

abramd

Compartilhando Saberes

vol 1

Organizadoras

Maria Fátima Olivier Sudbrack
Maria Inês Gandolfo Conceição
Isabela Machado da Silva
Silvia Renata Lordello

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
MULTIDISCIPLINAR DE
ESTUDOS SOBRE DROGAS



TECHNOPOLITIK

ISBN: 978-85-62313-15-8



Maria Fátima Olivier Sudbrack
Maria Inês Gandolfo Conceição
Isabela Machado da Silva
Sílvia Renata Lordello
(Orgs.)

ABRAMD: Compartilhando Saberes

Volume 1

Brasília

Technopolitik

2015

Technopolitik Editora - Conselho Editorial

Ana Lúcia Galinkin - Universidade de Brasília

Ana Raquel Rosa Torres - Universidade Federal da Paraíba

Claudiene Santos - Universidade Federal de Sergipe

Marco Antônio Sperb Leite - Universidade Federal de Goiás

Maria Alves Toledo Burns - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto

Maria Lúcia Montes - Universidade de São Paulo - Capital

Maria das Graças Torres da Paz - Universidade de Brasília

Revisão: Maurício Galinkin/Technopolitik

Capa: Paulo Roberto Pereira Pinto/Ars Ventura Imagem & Comunicação

Projeto gráfico e diagramação: Maurício Galinkin/Technopolitik

Ficha catalográfica (catalogação-na-publicação) Iza Antunes Araújo – CRB1/079

A158 ABRAMD: compartilhamento de saberes, v. 1 / Organizadoras Maria Fátima Olivier Sudbrack, Maria Inês Gandolfo Conceição, Isabela Machado da Silva, Silvia Renata Lordello. – Brasília, DF : Technopolitik, 2015.
225p. : il.

Títulos, autores e textos sucessivos.

ISBN: 978-85-62313-15-8

1. Drogas, uso. 2. Psicoterapia. 3. Sistema Único de Saúde, Brasil.
4. Alcoolismo. 5. Musicoterapia. 6. Dependência química. 7. Filosofia e psicanálise. I. Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas. II. Sudbrack, Maria Fátima Olivier (Org.). III. Conceição, Maria Inês Gandolfo (Org.). IV. Silva, Isabela Machado da (Org.). V. Lordello, Silvia Renata (Org.).

CDU: 178.1
615.851

Technopolitik Editora

SRTVS Quadra 701, Cj. L, Lote 38, Bl. 01, sala 709, parte 181-A

CEP 70340-906. Brasília. D.F.

Tel: (61) 8407-8262. Correio eletrônico: editor@technopolitik.com

Sítios eletrônicos na internet: <http://www.technopolitik.com.br> e <http://www.technopolitik.com>

Sumário

Cap.	Nome	Autoras/es	Pág.
	Apresentação	Maria Fátima Olivier Sudbrack	v
	Sobre Autoras e Autores		vii
1	O Sistema Único de Saúde e a Política sobre drogas no Brasil	Marília Mendes de Almeida Maria Inês Gandolfo Conceição	11
2	Integralidade do cuidado de pessoas com experiência de uso abusivo de álcool e outras drogas: análise de uma trajetória de desinstitucionalização	Caliandra Pinheiro Mônica Nunes Jarlan Miranda Maurice de Torrenté	24
3	Desafios para a construção de uma rede intersetorial no atendimento a usuários de álcool e outras drogas no Distrito Federal	Glacy Daiane B. Calassa Maria Aparecida Penso	49
4	Grupo Multifamiliar e Musicoterapia: métodos de prevenção ao uso de drogas na escola	Fernanda Valentin Sandra Rocha do Nascimento Eliamar Ap ^a . de Barros Fleury Ferreira Célia M ^a . Ferreira S. Teixeira	72
5	A conjugalidade diante do abuso/dependência do álcool: uma compreensão sistêmica	Isabela Machado da Silva	96
6	Envolvendo o adolescente na discussão sobre drogas: qual sua contribuição ao debate?	Silvia Renata Lordello	121
7	O alcoolismo no universo feminino: produção científica em periódicos brasileiros de Enfermagem	Amanda Messias Torquato Bites Leão Ana Cláudia A. Valladares-Torres	139
8	Dependência às drogas em mulheres: a complexidade de um sintoma	Katia Varela Gomes Maria Inês Assumpção Fernandes	164
9	Diálogo entre Filosofia e Psicanálise: uma proposta focada em sintomas para o tratamento da dependência química	Luis Fernando Nascimento Rodrigues Liana A Romera	187
10	A epidemia do crack: a quem interessa?	Regina Medeiros	208

Apresentação

É com alegria que inauguramos esta coletânea de produções de autores abramdianos, lançada no contexto do V CONGRESSO INTERNACIONAL DA ABRAMD, em Brasília, 1 a 3 de dezembro/2015, sob iniciativa da diretoria da ABRAMD em nossa gestão (2013-2015) , com especial dedicação da Profa. Maria Inês Gandolfo Conceição, a quem agradeço pela coordenação desta edição, ao lado de duas colegas novas abramdianas: Isabela Machado e Silvia Lordello .

A obra consiste em uma proposta de difusão do conhecimento científico sobre drogas e dependências, favorecendo o acesso à produção científica e didática para os profissionais da área e para a sociedade de um modo mais amplo.

A divulgação da produção científica e multidisciplinar sobre drogas é um dos princípios fundadores da ABRAMD e que a nossa gestão assumiu como um dos investimentos da diretoria que se concretiza nesta primeira obra de coletâneas, esperando contar com futuros volumes.

Na perspectiva da democratização do conhecimento, utilizamos a tecnologia de publicação eletrônica, sendo o conteúdo deste livro de acesso livre no site da ABRAMD ou com uma distribuição comercial em preço simbólico, visando apenas a sustentabilidade do projeto para as próximas edições.

Os textos que compõe a obra foram resultado de um convite aberto a todos os associados, com temática livre, visando oportunizar espaço de publicação privilegiado para os abramdianos. Sabemos que todos temos trabalhos com desejo de

compartilhar mas que, pela natureza dos mesmos e também pelas exigências dos veículos disponíveis, acabam ficando sem oportunidade de publicação. Portanto, estamos construindo uma publicação flexível para que os abramdianos possam ter maiores espaço de autoria e, antes de tudo, de estímulo para nossas trocas rumo ao avanço de novas práticas em todos os serviços em que atuamos.

No espírito do V Congresso Internacional da ABRAMD, apostamos que é compartilhando saberes que poderemos avançar na recriação de nossos fazeres!

Brasília, dezembro/2015.

Maria Fátima Olivier Sudbrack
Presidente da ABRAMD

Sobre Autoras e Autores

Amanda Messias Torquato Bites Leão: Enfermeira formada pela UnB.

E-mail: amanda.bites@voeazul.com.br

Ana Cláudia A. Valladares-Torres: Professora Adjunto, nível 4, da Universidade de Brasília-UnB, Faculdade de Ceilândia, mestre e doutora em enfermagem psiquiátrica pela Universidade de São Paulo-USP. E-mail: aclaudiaval@terra.com.br

Caliandra Pinheiro: Psicóloga. Mestranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Especialista em Saúde Mental, Psicologia Social e Psicoterapia Analítica. Membro do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde Mental (NISAM/ISC/UFBA). Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD) Pernambuco na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. E-mail: caliandra.machado@gmail.com

Célia Maria Ferreira S. Teixeira: Doutora em Psicologia Clínica e Cultura – UnB. Mestre em Educação – UFG. Psicóloga. Professora da Sociedade Goiana de Psicodrama e do Instituto de Educação em Psicologia - IEP. E-mail: psiceliaferreira@gmail.com

Eliamar Aparecida de Barros Fleury Ferreira: Doutoranda em Ciências da Saúde e Mestre em Música – UFG. Musicoterapeuta. Professora do Curso de Musicoterapia EMAC/UFG. E-mail: elifleuryufg@gmail.com

Fernanda Valentin: Doutoranda em Psicologia Clínica e Cultura - UnB. Mestre em Música e Bacharel em Musicoterapia - UFG. Especialista em Terapia de Casais e Famílias – IEP/PUC-GO. Professora do Curso de Musicoterapia EMAC/UFG. E-mail: mtfernandavalentin@gmail.com

Glacy Daiane B. Calassa: Psicóloga, pedagoga, terapeuta cognitiva, especialista em educação para diversidade e cidadania, mestre em psicologia pela Universidade Católica de Brasília. Psicóloga na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, atuando em um CAPS AD II. E-mail: glacydaiane@gmail.com

Isabela Machado da Silva: Psicóloga (UFRGS), Mestre e Doutora em Psicologia (UFRGS), com especialização em Terapia de Família (DOMUS). Professora do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB). Membro do Laboratório de Família, Grupo e Comunidade (LABFAM) da UnB. E-mail: isabela.ms@gmail.com

Jarlan Miranda: Psicólogo. Mestrando em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Membro do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde Mental (NISAM/ISC/UFBA) e membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa "Psicanálise, Subjetividade e Cultura" (UFRB). E-mail: jarlan-miranda@hotmail.com

Katia Varela Gomes: Doutora em Psicologia Social pelo IPUSP, pesquisadora na área da dependência às drogas no Laboratório de Psicanálise e Psicologia Social/ Instituto de Psicologia/Universidade de São Paulo. E-mail: kspvarela@gmail.com

Liana A Romera: Licenciada em Pedagogia e Educação Física, tem Especialização em Estudos do Lazer, Mestrado e Doutorado em Educação Física pela UNICAMP. Docente da Universidade Federal do Espírito Santo nos programas de graduação e pós. Coordena o Grupo de Pesquisa Andaluz/CNPq com estudos sobre a relação lazer, juventude e uso de drogas. E-mail: liromera@uol.com.br

Luis Fernando Nascimento Rodrigues: Bacharel em Filosofia pela Unisul e formação em Psicanálise pela Sosup. E-mail: lfnr@hotmail.com

Maria Aparecida Penso: Psicóloga, terapeuta conjugal e familiar, psicodramatista. Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Pós doutora em Psicossociologia pela Universidade Federal Fluminense. Professora do Programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Católica de Brasília. E-mail: mariaaparecidapenso@gmail.com

Maria Inês Assumpção Fernandes: Professora Titular e coordenadora do Laboratório de Psicanálise e Psicologia Social no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. E-mail: marines@usp.br

Maria Inês Gandolfo Conceição: Professora Associada e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPGpsiCC/UnB), 1a. Tesoureira da ABRAMD, Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e de Personalidade (UnB), Doutora em Psicologia (UnB), Pós-Doutora pela University of Toronto. E-mail: inesgandolfo@gmail.com.

Marília Mendes de Almeida: Graduada em psicologia pela Universidade de Brasília (UnB), mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela UnB e doutora em Pró-ensino na Saúde pela UnB. E-mail: marilia.prodequi@gmail.com;

Maurice de Torrenté: Antropólogo. Mestre em Antropologia pela Université de Montréal. Pesquisador associado do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Co-fundador do Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Saúde Mental (NISAM/ISC/UFBA). Tutor de Ciências Sociais da Residência Multiprofissional em Saúde Mental. E-mail: mdetorrente@hotmail.com

Mônica Nunes: Médica Psiquiatra e Antropóloga. Mestre em Saúde Comunitária. Doutora em Antropologia pela Université de Montréal. Professora Associada II do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Coordenadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Saúde Mental (NISAM/ISC/UFBA), da Residência Multiprofissional em Saúde Mental e do Grupo Gerar – Incubadora de Economia Solidária. E-mail: nunesm@ufba.br

Regina Medeiros: Doutora em Antropologia Social (URV- Tarragona, Espanha). Professora do Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. E-mail: repameca@pucminas.br.

