Grupo 3 é significativa a 0,04. Assim, tudo indica que os casos com acesso a redes sociais capazes de garantirem um mais frequente e complexo suporte emocional foram aqueles que entraram mais facilmente no T.I.T. e que tiveram melhores «desempenhos» ao longo do tratamento.

2.2.2. A função «suporte material» - As diferentes redes a que tinham acesso os sujeitos inquiridos (quadro nº16) pareciam garantir um suporte material que podemos designar por médio, no caso dos pais dos pacientes, e por médio-elevado, no caso dos pacientes ou dos candidatos a pacientes. Em termos comparativos, as principais diferenças residiam nos pacientes. Embora estas diferenças não sejam estatisticamente significativas, aqueles que conseguiram terminar a segunda fase apresentavam um valor médio mais elevado que os outros dois grupos. Esta maior facilidade na obtenção de recursos materiais «externos» poderá estar relacionada com a circunstância de estes também terem, como vimos, contactos

mais frequentes com redes de familiares próximos ou de amigos, em que as práticas de entajuda material tendem a ser mais intensas ou, pelo menos, mais habituais.

Quadro nº16

Intensidade da função «suporte material» (média)

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Pai	1.92	1.83	n.d.
Mãe	1.88	1.91	n.d.
Candidato-paciente	2.66	2.36	2.21

2.2.3. A função «orientação» - Ao nível desta função, as redes sociais em que estavam inseridos os pais dos pacientes estudados também pareciam assegurar valores globais médios (quadro nº17), verificando-se, no entanto, um ligeiro predomínio da subfunção «orientação não directiva» ao nível dos pais e das mães dos pacientes que terminaram a segunda fase (Grupo1). As diferenças entre os valores globais obtidos são, no entanto, praticamente irrelevantes e estatisticamente não significativos.

É relativamente aos pacientes e aos candidatos a pacientes que se verificaram as diferenças mais importantes (quadro nº18) dado que, em termos globais, aqueles que terminaram a segunda fase apresentavam valores mais elevados que os outros grupos nas duas subfunções. Assim, e embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas, os sujeitos com acesso a redes sociais em que esta função era mais frequentemente operada tenderam a apresentar melhores «desempenhos» ao longo do tratamento. Isto é, tudo indica que os pacientes mais «habituaados» a orientações externas (fossem elas directivas ou não directivas) «toleraram» melhor os métodos utilizados no T.I.T..

Quadro nº17

Intensidade da função «orientação» (média)

Pai	Grupo 1	Grupo 2	Mãe	Grupo 1	Grupo 2
Orientação directiva	1.62	2.01	Orientação directiva	2.01	1.90
Orientação não directiva	1.79	1.96	Orientação não directiva	2.23	2.06

Quadro nº18**Intensidade da função «orientação» (média)**

Paciente-candidato	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Orientação directiva	2.33	1.90	2.12
Orientação não directiva	2.39	2.10	2.11

III. Comentário final

Os resultados apurados mostraram que algumas variáveis externas de âmbito sócio-demográfico e sócio-relacional afectaram as decisões de entrada ou não entrada no T.I.T. e os próprios «desempenhos» dos pacientes ao longo do tratamento. Confirmou-se, na generalidade, a necessidade de introdução de mecanismos de enquadramento sócio-profissional e de suporte sócio-comunitário, tanto a montante como a jusante do processo de tratamento. Embora não se tenha confirmado a hipótese «pessimista» do virtual isolamento familiar e social dos agregados estudados, verificámos que os pacientes que não entraram ou que não conseguiram terminar a segunda fase do tratamento aparentavam possuir menores recursos culturais e profissionais e, fundamentalmente, uma menor capacidade de acesso a recursos externos (emocionais, materiais e orien-

tadores). Estes défices sócio-profissionais e sócio-relacionais parecem ter afectado, para além de outros factores controlados ao longo do projecto global de avaliação em que se inseriu este estudo, a sua capacidade de resistência ao programa de tratamento - e terão contribuído, com um peso específico que ainda desconhecemos, para a sua reincidência.

Tendo como referência os resultados obtidos, foram definidas estratégias, ainda não testadas na prática, de mobilização e de aproveitamento de todos os recursos passíveis de suportarem redes sociais de «bom prognóstico» para os pacientes mais deficitários. Estas redes foram planeadas por forma a serem integradas por sujeitos em situação ou com experiência semelhante, ou por sujeitos com relações efectivas com o paciente mas, por alguma razão, inactivos ou ineficazes. Mediante algum treino específico, continuamos a acreditar que, em alguns casos, será possível potenciar o acesso a melhores e mais frequentes níveis de suporte emocional, material e de orientação. ■

Eduardo Viegas Ferreira

Sociólogo. Docente e Investigador

no Instituto Nacional de Polícia e Ciências Criminais