Sandra Rocha do Nascimento: Doutora em Educação e Mestre em Música - UFG. Musicoterapeuta. Professora do Curso de Musicoterapia EMAC/UFG. E-mail: srochakanda@hotmail.com

Silvia Renata Lordello: Psicóloga (UnB), Mestre e Doutora em Psicologia (UnB), Professora do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB). E-mail: srlordello@terra.com.br

1 O Sistema Único de Saúde e a Política sobre drogas no Brasil

Marília Mendes de Almeida
Maria Inês Gandolfo Conceição

Este texto tem por objetivo contextualizar histórica e criticamente a política nacional sobre drogas dentro do amplo marco do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS nasceu ideologicamente com a Constituição Federal (Brasil, 1988), quando a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado. Mas foi na década de 1990 que o desafio da concretização do SUS começou a sair do papel, por meio da lei nº 8080/90 (Brasil, 1990). Como destaca Menicucci (2009), o processo de implementação do SUS passou, ao longo dos anos, por ambiguidades, avanços e dificuldades. A autora salienta o choque provocado pela ideia de um sistema igualitário de saúde, com o legado de uma sociedade organizada em torno da diferenciação e segmentação no campo de atenção à saúde. No entanto, esse não foi e não é o único desafio do SUS: o sistema também enfrenta o desafio de inverter a lógica, historicamente construída, de uma assistência à saúde baseada no modelo flexneriano ou biomédico.

Este modelo de atendimento em saúde teve impacto mundial pelo lançamento do relatório elaborado por Abraham Flexner em 1910. No Brasil, não foi diferente: o impacto do relatório gerou mudanças nos serviços de saúde. Na prática, o modelo de saúde desenvolvido com base nas conclusões do relatório Flexner – modelo biomédico ou flexneriano – introduziu critérios de cientificidade e institucionalidade

que regulamentaram a formação acadêmica e profissional na área da saúde (Almeida Filho, 2010).

A definição de critérios de cientificidade foi um avanço importante para a época e com impacto positivo no atendimento em saúde. No entanto, com o passar das décadas, a comunidade científica foi percebendo a necessidade de evolução do modelo flexneriano, pois esse dá ênfase à disciplinaridade, à fragmentação em especialidades, e hoje já se entende a necessidade de avaliações multidisciplinares, transdisciplinares e interdisciplinares para se compreenderem os fenômenos complexos envolvidos no processo de saúde e doença. O modelo flexneriano também preconiza um atendimento à saúde hospitalocêntrico de abordagem biologicista, enquanto que atualmente já se reconhece a necessidade de atendimentos descentralizados e abordagens biopsicossociais, ou seja, um atendimento mais próximo da população e das comunidades, levando-se em consideração suas características sociais, bem como as do indivíduo, assim como fatores psicológicos, além dos biológicos. Outro ponto identificado no modelo flexneriano é o foco na doença e na cura, o que impede a visão integral do ser humano, bem como atuações preventivas e de promoção de saúde voltadas para acompanhamento, cuidado e tratamento da saúde coletiva e individual da população (Carvalho & Ceccim, 2006; Ceccim, 2007).

Segundo Almeida Filho (2010), o modelo flexneriano, por ainda ser reproduzido acriticamente, tem sido responsabilizado, no Brasil, por dificuldades crônicas no serviço de saúde e na formação do profissional de saúde. Portanto, para se estudarem as demandas de formação em saúde há que se levar em consideração esse contexto sócio-histórico. Em resumo, foi nesse contexto de superação do modelo flexneriano que surgiu o SUS – instituído pela Constituição Federal, artigo 196, e regulamentado pela Lei nº. 8.080/1990.

Segundo Menicucci (2009), a substituição do modelo de atendimento à saúde de livre demanda por um modelo de atendimento territorializado sempre foi o foco do SUS que, ao longo dos anos, criou instrumentos de descentralização dos serviços. Em 1995, foram tomadas medidas mais concretas para a viabilização do aten-

dimento territorializado por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) e regulado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que sistematizou, em 2006, um novo formato com enfoque na promoção de saúde e prevenção (Brasil, 2006). Ceccim (2005) conceitua território como:

O território de que falo não é físico ou geográfico: o trabalho ou a localidade. O território é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho. Desejam-se como efeito de aprendizagem a prevalência da sensibilidade, a destreza em habilidades (saber fazer) e a fluência em ato das práticas. Para habitar um território será necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com ginga, alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos, não somente cognitivos, não somente técnicos e não somente racionais, mas políticos, comunicacionais, afetivos e interativos no sentido concreto, isto é detectável na realidade. (Ceccim, 2005, p. 983)

Historicamente, o SUS tem investido cada vez mais na noção de território e em abordagens biopsicossociais *in locu* na tentativa de superar o modelo flexneriano. Essa forma de abordagem é entendida como uma forma de ação preventiva mais produtiva com foco na promoção da saúde e nos cuidados clínicos primários. Essa oferta de cuidados preserva o respeito ao contexto sociocultural da população usuária e busca aproximá-la de outros serviços de natureza diversa (Carvalho & Ceccim, 2006; Ceccim, 2007).

No entanto, a formação de profissionais que atuam na saúde ainda reproduz o modelo flexneriano e, por isso, nota-se que, na prática profissional, esse modelo ainda não está superado e a formação em saúde ainda não prepara profissionais para uma atuação biopsicossocial (Leite, 2010). Dessa forma, o SUS vem enfrentando diversas dificuldades para a construção do modelo biopsicossocial de atenção

à saúde, visto que os profissionais são formados com base em um modelo obsoleto e são exigidos para uma atuação inovadora.

A dificuldade de formação profissional para atuação em saúde é sentida de forma intensa na área voltada à promoção de ações de cuidados a usuários de drogas. Como foi descrito, o SUS vem lutando pela implementação do modelo de atendimento territorializado pautado na perspectiva biopsicossocial. Segundo Andrade (2011), na área da saúde que trabalha com a temática das drogas, a estratégia adotada atualmente tem como pilar os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPs AD), que nasceram com a tarefa de serem os articuladores das ações de saúde, promovendo ações territorializadas. Esse papel articulador é definido pela portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) e os responsabiliza, em seu art. 4º, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território.

Porém, ainda segundo Andrade (2011), os profissionais sentem dificuldades de atuar nessa perspectiva. O fenômeno da drogadição envolve múltiplas interações e articulações de diversas áreas, inserindo-se em uma perspectiva complexa (Assis, Barreiros & Conceição, 2013). Entretanto, dificilmente o fenômeno das drogas é considerado em sua amplitude e complexidade. Para referenciar as ações de atenção a usuários de drogas no Brasil e as ações de formação profissional, apresentamos uma breve contextualização histórica a partir do ponto de vista da redução de danos (RD).

Nardi e Rigoni (2005) definem RD como um conjunto de medidas em saúde que tem a finalidade de minimizar as consequências adversas do uso/abuso de drogas. A escolha por esse recorte histórico se justifica pelo fato de a redução de danos (RD) ser adotada como marco teórico-político da Política Nacional, apresentada pelo documento A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2003); também é adotada como pressuposto da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) aprovada pela Resolução nº 03/GSIPR/CH/CONAD de 2005 (Conselho Nacional Antidrogas, 2005). A RD é entendida pela

PNAD como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos, amparada pela Constituição Federal, e deve ser realizada de forma articulada inter e intrasetorialmente, visando à redução dos riscos, das consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade.

No decorrer do curso histórico, a RD associou-se e consolidou-se enquanto estratégia de saúde pública por meio de ações de prevenção de transmissão de HIV/AIDS por usuários de drogas injetáveis. No entanto, as primeiras ações de RD, segundo o manual publicado pelo Ministério da Saúde em 2001, datam de 1926, quando a Inglaterra estabeleceu princípios para ações terapêuticas com uma droga de substituição por meio do relatório de Rolleston, que norteou médicos a prescreverem opiáceos para dependentes de drogas.

No entanto, segundo Caroline Brasil (2003), transcorreu um longo período até que essas estratégias tenham se incorporado às práticas de saúde pública. Ainda segundo esta autora, por volta dos anos 1980 ocorreu um surto de Hepatite B em Amsterdã (Holanda) e um grupo de usuários de drogas mobilizou-se para pressionar o governo local a distribuir material esterilizado e evitar a contaminação. Esse movimento gerou a luta não pela prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), mas por um direito mais amplo: direito à saúde e direito à cidadania. Esse movimento tornou-se, então, a base da política de RD, que caminha ainda hoje para problematizar não só questões diretamente associadas ao uso de drogas, mas também questões sociais complexas que se relacionam com o uso de drogas.

O primeiro programa de troca de seringas foi implantando em Amsterdã em 1984, mas somente em 1985, por meio da experiência “Merseyside” em Liverpool (Grã Bretanha)³, essa política ganha força na Europa. Nesse momento, não só a

(3) As primeiras intervenções precursoras do movimento de redução de danos levadas a cabo na Grã Bretanha datam da década de 1920 e consistia na prescrição de drogas como a heroína e cocaína para usuários dependentes com o propósito de reduzir os danos de seu uso e melhorar a sua qualidade de vida (Alves, 2009).

hepatite, mas também o HIV/AIDS era uma ameaça à saúde dos usuários de drogas injetáveis. O HIV/AIDS era tido, então, como uma epidemia que atacava principalmente homossexuais e usuários de drogas injetáveis. Assim, a necessidade de controle da transmissão de HIV/AIDS tornou-se historicamente o principal fator de aceitação das estratégias de RD (Brasil, 2003).

A RD, enquanto política de saúde, se fortaleceu a partir de 1990 nas Conferências Mundiais de Redução de Danos: Liverpool/Inglaterra (1990), Barcelona/Espanha (1991), Melbourne/Austrália (1992), Roterdã/Países Baixos (1993), Toronto/Canadá (1994), Florença/Itália (1995), Hobart/Austrália (1996), Paris/França (1997) (Brasil, 2003).

Brasil (2003) faz a ressalva de que, apesar da consolidação da política na Europa, existem variações no entendimento da amplitude das estratégias. Por exemplo, Holanda, Suíça e Alemanha são países representantes de uma política mais ampla, que ultrapassa o controle da disseminação de HIV/AIDS por usuários de drogas injetáveis, já França e Suécia são países mais conservadores em que a política de RD é restrita à prevenção de DSTs.

No entanto, Marllat (1999) ressalta que a política mundial de RD enfrentou, à época, a resistência dos Estados Unidos da América (EUA), que além de não aceitarem a prática de troca de seringas, ainda disseminaram mundialmente uma política de combate às drogas, cujo objetivo era a erradicação total das drogas. Essa política de combate às drogas consolidou-se a partir da Convenção Única de Entorpecentes de Nova Iorque em 1989. A política americana adotada nos anos 1980 e meados de 1990 acabou por ter forte influência, principalmente nos países em desenvolvimento. Atualmente, vários estados dos EUA coadunam-se com políticas de RD, inclusive com a legalização da maconha.

No Brasil, a então Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)⁴, criada em 1998, estruturou-se conforme as diretrizes políticas do documento organizado em 1989 na

(4) A Secretaria Nacional Antidrogas atualmente é denominada Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, demarcando uma importante mudança ideológica de superação da política de combate às drogas.

Convenção Única de Entorpecentes de Nova Iorque e diretrizes da 20ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas. Estruturou-se, então, uma política de combate às drogas que já vinha sendo construída antes da SENAD por meio de estratégias de redução da oferta de drogas, mas também há igual ênfase às estratégias de redução da demanda como as ações preventivas. Assim, mesmo com a estruturação de uma política de combate, surgiram iniciativas de RD no Brasil em 1989, na cidade de Santos - SP, com ações que buscavam evitar a transmissão do HIV/AIDS via compartilhamento de seringas e agulhas usadas na administração de drogas injetáveis. Os agentes de saúde distribuíaam materiais para higienização de seringas nos espaços de uso de drogas. No entanto, a ação foi entendida como incentivo ao uso de drogas e os agentes de saúde sofreram processos jurídicos. Dessa forma, o programa de trocas de seringas não foi efetivado em Santos. Somente em 1995, foi possível realizar as trocas legalmente. O primeiro programa de trocas de seringas do Brasil e da América Latina foi realizado em Salvador – BA, seguido de São Paulo e Rio Grande do Sul (Andrade, 2011; Brasil, 2003; Marlatt, 1999)

Foi na década de 1990 que o governo brasileiro passou a reconhecer a necessidade de uma política de redução de danos, embora ainda focada somente no controle do HIV. Entre 1995 e 2003, foram abertos mais de 200 Programas de Redução de Danos (PRDs) com esse foco. Os PRDs nasceram nas universidades, nas coordenações municipais e estaduais de Saúde e em Organizações não Governamentais (ONGS) e buscavam primeiramente acessar a população usuária de drogas nos serviços de saúde. No entanto, constatou-se que essa população não tinha acesso aos serviços de saúde e era praticamente invisível a esses profissionais. Dessa forma, a primeira parceria dos PRDs foi com serviços de atendimento específico ao HIV/AIDS.

Em vários municípios do país, leis locais passaram a autorizar o funcionamento dos programas de trocas de seringas, mas as ações eram organizadas por associações como a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), criada em 1997, e da Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC), criada em 1998.

Em 2001, o Ministério da Saúde elencou ações de RD, representando a consolidação da legitimação das ações que:

consistem em um elenco de ações desenvolvidas em campo por agentes comunitários de saúde especialmente treinados (denominados “redutores de danos” ou simplesmente “redutores”), que incluem a troca e distribuição de seringas, atividades de informação, educação e comunicação (IEC), aconselhamento, encaminhamento, vacinação contra hepatite e outras ações (Ministério da Saúde, 2001, pp. 12-13).

No entanto, a política de RD no Brasil teve momentos de avanços e de recuos. Até 2004, o Governo Federal responsabilizava-se pelo fomento das ações de RD, quando a responsabilidade foi transferida aos estados e municípios, o que resultou em encolhimento da política: em 2003, o Brasil contabilizava 279 PRDs, em 2005, esse número foi reduzido a 136 PRDs.

Com muita dificuldade, o governo apoiava as ações de RD, mas a questão do uso de drogas ainda não era uma questão claramente reconhecida como uma agenda de saúde pública e havia escassez de serviços com esse perfil no SUS. O que se tinha eram alguns leitos de desintoxicação nos hospitais gerais, atendimentos ambulatoriais e internações nos hospitais psiquiátricos (Marlatt, 1999).

O SUS já percorria os passos da reforma psiquiátrica e da descentralização dos serviços de saúde em detrimento da lógica hospitalocêntrica com ações como, por exemplo, a criação de CAPs, criados em 1992, por meio da Portaria/SNAS nº 224 (Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1992). Porém, somente em 2002 a saúde pública passou a desenvolver ações sistemáticas relativas ao tratamento e prevenção no campo de álcool e outras drogas (Delgado & Cordeiro, 2011). Nesse ano, iniciou-se a implantação dos CAPs AD como forma de constituir uma rede especializada no atendimento a usuários de álcool e outras drogas. Os CAPs AD foram concebidos para prestar atendimento clínico em regime de atenção diária para evitar as internações e ser o articulador das ações de saúde mental na atenção ao

usuário de álcool e outras drogas em um determinado território. Para tanto, os CAPs AD deveriam ser capazes de se articular com o programa ESF e promover ações de RD com base territorial (Andrade, 2011).

Dessa forma, as ações de RD consolidaram-se como uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde e deixaram de ser uma estratégia exclusiva dos programas de DST/AIDS. No entanto, segundo Andrade (2011), os programas ESF enfrentaram grandes dificuldades em inserir ações de RD em suas práticas, principalmente porque a ênfase na atenção básica à saúde no Brasil é ainda recente e está em processo de construção. O autor ainda destaca que, pelas dificuldades de articulação com o programa ESF, a atuação dos CAPs AD, que foi concebida com base em ações territoriais, ficou reduzida ao atendimento no próprio serviço, sendo assim subutilizado. Populações mais vulneráveis, como a população em situação de rua, tendem a não buscar serviços de saúde e, portanto, não têm o CAPs AD como referência de atendimento à saúde (Andrade, 2011).

Com o progressivo aumento da visibilidade do consumo de crack, cujos primeiros registros de consumo no Brasil datam do início da década de 1990, foi lançado pelo Governo Federal, em 2009, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) (Brasil, 2009) e, em 2010, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, Álcool e Outras Drogas (Plano Crack) (Brasil, 2010) - plano das ações voltadas para a prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de drogas.

O PEAD (Brasil, 2009) e o Plano Crack (Brasil, 2010) trouxeram alguns avanços nas políticas de RD, principalmente com a ênfase dada à qualificação da rede de cuidados com investimento na formação, previsão de realização de cursos de especialização e atualização, bem como previsão de capacitação continuada para atuação no atendimento de usuário de drogas. A criação dos CAPs com atendimento 24 horas (PEAD) também foi uma decisão importante, pois um dos fatores que contribuía para a dificuldade de acesso do público-alvo dos CAPs AD era o horário de funcionamento muito restrito. Outro avanço foi o fomento das Escolas de Redutores de Danos do SUS (PEAD e Plano Crack). Essa estratégia buscava resgatar e for-

talecer as ações territorializadas dos redutores de danos e assim atingir a população que não buscava e não acessava os serviços de saúde. As Escolas de Redutores de Danos do SUS deveriam se articular com os outros serviços de saúde, como os PRDs, os Consultórios na Rua (CR), o programa ESF, as ações dos CAPs AD, entre outros.

Para compreender a RD é preciso compreender não só sua trajetória na política pública brasileira mas, também, a amplitude do conceito de RD. Esse é um conceito que vem sendo muito discutido na literatura e toma nuances diversas a depender do autor que debate o tema. É um conceito em construção, como apontam MacRae e Gorgulho (2003), que consideram RD um conceito em aberto ao qual podem ser atribuídos vários significados. Isso advém do fato de o conceito estar intrinsecamente ligado às noções de riscos e danos que, segundo os autores, devem ser entendidas em sua relatividade:

riscos e danos devem também ser entendidos de maneira ampla, cuidando-se para não impor definições demasiadamente estritas sobre o que seja redução de danos. A redução de danos deve ser baseada em uma abordagem simpática, isenta de moralismo e centrada num trabalho comunitário que, embora possa propor novos padrões e modos de uso, reconheça a importância da escala de valores do usuário e de seu saber sobre drogas (MacRae & Gorgulho, 2003, p. 2).

Abordando a RD em uma perspectiva ampla, ela pode ser compreendida como o conjunto de princípios norteadores das ações de atenção a usuários de drogas que preza pela autonomia do usuário, pela compreensão dos fatores biopsicossociais envolvidos, pela atuação em rede, pela valorização do conhecimento, da co-participação e da corresponsabilidade dos usuários e da comunidade, bem como pela compreensão de riscos e danos relacionados, desde ao efeito da droga até o contexto de vulnerabilidade social da comunidade.

Essa perspectiva de RD vem ao encontro do modelo biopsicossocial que tem sido fortalecido pelo SUS e que, portanto, encontra as mesmas dificuldades de formação profissional para uma atuação pautada nesses princípios. No Brasil, a SENAD é o órgão que vem se destacando nas ações de formação profissional para atuação na temática de drogas. Atualmente, a SENAD forma profissionais da rede SUS por meio de curso de educação continuada denominado SUPERA – Sistema para detecção de uso abusivo de substância psicoativas. O curso, ofertado em parceria com a Universidade Federal de São Paulo, tem como público-alvo profissionais da saúde e assistência social. Outra estratégia adotada pela SENAD foi a criação, em 2011, dos Centros Regionais de Referência para a Formação Permanente de Profissionais da Rede de Atenção a Usuários de Crack e outras Drogas (CRR), com o objetivo de realizar a formação permanente e a qualificação da intervenção de profissionais que atuam nas redes de atenção integral à saúde e de assistência social, na atenção a usuários de drogas.

A formação de profissionais para uma atuação em rede, para ação territorializada e para a compreensão dos fatores biopsicossociais envolvidos no contexto de uso de drogas é um grande desafio para as políticas públicas, em especial para o SUS, que luta pela superação do modelo flexneriano, biologista e hospitalocêntrico. É importante o fortalecimento das ações de formação levando em consideração desde a necessidade reformulação curricular do ensino superior até a implementação de políticas de formação permanente buscando a implementação plena do modelo biopsicossocial de atendimento em saúde.

Referências

- Almeida Filho, N. (2010). Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(12), 2234-2249.
- Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11), 2309-2319.
- Andrade, T. M. (2011). Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4665-4674.
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Recuperado em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil, C. S. (2003). *A Perspectiva de Redução de Danos com Usuários de Drogas: um olhar sobre os modos éticos e existência*. (Dissertação de mestrado, não publicada). Porto Alegre: UFRGS.
- Brasil. (1990). Lei nº 8080 (Lei Orgânica da Saúde). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Carvalho, Y. M. & Ceccim, R. B. (2006). Formação e educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: G. W. Campos, M. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior & Y. Carvalho, *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 149-182). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 975-986.
- Ceccim, R. B. (2007). Invenção da Saúde Coletiva e do Controle Social em Saúde no Brasil: Nova Educação na Saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. *Revistas de Estudos Universitários*, 33(1), pp. 29-48.
- Delgado, P. G. & Cordeiro, F. (2011). A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil. In: *O uso de substância psicoativa no*

Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Lei n. 8.080, de 20 de setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, DF. Recuperado em 21 de setembro, 2015, de <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>

Leite, I. (2010). Novas perspectivas em educação e saúde. *Revista Espaço Acadêmico*, 114, 126-134.

MacRae, E. & Gorgulho, M. (2003). Redução de danos e tratamento de substituição: posicionamento da Rede Brasileira de Redução de Danos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(5), 371-374.

Marlatt, G. A. (1999). *Redução de Danos: Estratégias Práticas para lidar com comportamento de risco*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Menicucci, T. M. (2009). O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7), 1620-1625.

Ministério da Saúde. (2001). *Manual de Redução de Danos: Saúde e Cidadania*. Brasília.

Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992 (1992). Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

Resolução nº 03, de 27 de outubro de 2005 (2005). Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Conselho Nacional Antidrogas. Diário Oficial da União.

2 Integralidade do cuidado de pessoas com experiência de uso abusivo de álcool e outras drogas: análise de uma trajetória de desinstitucionalização

**Caliandra Pinheiro
Mônica Nunes
Jarlan Miranda
Maurice de Torrenté**

Introdução

O presente capítulo tem como objetivo apresentar o mapeamento da trajetória de cuidados de uma pessoa com experiência de consumo problemático de drogas lícitas e ilícitas de modo a analisar quão adequado foi esse percurso e de que modo os diversos recursos terapêuticos acessados e associados apontam para um processo de desinstitucionalização, tomando-o como a trajetória de reinserção social do sujeito com autonomia e empoderamento.

Um dos princípios mais caros ao campo da saúde mental contemporânea, em países que viveram e vivem processos de Reforma Psiquiátrica, é a desinstitucionalização. Longe de ser um conceito unívoco, guarda múltiplos sentidos e demanda uma confluência de medidas para a sua realização (Amorim & Dimenstein, 2009; Hespanha, Portugal, Nogueira, Pereira & Hespanha, 2012; Rotelli, 1990). Tradicionalmente concebido como o processo de ruptura com a experiência de manicomialização vivida por pessoas que foram internadas por períodos mais ou menos longos

(*) Esse estudo foi financiado pela FAPESB, edital no. 020/2013, e aprovado pelo CEP/ISC, CAAE 18019413.5.1001.5030, em 19 de agosto de 2013. Pessoas e instituições citadas nesse texto têm nomes fictícios.

em hospitais psiquiátricos de formato asilar, esse processo não se resume à desospitalização e tem como objetivo maior a reinserção social dessas pessoas. A desinstitucionalização deve ser compreendida como um processo social radical que demanda reformas nas legislações, que o favoreçam. Deve também incentivar mudanças culturais que desmistifiquem o olhar sobre a loucura, no intuito de reinventar o seu lugar social, além de propor reconstruções epistemológicas sobre a diferença inscrita nas experiências de sofrimentos psíquicos e novas formas de cuidar das pessoas que apresentam essas condições em algum momento da vida.

Um dos maiores desafios referidos ao tema é sair de uma carta de princípios e tornar o projeto uma prática concreta. É nesse sentido que a pesquisa intitulada “Integralidade, reinserção social e autonomia como operadores de desinstitucionalização para pessoas com sofrimento psíquico e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas pertencentes a grupos vulneráveis” se preocupa com as estratégias e táticas que têm sido empreendidas para que as pessoas alcancem progressivamente esse estado de desinstitucionalizadas de condições e situações de manicomialização. Para efeitos de compreensão desses processos, temos trabalhado com o que chamamos de operadores de desinstitucionalização, que definimos como “táticas, recursos e/ou dinâmicas que mediam a materialização dos processos de desinstitucionalização em diversas formas de expressão nas práticas concretas” (Nunes et al., 2013, pp. 2-3). Dentre esses operadores, incluímos a equidade social, a autonomia/empoderamento e a integralidade do cuidado. É principalmente essa última dimensão que exploraremos nesse capítulo.

Desde o momento em que a desinstitucionalização começou a ser um tema largamente debatido na saúde mental, tem sido raro referi-la aos usuários de álcool e outras drogas. Embora, na literatura, fale-se de experiências de asilamento dessas pessoas, só mais recentemente, com o debate acerca das internações compulsórias de usuários de drogas, começam a se multiplicar os trabalhos que discutem o cuidado adequado a essas pessoas. Surgem as análises críticas que veem, nesse movimento, evidências do avanço da contra-reforma psiquiátrica, que vê no fenômeno das drogas o pretexto para reinvestir nos leitos psiquiátricos. A isso, alia-se

uma conjuntura política de retrocesso, marcada pelo conservadorismo, expresso particularmente em grupos que enxergam nesse tema uma forma de avançar na cruzada moralista, sem deixar de lucrar com esse discurso, dirigindo recursos financeiros para instituições que, muitas vezes, primam pelas suas características manicomiais, repressoras e moralizantes. Essa orientação política pode favorecer o crescimento das internações em hospitais psiquiátricos e comunidades (ditas) terapêuticas, ao mesmo tempo em que o debate que se produziu em torno do tema lançou luz e deu maior visibilidade aos modos pelos quais esse segmento vem sendo tratado no nosso país.

Integralidade do cuidado e consumo problemático de drogas

Integralidade é um conceito-chave na Saúde Coletiva e um princípio fundante do Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de que ele ajuda a organizar e articular ações que atendam a um conjunto de necessidades de saúde individuais e coletivas (Brasil, 1990). No entanto, quando integralidade significa perseguir um ideal de saúde, “um tipo de atenção que se dirija à totalidade das necessidades de um ser humano” (Camargo Júnior, 2010, p. 39), esse conceito é melhor entendido como “um ideal regulador, um devir” (Camargo Júnior, 2010, p. 39) que aponta para um horizonte a ser alcançado. Integralidade, pois, envolve articulações entre diferentes níveis de atenção à saúde, pressupõe ações intersetoriais e necessita de uma compreensão dos indivíduos para quem o cuidado se dirige de uma forma holística: enquanto sujeitos singulares e sociais, com especificidades culturais, imersos em um contexto político e histórico e com trajetórias de vida particulares.

No campo da saúde, a integralidade do cuidado tem sido inscrita dentro do direito humano à saúde. Nessa perspectiva, Pinheiro (2011) nos convida a compreender a demanda por cuidado como direito, à luz das categorias-chave de reciprocidade, responsabilidade e reconhecimento (de autoria de Alfred Schutz, Hannah Arendt e Axel Honneth, respectivamente). O alcance da reciprocidade exige a imersão dos atores envolvidos no universo de sentidos compartilhados pelos/as usuários/as dos serviços de saúde para que isso favoreça relações recíprocas, pauta-

das na dialogicidade, garantidas pela compreensão comum do mundo da vida cotidiana. A responsabilidade demanda, segundo Pinheiro (2011, p. 57), “consubstanciar as condições necessárias para desenvolver legitimidade, assim como analisar sua práxis”, o que traduziria o agir político, performado nos encontros cotidianos na rede de serviços de saúde. Também implica em “se deixar afetar por aquilo que é público, ou seja, exige um agir desinteressado diante do outro” (p. 57). Finalmente, o reconhecimento está fortemente calcado em transformações culturais e institucionais, movidas por lutas de grupos sociais. Essas transformações seriam criadas por princípios integradores presentes nas “relações de amor (relações primárias – ligações emotivas fortes desenvolvendo a autoestima, confiança em si mesmo e no mundo em que vive); relações de respeito (adjudicação do direito – princípios morais universalistas [...] consciência de poder se respeitar a si próprio, porque ele merece respeito de todos os outros); relações de solidariedade (a orientação por valores – espaço de positividade de estima social que lhe permita referir positivamente suas propriedades e capacidades concretas)” (p. 57-58).

No campo da saúde referido aos usuários problemáticos de álcool e outras drogas, a integralidade do cuidado reveste-se de algumas particularidades, porque diz respeito a uma população largamente afetada por múltiplas situações de vulnerabilidade. Frequentemente, são pessoas em condição social de grande precariedade, muitas em situação de rua, socialmente marginalizadas e duplamente estigmatizadas, pela condição de pobreza e pela situação de ilegalidade (daquelas que usam drogas ilícitas). Suas histórias pessoais costumam agregar sofrimentos psíquicos e sociais, muitos iniciados na infância e prolongados ao longo de anos, o que tende a criar-lhes também vulnerabilidade psíquica e emocional. O acúmulo de baixa proteção social, capital social e cultural insuficientes e laços sociais fragilizados potencializa a condição de vulnerabilidade social. Condições de vida precárias originam vulnerabilidade biológica. Essa soma de vulnerabilidades gera profundas necessidades de saúde que precisam ser respondidas por uma complexa e rica rede de equipamentos e ações, setoriais e intersetoriais, formais e informais.

Método

O nosso estudo (Nunes et al., 2013) desenvolve um tipo de etnografia centrada em casos (Lucas, 2004). Acompanhamos, em Salvador (BA), em torno de 20 casos de pessoas com situação de transtorno mental ou uso problemático de álcool e outras drogas, durante aproximadamente um ano de pesquisa. Busca-se, de um lado, produzir histórias de vida dessas pessoas que enfatizem, especialmente, suas histórias de sofrimento psíquico e suas histórias, tanto de vivências de constrangimentos que dificultem - quanto de mobilização de recursos que favoreçam - a sua reinserção no espaço social, produzindo-lhes um novo lugar social. No presente capítulo, basearemos nossa análise em um desses casos.

No que diz respeito à trajetória de cuidados, registramos tanto os usos dos recursos formais, tais como serviços de saúde e instituições estatais, como também a mobilização de recursos informais, tais como as redes sociais de apoio, as agências religiosas etc. A reconstrução dialógica dessas histórias deu-se a partir do convívio por parte dos pesquisadores com essas pessoas e com as pessoas significativas de sua escolha, por meio de uma observação participante. Entrevistas narrativas também foram realizadas, uma vez o vínculo tendo sido estabelecido, favorecendo relatos mais profundos e significativos.

A análise do *corpus* da pesquisa está sendo realizada por uma análise de discurso que identifica categorias temáticas que podem ser lidas, ulteriormente, de modo transversal para todos os casos, como por uma análise de narrativa que privilegia o aprofundamento de cada trajetória singular, como é a situação do presente capítulo.

A trajetória de Agnaldo

Iniciamos a reflexão sobre a vida de Agnaldo a partir das práticas cotidianas trazidas nas maneiras de fazer deste sujeito em sua trajetória de vida. De modo a contribuir com a discussão, sobretudo ao possibilitar visualizar as relações e ligações existentes na trajetória de Agnaldo com os diversos espaços, serviços e sujei-

tos, fizemos uso da representação gráfica – Genograma e Ecomapa – construídos a partir das informações obtidas por meio das narrativas do sujeito.

Como expresso no genograma a seguir, Agnaldo é filho de um casal que teve quatro filhos. Seus pais se separaram quando ele tinha três anos de idade e ambos se casaram novamente. Após a separação, Agnaldo viveu inicialmente com seu pai e madrasta. Aos 18 anos, o pai morreu e ele saiu da casa dela, tendo feito uma tentativa de morar com a mãe, que não o aceitou em casa por conta do novo marido. Agnaldo foi, então, morar com uma tia materna por um período. Porém, após briga com um de seus irmãos, que também morava com essa tia, ambos foram expulsos de casa. Assim, Agnaldo morou com um de seus irmãos por um período, mas, após desentendimento com amigos deste, resolveu morar na rua.

Na rua, Agnaldo encontrou apoio da Secretaria Municipal do Trabalho, Assistência Social e Direito do Cidadão (SETAD), atual Secretaria Municipal de Promoção Social, Esporte e Combate à Pobreza (SEMPS), e passou a morar em albergue, ou em casa alugada pela Secretaria. A partir do albergue, ele foi encaminhado para os centros de recuperação, sempre retornando para a rua ou albergue após cada internamento. Depois de conhecer sua atual companheira, a casa desta passou a ser mais um local de moradia para ele, que deixou de ir com tanta frequência para a rua e para os albergues. O ciclo dos internamentos nos centros de recuperação foi interrompido pouco tempo depois que ele foi encaminhado ao Centro de Atenção Psicossocial para pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (CAPS AD). A partir do início do tratamento no CAPS AD, ele passou a morar mais tempo com a companheira, voltando a ficar na rua ou no albergue nos momentos de briga do casal. No período final da nossa pesquisa, ele havia conseguido alugar um quarto, que ficava como retaguarda para os momentos em que resolve sair da casa da companheira. Neste momento, ele estava vivendo entre esse quarto e a casa dela, passando a maior parte do tempo com ela.

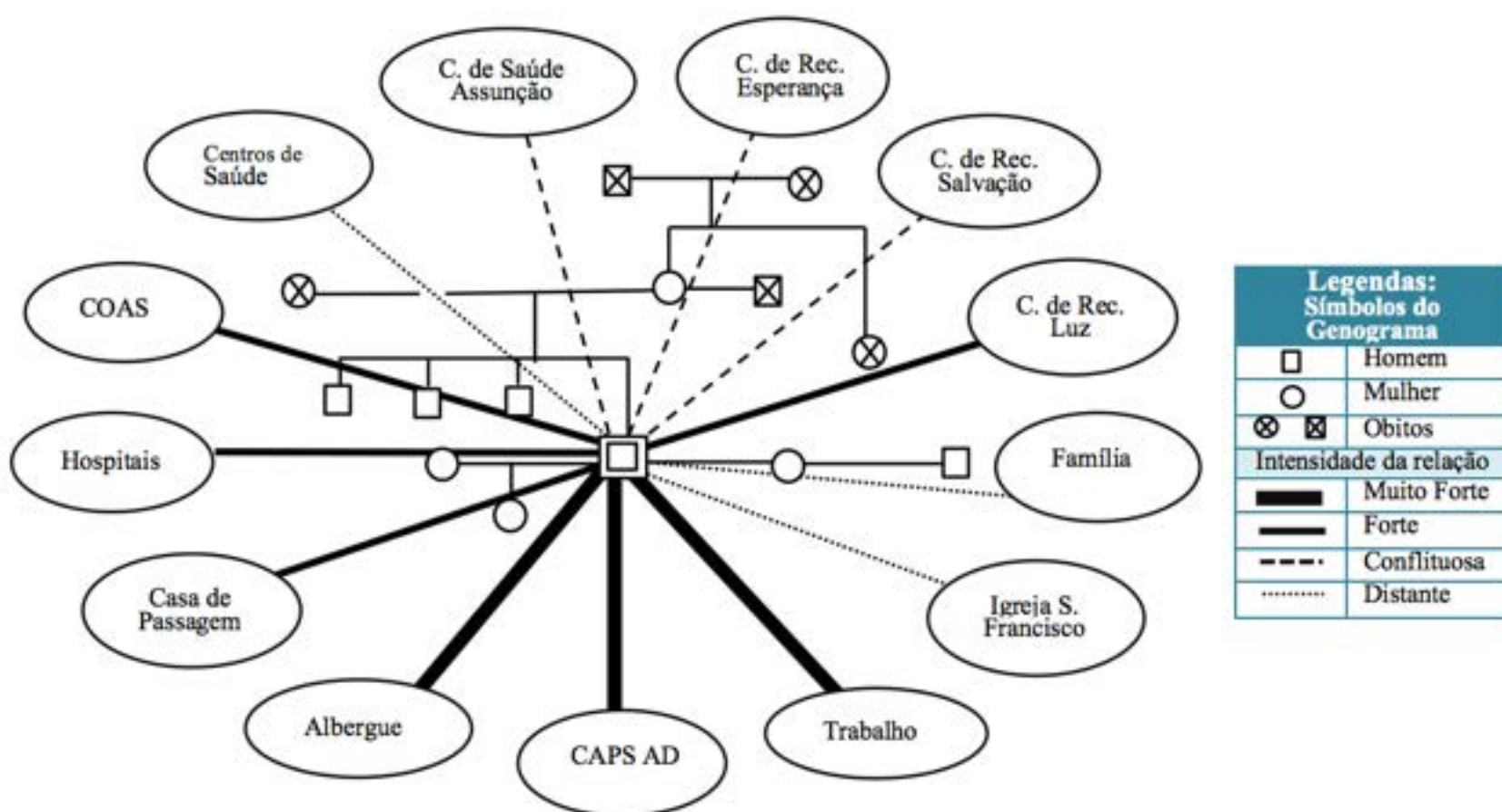


Figura 1. Representação esquemática do Ecomapa da Agnaldo

Fonte: Banco de dados – Pesquisa PPSUS/NISAM, 2015.

O vínculo de Agnaldo com a família ficou bastante fragilizado, não tendo contato constante com nenhum dos irmãos. Tentou visitar a mãe recentemente sem sucesso:

Eu fui ver minha mãe um dia desses aí, mas minha mãe estava em Feira de Santana. Um dia ela chegou para minha prima e falou assim ‘eu não quero saber de nada deles mais não’. Porra! Meu Deus do céu! Misericórdia! A única coisa que eu tinha na vida.

Teve uma filha em um relacionamento anterior e não mantém contato com ela devido aos ciúmes de sua atual companheira. Seus vínculos se restringem, de forma mais intensa, à atual companheira e, de forma mais distante, aos colegas de trabalho e usuários do CAPS AD.

Como suportar sem suporte?

Em vários trechos de sua narrativa, Agnaldo falou sobre a necessidade de suporte social. Falou da falta de contato com os irmãos, atribuindo o afastamento à sua situação social de “morador de rua” e de “não ser certo da cabeça”. Relatou diversos desentendimentos com colegas na rua e nos centros de recuperação e não conseguiu desenvolver vínculos duradouros nesses espaços. Formou um bom vínculo com o Centro de Recuperação Luz por ter conseguido um contato positivo com o Pastor, que lhe deu crédito numa briga com outro interno. Sobre essas brigas, diz “porque eu sou muito ignorante... eu também não aguento desaforo”.

Ele sempre teve uma relação bastante conflituosa com sua atual companheira, sendo esse um dos temas principais de suas narrativas. As brigas ocorrem por causa de ciúme, uso de substâncias (ela também é usuária de álcool), problemas financeiros e relacionados aos filhos dos dois. Nessas brigas, há agressão física e verbal e, ao final, Agnaldo, por vezes, sai de casa.

Fica querendo que eu faça isso, faça aquilo, tráfico, roubo, coisa errada. Ela vira “pô, Naldo, eu queria ser rica!”... ela veio pra cá me bater primeiro, trocado não dói, mas só que eu não gosto dessa violência... ela diz “ah, então vá embora”, “então tá certo, você me manda embora, quando eu pegar a mochila para ir embora puxa para dentro de casa de novo...” Estou voltando a tocar, porque ela é uma droga na minha vida também que forma três, é maconha, cachaça e ela, entendeu?

Em relação à sua filha, falou do desejo de ter exercido a função de pai, impedido pela falta de condições financeiras e pelo fato de a atual companheira não permitir que ele mantenha contato: “Eu tenho uma raiva disso sabe por quê? A menina deve tá precisando de alguma coisa, alguma orientação familiar. Se a menina não tem pai, pô!”. Essas relações fragilizadas se traduzem em diversos trechos das narrativas, em que Agnaldo fala da necessidade de alguém que o ajude, oriente-o, cui-

de dele e incentive-o. Uma de suas queixas em relação aos seus tratamentos de saúde é a seguinte:

Faltou pouco, aí eu quebrei o tratamento e fui na bebida... a coisa é ruim. Porque, quando a pessoa tem um pai e uma mãe, tem uma coisa melhor, se levanta... Eu mesmo quebrei o tratamento, eu quebro meus tratamento tudo, tudo quebrado.

Segundo Lins e Scarparo (2010), a pobreza das relações sociais é um fator de risco para a saúde. Estas autoras elencam uma série de funções primordiais da rede social para o usuário de substâncias psicoativas. A primeira delas seria a companhia social e sua implicação na reconstrução dos sentidos e transmissão cultural, na reciprocidade da relação e na quebra de papéis estereotipados. O apoio emocional e o suporte para a autoestima teriam o poder de contribuir para a manutenção da proximidade e o evitamento de comportamentos agressivos. O compartilhamento de informações pessoais e sociais contribuiriam com a reconstrução de papéis por meio da exploração de recursos de saúde e potencialidades. A regulação social seria mediada pelo estabelecimento de normas de convivência, responsabilidades mútuas e construção de relações solidárias. A ajuda material, ou física, possibilitaria a reorganização emocional e financeira. E, por último, a possibilidade de acessar novos contatos e redes sociais evitaria o isolamento e possibilitaria o compartilhamento de seus problemas.

Em sua trajetória, Agnaldo, muitas vezes, esteve em situação de vulnerabilidade devido à fragilização de algumas de suas relações sociais. Suas queixas em torno da ausência de suporte social parecem coadunar-se com as funções acima referidas, visto que, nas suas relações familiares, ele se viu sempre nesse lugar estereotipado do “drogado”, do “louco”, do “violentado”: “Morava com a madrasta e meu pai, levava muita cacetada, muita porrada na cabeça”. Assim, Agnaldo iniciou o uso de substâncias psicoativas e sua vida laboral aos oito anos de idade, ficando, desde a separação de seus pais, como que fora de seu “lugar”, pulando de casa em casa, em casas que nunca foram dele, como ele descreve:

Aí foi que eu pensei em parar e achar uma coisa melhor; só achei só, não achei oportunidade, porta fechada pra mim, ia pra um lado, não achava nada, ia pro outro e nada. Só achei amizade ruim, só achei nego “vamos roubar”, é certo, tomar bebida, aí comecei a beber, véi, maconha nem se fala, véi.

Os lugares da violência

Em relação a esse contexto de fragilidade dos vínculos sociais e da forma como Agnaldo se coloca nas relações com as pessoas, é importante destacar o lugar da violência. Agnaldo repete essa palavra em diversos trechos de sua narrativa, com significados que vão desde a violência literal até aquela que expressa um modo de estar no mundo:

Eu gosto da violência, eu adoro a violência, porque, para mim, eu acho que fico mais forte... Quando nego toma a liberdade e cai para cima de mim, aí eu vou para a violência... Eu já apanhei muito para não aprender a roubar, meu pai me batia muito... Como eu digo hoje, pra mim, pra mim, só tá sendo só violência...

A trajetória de Agnaldo é atravessada por um contexto de violência, que se estende desde a relação com o pai, pessoa bastante significativa para ele, aos outros membros da família, à companheira, às relações nas instituições e nas ruas. Os principais tipos de violência que aparecem na trajetória de Agnaldo são a violência intrafamiliar e a violência estrutural, ambas refletindo-se nesse modo de estar no mundo que se reproduz em comportamentos de animosidade e dificuldade de formação de vínculos em vários espaços de circulação.

Melo, Caldas, Carvalho e Lima (2005) referem-se à violência na família como tendo sua origem em dois grandes grupos de fatores, um deles seriam os fatores intrafamiliares e o outro seriam os fatores sociais. Os fatores intrafamiliares estariam relacionados aos relacionamentos familiares como um todo, com destaque para o uso

da autoridade dos pais. Entre os fatores sociais, estariam fenômenos comuns da sociedade contemporânea, como o uso de álcool e outras drogas. Em relação à violência estrutural, Minayo (1994) a conceitua como aquela que se origina tanto das estruturas organizadas e institucionalizadas da família como também dos sistemas econômicos, culturais e políticos de forma a oprimir grupos, classes, nações e indivíduos. Tal violência se concretiza na negação de determinadas conquistas sociais, tornando tais grupos ou indivíduos mais vulneráveis ao sofrimento e à morte.

Como os relacionamentos entre indivíduo e sociedade, e entre os próprios indivíduos, não são estáticos e sim dialéticos, as relações de amor e ódio de Agnaldo com a companheira, ou a possibilidade de novas vinculações no CAPS AD, demonstram que as possibilidades de vivência dessa forma de estar no mundo podem ganhar diferentes matizes a depender das interações que se conformam em um determinado contexto.

Assim, é importante destacar que Agnaldo sempre conseguiu sobreviver com essa forma de estar no mundo e nesse estado de vulnerabilidade, fazendo vinculações temporárias com um ou outro membro da família, ou com instituições sociais ou de saúde. Nesses espaços, ele pôde encontrar, mesmo que de forma irregular, espaço de acolhimento, suporte em suas questões mais básicas de sobrevivência, colegas de convívio e profissionais que puderam reconstruir com ele sua trajetória.

Usos, abusos, modos de estar no mundo.

Outra forma de Agnaldo lidar com essa realidade foi o uso de substâncias psicoativas. Em alguns trechos de sua narrativa, ele situa as substâncias inicialmente como uma experimentação da infância/adolescência:

Meu pai tinha um bar, aí eu via ele tomando o aperitivo dele, pedia pra moça. Aí eu peguei, fiquei observando, você sabe que menino, quando vê as coisas, quer aprender mesmo. Comecei a tomar uma meio-dia, aí depois comecei com o menino da barraca, eu comecei a tomar uma pra dor-

mir e tal, fiquei viciado, aí depois quando eu cheguei na rua foi que eu multipliquei, aumentei.

Posteriormente, passa a usá-las como forma de aliviar o frio, quando estava em situação de rua, ou como modo de lidar com o sofrimento gerado por desentendimentos com pessoas de seu convívio. Também para tomar coragem para fazer algo, ou como uma maneira de se sentir mais forte: “É a bebida, é a bebida que me traz uma vontade, que ela [a companheira] diz que me acha bem bebendo, me acha bem, não, me acha mais forte”.

Porém, apesar dessas funções, ele demonstrou desejo em diminuir sempre mais e mais o uso, pois julga interferir no seu trabalho e o tornar mais vulnerável: “No meu tratamento independente, dependendo do álcool, eu quero deixar, porque eu estou em busca de trabalhar igual a um camelo. Só beber álcool, de ano em ano e olhe lá se der a vontade ainda”.

As substâncias podem, temporariamente, aplacar o sofrimento, pondo em suspenso uma existência fragmentada através de uma pontual explosão de prazer. No instante do uso, é possível obter um silêncio, um silêncio que cala o esfacelamento do sujeito (Moreira, 2009). Ao abordar a questão da morte e do prazer no fenômeno das dependências, Loureiro e Vianna (2006) referem-se à morte (uso mortífero) enquanto sedação do mal-estar de viver, um ato de anestesia de si mesmo diante de um modo de viver desprovido de sentido. Assim, podemos analisar que o uso de substâncias de Agnaldo começa pelas vias da vulnerabilidade social, caminha pelas vias do prazer e do entorpecimento das dores cotidianas, desaguando na consciência de que a diminuição e o uso controlado podem lhe conferir uma estabilidade necessária para a reorganização da vida.

Caminhos em busca do cuidado

Em relação ao seu itinerário terapêutico, Agnaldo iniciou a sua trajetória pelos serviços ao ser acolhido em um albergue quando ficou em situação de rua, serviço

este que acabou sendo de grande referência em sua trajetória. Com a chegada ao albergue, ele começou a receber encaminhamentos para os centros de recuperação e, mais tarde, para o CAPS AD. Em suas narrativas, Agnaldo referiu-se também à passagem por alguns centros de saúde e hospitais. A esses serviços, ele chegou por demanda espontânea, encaminhamento do albergue e do CAPS AD.

O seu itinerário terapêutico foi sempre marcado pela busca por lidar com duas questões principais: a vulnerabilidade social e o uso problemático de substâncias psicoativas. Em muitos momentos de sua narrativa, torna-se impreciso como e quando ele chegou a determinados serviços, ficando mais claro o sentido que ele atribuiu a cada um desses espaços, de acordo com a lembrança de suas vivências e necessidades. Como caracteriza Alves e Souza (1999), o itinerário terapêutico compõe-se das ações em busca de soluções para o adoecimento, mas também pelo discurso sobre essas ações, sendo então sempre uma tentativa de remontar o passado.

Nessa tentativa de remontar junto com ele essa trajetória, buscamos compreender como a rede de serviços tentou se articular para dar conta das demandas de Agnaldo, como ele aderiu, ou não, a certo serviço e como ele “provocou” essa rede de serviços em torno de seu modo de estar no mundo. Mângia e Muramoto (2008) chamam a atenção para o fato de que o conhecimento do itinerário terapêutico dos usuários é essencial para a compreensão de como suas escolhas ocorrem, possibilitando que as experiências dos sujeitos se tornem parte das estratégias de cuidado.

Nos serviços de saúde da Atenção Básica, ele foi à busca de tratamento da tuberculose e vacinação, contudo, esse nível de atenção não se constituiu como uma das principais referências para Agnaldo. Mesmo com orientações do Ministério da Saúde (Brasil, 2003) de que a Atenção Básica deve articular as ações de saúde mental no território, as práticas de saúde mental não têm se concretizado no cotidiano dos serviços nesse primeiro nível de atenção conforme é promulgado (Neves, Lucchese & Munari, 2010; Rosa & Labate, 2003).

Nunes, Jucá e Valentim (2007) acrescentam ainda que, no âmbito das práticas, as unidades de saúde da família não têm conseguido englobar as ações de saúde mental em seu trabalho de cuidado no território com foco na saúde das famílias. Como pode ser observado a partir do contato que Agnaldo teve com as unidades de Atenção Básica, mesmo com o acolhimento e a realização de determinados procedimentos centralizados na condição de adoecimento do usuário, o estabelecimento de vínculos mais estreitos, a escuta qualificada, a ação continuada e a corresponsabilização no cuidado, numa perspectiva da integralidade, foram dimensões pouco valorizadas no tratamento oferecido a Agnaldo nesses serviços.

Em um pronto-atendimento (PA), ele procurou atendimento para desintoxicação. Nos hospitais, ele foi em busca de cirurgia por conta de fratura no fêmur e de uma hérnia. Ao Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), que hoje é o Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP), Agnaldo foi por estar preocupado com o fato de ser morador de rua e por suspeitar que tivesse doenças sexualmente transmissíveis. Todos esses serviços fazem parte do SUS, sendo alguns municipais e outros estaduais.

No que diz respeito aos serviços do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), Agnaldo recebeu apoio da SETAD e foi abrigado em dois albergues diferentes do município, uma casa de passagem e em casa alugada pela Secretaria. Também foi encaminhado por uma assistente social para fazer curso profissionalizante nas obras assistenciais prestadas pela Ordem Terceira de São Francisco na Igreja de São Francisco. Ao considerar o acesso que Agnaldo teve a serviços para além do setor saúde, consideramos, como destaca Oliveira, Andrade e Goya (2014), que não basta o oferecimento de ações ligadas apenas ao setor saúde, mas se deve dispor de uma rede ampliada que possibilite uma maior oferta de ações ao sujeito em sofrimento psíquico, promovendo, dessa forma, a reinserção social e o resgate de sua autonomia. Olschowsky (2001), ressaltando que a prática de cuidado deve acontecer em diferentes espaços, acrescenta que o fazer em saúde exige que se considere a subjetividade e a singularidade da pessoa e que a inclusão, a cidadania

nia, a autonomia e solidariedade coexistam como princípios orientadores nas ações de cuidado na perspectiva da integralidade.

Observando os modelos de tratamento oferecidos para Agnaldo em relação ao uso de substâncias psicoativas, foi possível perceber que a rede SUAS, que o atendeu primordialmente, recorreu por algum tempo às comunidades terapêuticas (centros de recuperação) como única alternativa de tratamento existente. Agnaldo passou por três comunidades terapêuticas, o Centro de Recuperação Esperança durante dois meses, o Centro de Recuperação Salvação durante quatro meses, e o Centro de Recuperação Luz durante nove meses, conforme pode ser observado no Ecomapa (Figura 1).

Nesses centros, ele desenvolvia os mesmos tipos de atividades: práticas laborais rurais e de construção civil. O conforto era pobre, com má alimentação e rotinas rígidas de cuidado do ambiente doméstico. Todos os centros eram religiosos e realizavam diversos cultos durante o dia, dos quais os internos eram obrigados a participar. Havia rigidez também quanto ao uso de substâncias e à execução das atividades, não sendo permitida a saída da instituição, a menos que fosse para abandonar o tratamento. Agnaldo trouxe como marca diferencial de um deles, o Luz, a sua vinculação positiva com o pastor que chefiava a instituição. Não referiu diminuição do uso de substâncias após tratamento nessas instituições. Duas palavras principais podem ser usadas para designar sua passagem pelos centros: isolamento e aprendizado. O aprendizado sobre o valor do trabalho é o que se destaca enquanto valor positivo: “Aprendi o trabalho, aprendi o trabalho e também aprendi a gostar do trabalho que é do trabalho que vêm as coisas, entendeu?”. O isolamento aparece como estratégia de tratamento que não ajudou na redução do uso, ganhando uma conotação negativa: “Às vezes alguém na cadeia não ficava tão isolado como eu ficava lá”.

As narrativas de Agnaldo sobre o CAPS AD foram quase sempre positivas, colocando-o como um serviço onde encontrou uma família que lhe deu força para reduzir o uso de álcool, maconha, *crack* e fumo:

Como eu disse a você, sempre assim, as pessoas que eu conheci do CAPS aqui são assim as primeiras famílias, pô!... Então tem a ver com a saúde, que inclusive eu fumo maconha e bebo, né? Então é um tratamento que é sério.

Em relação ao CAPS AD, fez queixas no que se refere à falta de medicamentos e ao fato de não ter conseguido ainda uma casa no projeto Minha Casa Minha Vida. No CAPS AD, ele estava, no momento da pesquisa, na modalidade não intensiva de tratamento, já tendo passado pela intensiva e semi-intensiva, de acordo com dados do prontuário. Quando estava na modalidade intensiva, frequentava bastante os grupos e tinha atendimentos individuais semanais. Na modalidade não intensiva, só vai ao serviço para atendimento individual com técnico de referência, psiquiatra e médico clínico.

A grande oferta de tratamento para usuários de álcool e outras drogas em instituições totais em detrimento dos serviços territoriais, ainda hoje, mas principalmente no período em que o albergue encaminhou Agnaldo aos centros de recuperação (mais ou menos entre 2000 e 2005), coaduna com o pensamento de que a solução para os problemas destas pessoas seria a internação e o isolamento em locais fechados de tratamento. Práticas estas sustentadas pela ideia de que desta maneira seria possível protegê-las do uso, como também resguardar a sociedade de seus atos transgressivos e produtores de violência.

Goffman (1974), ao falar sobre as instituições totais, já chamava a atenção para o fato de que tais instituições dizem ter como objetivo a reabilitação dos sujeitos e um retorno de forma adequada à sociedade. Porém, raramente se alcança esse intento, mas sim mudanças que podem ser consideradas não favoráveis a esse retorno. O próprio internado coloca em questão o tratamento oferecido pela instituição, tendo dificuldade de enxergar como um tratamento médico. Para viver da melhor forma possível no ambiente da instituição, o internado tende a se permitir ser colocado no lugar que os profissionais lhe impõem. Essa “servidão moral auto-alienadora” tem como objetivo a manutenção de um tipo de relação que está presente na

tradição médica: “Os doentes mentais podem ser esmagados pelo peso de um ideal de serviço que torna a vida mais fácil para todos nós” (Goffman, 1974, p. 312).

A proposta, com a criação dos serviços territoriais, é a emancipação do sujeito, e não a sua cura. Uma desinstitucionalização das cenas de repetição, pautada na invenção de outros modos de se apresentar no mundo, modos singulares, a partir da criação de novas oportunidades de se colocar no espaço social. Uma reconstrução do papel desses sujeitos enquanto atores sociais, quebra de identidades estereotipadas e transformação da sua situação concreta de existência (Rotelli, 1985).

Dessa forma, o CAPS AD apareceu na trajetória de Agnaldo como a possibilidade de um novo tipo de abordagem para suas necessidades. O que se pode depreender das narrativas é que ele compreende essa diferença principalmente no que diz respeito a esse lugar de vinculação, onde ele pode retornar sempre que necessário, onde encontra pessoas da “família” que, de alguma forma, escutarão suas demandas, mesmo que não conseguindo dar conta de todas elas. O CAPS se caracterizou como um lugar que pôde lhe dar sustentação em seu percurso de diminuição do uso e possibilidade de construir uma imagem profissional enquanto pedreiro. O grande desafio desse serviço é ainda construir com Agnaldo um projeto de consolidação de sua autonomia e de construção de novos vínculos sociais.

Dentre os serviços supracitados, em relação a dois dos centros de recuperação, um albergue, um dos centros de saúde e um dos hospitais, Agnaldo trouxe queixas de atendimento inadequado ou não resolutivo, como maus-tratos, imposições, estigmatizações etc.:

A única vez que eu fui maltratado foi essa aí, que eu me senti mesmo na flor da pele, eu tava correndo atrás da minha saúde e aí nisso mesmo, não sabendo ele que eu estava pedindo um acolhimento diante de todas as coisas... ‘o senhor me leva prum canto que eu nem sei que porra é, pro lugar que o senhor tá me levando!’... Quem é Agnaldo? Se aprontar diz “aquele ali é maluco, aquele ali é jogado, aquele é viciado”.

Na maior parte dos serviços ele afirmou não ter tido problemas e ter tido suas demandas básicas atendidas. O pedido que nenhum serviço conseguiu atender foi o de ele ter sua casa própria via Projeto Minha Casa, Minha Vida. Ele repetiu diversas vezes que nem o CAPS e nem os serviços do SUAS puderam dar conta disso e que as pessoas do interior do estado são sempre mais beneficiadas que as de Salvador. Desafios como esse se colocam não só para o setor saúde, mas para as políticas públicas que se propõem a trabalhar na perspectiva da integralidade de identificar e oferecer ações a partir da necessidade dos próprios usuários:

Aí já conhece, sabe que a pessoa é precisado, tá entendendo? Necessita-do não de dinheiro, não de droga, não de nada, benefício... Estou conver-sando a minha necessidade, não é a necessidade sua, da Luana, é a mi-nha... Para mim só tem uma solução melhor depois que eu tiver um benefí-cio, como essa casa mesmo do Minha Casa Minha... Com essa oportuni-dade, eu podia ter a oportunidade de ser, de sair das drogas, porque eu vou ter uma hora de sair, vou ter uma hora de chegar, vou ter uma hora de ir pra igreja, vou ter uma hora de ir pra qualquer lugar... Estou dando uma casa, uma vida!

Essa questão de um lugar, uma casa, um canto que possa ser seu, aparece com bastante ênfase em diferentes momentos das narrativas de Agnaldo. Esse “lu-gar” que ele tanto reivindica nos faz pensar não apenas no lugar físico, mas no emo-cional, no suporte social, nas relações familiares não vividas na infância, no desejo de, a partir dessa “casa”, que é também “minha vida”, poder construir uma vida di-ferente, com vinculações de sustentação, mas também com autonomia, liberdade.

Sobre a noção de cuidado na perspectiva da integralidade, é possível perceber que, na trajetória de Agnaldo, ele obteve diferentes modos de cuidado e níveis di-versos de abrangência de sua totalidade enquanto sujeito, a depender do serviço onde foi atendido. De acordo com Paim e Vieira-da-Silva (2010), a integralidade pode ser contemplada a partir de quatro perspectivas: (a) integração das ações que compõem os três níveis de atenção (primária, secundária e terciária) e a garantia da

continuidade da atenção em todos os níveis do sistema; (b) atuação profissional que contemple o sujeito enquanto biopsicossocial; (c) a integração das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação; e (d) a articulação de políticas públicas por meio de ações intersetoriais de modo a incidir sobre os determinantes do adoecimento.

No caso de Agnaldo, vemos que as ações no nível primário da atenção foram quase inexistentes, estando a atenção prioritariamente concentrada nos níveis secundário e terciário. As atuações em termos de abrangência biopsicossocial não aparecem no que diz respeito a outros serviços que não o CAPS AD, sendo o único sobre o qual ele narra ter recebido atenção direta para diversas áreas, com concentração na área psicológica e biológica, mas também no campo das relações sociais. A continuidade da atenção também se apresentou fragilizada no sentido de que os serviços funcionaram na lógica do encaminhamento, em que cada um prestou o seu serviço e não se preocupou com a continuidade do tratamento ou da atenção prestada. Em relação à articulação das políticas públicas, ocorreu algo parecido, de forma positiva há uma tentativa de que outros serviços, inclusive de outros sistemas (SUS, SUAS, rede informal) possam colaborar na atenção, mas a intersectorialidade não se configura numa verdadeira rede, visto que os serviços não mantêm uma comunicação constante entre si.

No que diz respeito ao trabalho, este tem um lugar fundamental na história de Agnaldo. Ele começou a trabalhar muito cedo como vendedor de picolé (oito anos), abandonou a escola no primário. Trabalhou também com reciclagem. O primeiro trabalho com carteira assinada foi como auxiliar de serviços gerais e, mais tarde, começou o trabalho na construção civil. Falou bastante do trabalho como uma forma de adquirir sua autonomia, principalmente sua casa própria. Demonstrou ter bastante orgulho da imagem que construiu enquanto pedreiro:

"Pô, o cara trabalha muito, gosta de trabalhar mesmo, vou chamar ele para trabalhar"... O que eu quiser fazer aqui nessa cidade eu tenho alguém que indique, sou conhecido no meu trabalho, na rua. Mais no trabalho do que em outros lugares.

O trabalho lhe serve de sustentação para a própria subjetividade: “Quando eu trabalho, também me sinto mais forte, minha autoestima”. Falou do trabalho também como um lugar às vezes opressor ou difícil, de muito esforço físico repetitivo, sendo constantemente vigiado por um encarregado.

Wanderley (2001), ao tratar do tema da exclusão social, ressalta que a inserção privilegiada na sociedade moderna é a integração pelo trabalho. Saraceno (2001), ao conceituar reabilitação psicossocial como um processo de reconstrução do exercício pleno da cidadania, destaca que essa reconstrução deve devolver ao sujeito o poder de contratualidade no que ele considera os três grandes cenários sociais: habitat, rede social e trabalho com valor social. O trabalho apareceu, também para Agnaldo, como pilar central de sua reinserção social, devolvendo a ele a dignidade, a possibilidade de construir um novo projeto de vida e de alcançar uma reconstrução nos outros dois pontos da tríade: o habitat e a rede social.

Considerações Finais

De Certeau (2014), ao falar sobre as “maneiras de fazer” das práticas cotidianas, classifica parte delas como táticas, ou seja, modos de tirar proveito, jogar com os acontecimentos, construir “ocasiões”, captar movimentos e tirar partido das forças que surgem como forma de subversão do poder que lhe oprime. Em sua trajetória, Agnaldo foi um usuário das táticas de modo a atravessar as dificuldades, encontrar novas vias para lidar com os obstáculos, não perdendo a oportunidade, saltando de serviço em serviço, serpenteando entre os riscos das ruas, os quartos de albergue, as casas dos familiares, a casa da companheira. Sempre na espreita de uma forma nova de resolver ali sua necessidade, de dar conta de sua demanda, ações que vão se somando como um novo grão que forma a estrada, para chegar a uma nova etapa de sua história, uma nova volta da espiral que ele constrói em seu ritmo singular, rumo a novas inscrições no corpo social.

Ao refletirmos sobre o cuidado prestado, torna-se necessário tecer articulações entre a clínica, a política e as experiências desses sujeitos em sofrimento. Portanto, por mais que se deva considerar algumas vinculações (com o CAPS AD, por exemplo) como pontos de virada em determinadas trajetórias, pensar a integralidade do cuidado deve ir além de uma análise das ações da rede social e de saúde, ou da ação específica dos profissionais nos serviços, ou até mesmo das políticas formuladas para dar conta das questões desses sujeitos. É preciso se aproximar e compreender a caminhada desses sujeitos, ressaltando também sua construção desse processo. No caso de Agnaldo, pudemos perceber que o desfecho de sua história até o momento em que a acompanhamos é formado por uma combinação de ações dos diversos serviços por onde passou, em interação com seu ambiente social, e atravessada pelos vínculos que ele pôde construir pelo caminho. Tudo isso costurado pela linha de sua forma de estar no mundo, de suas possibilidades de construção em interação com estes diversos fatores, de sua potência que é preciso conhecer e intensificar.

Neste sentido, é preciso uma constante reflexão sobre as ações desenvolvidas na atenção aos usuários de substâncias psicoativas no que diz respeito à integralidade do cuidado e ao fortalecimento das potencialidades desses sujeitos. Por meio dos modos de construção e concretização dos projetos terapêuticos singulares, valorizando as trajetórias e as experiências destes sujeitos, novas formas de ofertar o cuidado podem ser formuladas e investidas de maior potência e efetividade.

Tô na rua pra sofrer uma liberdade até morrer. Liberdade, mas existe liberdade sem coragem? Então eu tenho coragem pra tudo, eu tenho coragem pra viver mais ainda, não existe liberdade sem coragem, existe?

Referências

- Alves, P. C. B. & Souza, I. M. A. (1999). Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In M. C. M. Rabelo, P. C. B. Alves, I. M. A. Souza, (Eds.), *Experiência de doença e narrativa* (pp. 125-138) Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amorim, A. K. & Dimenstein, M. (2009). Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 195-204.
- Brasil (1990). *Lei Federal 8.080, de 19 de dezembro de 1990*. Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde. Brasília: Presidência da República.
- Brasil. (2003). Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bibeau, G. & Ellen, E. C. (1995) From Submission to Text to Interpretive Violence. In G. Bibeau & E. Corin (Eds.), *Beyond Textuality. Ascetism and Violence in Anthropological Interpretation. Approaches to Semiotics Series*. Berlin: Mouton de Gruyter[u1] .
- Camargo Jr., K. R. (2007). Um Ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Eds.), *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp. 37-45). Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO.
- De Certeau, M. (2014) *A invenção do cotidiano* (21ª ed.). Artes de Fazer. Petrópolis: Vozes.
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Hespanha, S., Portugal, S., Nogueira, C., Pereira, J. M. & Hespanha, M. J. (2012). *Doença mental, instituições e famílias*. Coimbra: Almedina, CES, 2012.
- Iniguez, L. (Ed.) (2004). *Manual de análise do discurso em Ciências Sociais*. Petrópolis, Editora Vozes.

- Lins, M. R. S. W. & Scarparo, H. B. K. (2010). Drogadição na contemporaneidade: Pessoas, famílias e serviços tecendo redes de complexidade. *Psicologia e Argumento*, 28(62), 261-271.
- Loureiro, C. S. & Vianna, F. C. (2006). Sobre a Experiência de Morte no Fenômeno das Dependências. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Eds.), *Panorama Atual de Drogas e Dependências* (pp. 26-30). São Paulo: Editora Atheneu.
- Lucas, R. (2004). In and Out of Culture: Ethnographic Means to Interpreting Schizophrenia. In J. H. Jenkins, R. J. Barrett (Eds.) *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience* (pp. 146-164). Cambridge University Press.
- Mângia, E. F. & Muramoto, M. T. (2008). Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 19(3), 76-182.
- Melo, Z. M., Caldas, M. T., Carvalho, M. M. C. & Lima, A. T. (2005). Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade do Recife. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 201-208.
- Minayo, M.C. S. (2007). *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO
- Minayo, M. C. S. (1994). Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *CADERNOS de Saúde Pública*, 10(Suppl. 1), S7-S18.
- Moreira, E. C. (2009). Uso do Crack nas Metrôpoles Modernas: Observações preliminares sobre o fenômeno em Salvador. In A. Nery, A. et al. (Eds.), *Toxicomanias: Incidências Clínicas e Sócioantropológicas* (pp. 113-121.). Salvador: EDUFBA.
- Neves, H. G., Lucchese, R. & Munari, D. B. (2010). Saúde Mental na atenção primária: necessária constituição de competências. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(4), 666-670.
- Nunes, M. O., Jucá, V. J. & Valentim, C. P. B. (2007). Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os prin-

cípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Caderno de Saúde Pública*, 23(10), 2375-2384.

Nunes, M. O. et al. (2013). *Integralidade, reinserção social e autonomia como operadores de desinstitucionalização para pessoas com sofrimento psíquico e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas pertencentes a grupos vulneráveis*. Projeto de pesquisa multicêntrica concorrendo ao Edital FAPESB/SESAB 020/2013 – Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS/BA).

Oliveira, R. F., Andrade, L. O. M. & Goya, N. (2012). Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 3069-3078.

Olschowsky, A. (2001). *O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise da pós-graduação “Lato Sensu”*. (Tese de doutoramento, não publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo

Paim, J. S. & Vieira-Da-Silva, L. M. (2010). Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS, Boletim do Instituto de Saúde*, 12(2), 109-114.

Pinheiro, R. (2011). Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança no direito. In R. Pinheiro & P. H. Martins (Eds.), *Usuários, redes, mediações e integralidade em saúde*. (pp. 51-66). Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS: ABRASCO.

Rosa, W. A. G. & Labate, R. C. (2005). Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 1027-1034.

Rotelli, F. (1990). A instituição inventada. In F. Nicácio (Ed.), *Desinstitucionalização* (pp. 89-100). São Paulo: Hucitec.

Saraceno, B. (2001). Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In A.Pitta (Ed.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (pp. 13-18). São Paulo: Editora Hucitec.

Wanderley, M. B. (2001). Refletindo sobre a noção de exclusão. In B. Sawaia (Ed.), *As Artimanhas da Exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 2ª Ed. Petrópolis/R.J.: Ed. Vozes.

Rotelli, F. (1990). A instituição inventada. In F. Nicácio (Ed.), *Desinstitucionalização* (pp. 89-100). São Paulo: Hucitec.

Saraceno, B. (2001). Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In A.Pitta (Ed.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (pp. 13-18). São Paulo: Editora Hucitec.

Wanderley, M. B. (2001). Refletindo sobre a noção de exclusão. In B. Sawaia (Ed.), *As Artimanhas da Exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 2ª Ed. Petrópolis/R.J.: Ed. Vozes.

3 Desafios para a construção de uma rede intersetorial no atendimento a usuários de álcool e outras drogas no DF^(*)

Glacy Daiane B. Calassa
Maria Aparecida Penso

Este texto tem por objetivo discutir os desafios para a construção de uma rede intersetorial no atendimento a usuários de álcool e outras drogas no Distrito Federal, baseando-se em pesquisa qualitativa realizada com profissionais que integram os Centros de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD II).

Ações intersetoriais são fundamentais para a efetividade do trabalho dentro da atual política de álcool e outras drogas. As atuais políticas e legislações brasileiras na área da saúde trazem como princípio a responsabilidade compartilhada e a cooperação mútua entre todos os atores envolvidos, buscando abarcar o território de forma ampla. Para que essas ações se efetivem, dispositivos importantes como a clínica ampliada, equipe de referência e rede intersetorial devem estar funcionando.

O conceito de clínica ampliada deve ser entendido como uma das diretrizes impostas pelos princípios do SUS. Ampliar a clínica implica ampliar o conceito de saúde, doença e tratamento; aumentar o grau de autonomia dos sujeitos; primar pelos direitos dos usuários e realizar a avaliação diagnóstica, considerando o saber interdisciplinar e a história de vida de cada sujeito e comunidade (Ministério da Saúde, 2007).

(*) Cuidados éticos: A pesquisa aqui apresentada foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Brasília, com o número de CAAE 31055714.7.0000.0029 e o número do Parecer 692.949 e pelo Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/FEPECS no dia 08 de setembro de 2014, com o número de CAAE 31055714.7.3001.5553 e o número do Parecer 782.366.

Tomando-se por base essa perspectiva, nenhum sujeito será reduzido à sua patologia, ao contrário, será visto de acordo com sua história, seus arranjos subjetivos, seus sintomas e vias de superação, seu território e cotidiano, e as dificuldades concretas acarretadas por sua peculiar condição na existência (Couto & Delgado, 2010). Apesar de considerar a complexidade do movimento de ampliação e de reformulação da clínica, é importante reconhecer que realizá-lo dependerá de reforma cultural e do fomento a um ambiente de trabalho aberto à interdisciplinaridade (Campos & Amaral, 2007).

Trabalhar com essa visão interdisciplinar implica na adesão a um paradigma que vê processo saúde/doença/intervenção de modo complexo, holístico e dinâmico (Campos & Domitti, 2007). Tal fato nem sempre é fácil de conseguir, em virtude da hiperespecialização, em que os saberes estão cada vez mais fragmentados, fazendo com que os profissionais tenham dificuldade em compreender e intervir em problemas complexos, polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais e globais, o que acaba prejudicando as possibilidades de compreensão e de reflexão e diminuindo as oportunidades de visão em longo prazo (Morin, 2003).

A proposta da clínica ampliada prevê alguns dispositivos que buscam integrar os saberes para uma intervenção mais efetiva, entre eles o Projeto Terapêutico Singular e a Equipe de Referência (Cunha, 2009).

A equipe de referência é, ao mesmo tempo, dispositivo organizacional e metodologia para a gestão do trabalho em saúde que tem por objetivo aumentar as alternativas de realização de clínica ampliada e de diálogo entre as diversas especialidades e profissões (Campos & Domitti, 2007). Nessa proposta, ocorre a ruptura com o modelo médico centrado nos aspectos biológicos e o trabalho passa a ser planejado de forma interdisciplinar. A equipe passa a modificar as terapêuticas conforme a condução do caso e dos resultados obtidos. O critério de avaliação passa a ser a intervenção, considerando se está sendo benéfica ou danosa ao usuário (Silva & Fonseca, 2005). Trabalhar dessa forma significa compreender que nenhuma especialidade, de modo isolado, poderá oferecer abordagem integral ao paciente. Esta metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde,

assim como investir na construção da autonomia dos usuários. Sua utilização como instrumento concreto e cotidiano pressupõe mudança do modo como se estruturam e funcionam serviços e sistemas de saúde (Campos & Domitti, 2007).

A proposta de um CAPS AD II, que envolve um trabalho complexo, pressupõe a implantação da clínica ampliada e a existência de equipes de referência, criando arranjos que facilitem a aproximação singularizada entre profissionais, pacientes e seu território de vida. Por isso, a equipe de referência baseia seu funcionamento na formação de vínculo entre usuários e profissionais e na construção conjunta do tratamento.

O Projeto Terapêutico Singular tenta introduzir o princípio de coparticipação, corresponsabilização e de cogestão do processo terapêutico, seja um sujeito individual ou coletivo (Brasil, 2007a; Oliveira, 2007). Esse é um dos principais instrumentos de trabalho interdisciplinar dos CAPS, pois possibilita o trabalho colaborativo entre equipe, paciente e família. Além do mais, permite também o desenvolvimento da autonomia e do empoderamento do usuário e sua família (Carvalho et al., 2012).

Esse instrumento deve ser construído considerando-se os aspectos sociais, culturais, históricos, econômicos, familiares e territoriais do indivíduo. Ele não pode ser construído por um único profissional, de forma arbitrária e prescritiva, ao contrário, deve ocorrer por meio da colaboração e diálogo entre os profissionais de referência, o paciente e sua família. O Projeto Terapêutico Singular exige da equipe uma postura aberta à escuta, ao diálogo e à negociação, e com menor possibilidade de certezas e imposições (Oliveira, 2007). Assim, de acordo com essa perspectiva, o Projeto Terapêutico Singular contempla a visão de clínica ampliada e de equipe de referência.

De acordo com a atual política sobre álcool e drogas do Ministério da Saúde (Brasil, 2009) é preciso trabalhar na lógica da interdisciplinaridade, da proposta do projeto terapêutico singular e da equipe de referência. Nesta perspectiva, a equipe de referência busca atingir objetivos comuns e é responsável pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que operando com diversos modos de intervenção (Campos & Domitti, 2007).

Além da interdisciplinaridade, outro grande desafio que se coloca para as equipes de referência é o trabalho intersetorial, pois algumas das respostas necessárias para o enfrentamento dos problemas presentes na comunidade estão nas diversas redes de proteção formais e informais, existentes nas comunidades, e a integração entre elas (Milanese, 2012; Sanicola, 2008; Sluzki, 1997). Percebe-se, dessa forma, que não há como lidar com um problema complexo como as drogas sem que seja de forma intersetorial, em rede e com olhar sistêmico.

As redes interssetoriais são relações complexas que exigem a coexistência de planos coletivos e individuais, internos e externos, rigorosamente éticos e espontâneos (Miranda & Onocko-Campos, 2010). Essas redes se sobressaem pelo seu grande potencial de mobilização e sua capacidade de transformar as comunidades, tendo alto impacto em diversos aspectos da vida das pessoas, pois criam sistemas de proteção e de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, assim como seus familiares, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dessas populações (Milanese, 2012).

Para trabalhar na perspectiva intersetorial e em rede, é necessário elaborar estratégias que perpassem os vários setores sociais, tanto do campo da saúde, quanto das políticas públicas e da sociedade. Ou seja, os serviços do CAPS não devem fechar-se em si mesmos, reproduzindo a lógica manicomial. Contudo, o trabalho de transitar entre a construção coletiva do tratamento e a relação íntima e espontânea com os pacientes em seu meio social consiste em tarefa delicada e árdua (Miranda & Onocko-Campos, 2010).

Essa visão compactua com um importante legado do SUS, que foi a ampliação da concepção de saúde, pela qual o processo saúde-doença passou a ser compreendido como produto e produtor de uma complexa rede, produção social composta de múltiplos fatores (Brasil, 2009). A Constituição Cidadã, no art. 196, também afirma que saúde é direito de todos e dever do Estado e estabeleceu ainda um amplo conceito de saúde, afirmando que esta é produção social, resultado de complexas redes que envolvem elementos biológicos, subjetivos, sociais, econômicos, ambientais e culturais (Brasil, 1988). Esse preceito constitucional lançou o desafio

de mudar a cultura existente no país, predominantemente setorial, para atuar de forma interdisciplinar e intersetorial.

Oficialmente passou-se a reconhecer que as fronteiras significativas do indivíduo ultrapassam seu próprio corpo e sua família, e se estendem para uma gama de relações que o sujeito estabelece em sua vida. Essa rede, que foi tecida por vários sujeitos, em diferentes momentos, pode promover saúde, bem-estar e qualidade de vida, ou, ao contrário, doença e mal-estar, dependendo de sua extensão, estrutura e capacidade de adaptação (Sluzki, 1997).

Outros autores também vão discutir sobre a articulação em redes. Sanicola (2008) apresenta importantes reflexões teóricas e metodológicas sobre diagnóstico, intervenção e avaliação em rede. A autora trabalha com o conceito de risco de vulnerabilidade vivenciada pelas pessoas e acredita que esse risco pode ser reduzido na medida em que consegue ampliar, em quantidade e qualidade, as redes disponíveis. O método desenvolvido postula que as redes primárias devem estabelecer relação de autonomia com as redes secundárias, as quais devem prestar ajuda sem substituir as redes primárias, excluí-las ou dificultar seu protagonismo social.

Milanese (2012) em seu modelo de tratamento comunitário defende a existência de diversos tipos de redes: rede operativa, rede subjetiva comunitária, rede de recursos, rede de líderes. Para o autor, as redes são interconexões que existem entre duas ou mais entidades (podem ser pessoas, organizações, também objetos etc.). Na linguagem das redes, as entidades que constituem uma rede são chamadas “nós”.

Contudo, independente do autor com o qual se trabalhe, é importante destacar que a estruturação de redes constitui uma tarefa complexa e exige colocar em funcionamento diversas tecnologias que qualificam os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes. Dentro das linhas de cuidado do SUS está prescrito que é preciso garantir que cobertura em saúde e a comunicação entre os serviços se ampliem para que os processos de atenção e gestão fiquem mais eficientes, eficazes e que construam a integralidade da atenção. A integralidade significa diálogo entre os serviços, os usuários e os profissionais de saúde, para que os projetos tera-

pêuticos sejam realizados por meio da compreensão dos usuários e das necessidades por eles apresentadas. Trata-se de visão que compreende o usuário como protagonista e sujeito em sua totalidade. São esses processos de interação entre os serviços e destes com outros movimentos e políticas sociais que fazem com que as redes de atenção sejam produtoras de saúde num dado território (Brasil, 2009).

Por conseguinte, percebe-se que trabalhar em rede requer uma nova cultura, que se caracteriza por: socializar o poder, negociar, trabalhar com autonomies e flexibilizar. Comunicação e articulação são habilidades fundamentais no trabalho em rede. Ações intersetoriais retiram as instituições de seu isolamento e asseguram intervenção agregadora e inclusiva (Gonçalves & Guará, 2010).

A intervenção em rede pode retirar a cura daquilo que se considera patológico dentro do próprio tecido social do qual as pessoas fazem parte. Assim, descobre-se que o potencial e as habilidades das pessoas, quando oportunamente canalizados, podem gerar resultados positivos. Esse tipo de intervenção considera que as pessoas vivem relacionadas umas às outras dentro das redes. Um incidente crítico pode reforçar os laços já existentes ou alterar sua dinâmica natural. Cada membro, dentro desse contexto, pode definir as necessidades e gerar respostas adequadas às dificuldades que aparecem. Se isso não acontece, pode ser porque existem necessidades contraditórias dentro da própria rede, que podem ocorrer em razão da sobrecarga da rede, processos de deterioração nas relações entre pessoas ou ainda influências de fatores culturais, que se desenvolveram nas últimas décadas, com a disseminação da cultura de que o Estado que deve prover todas as necessidades dos indivíduos (Sanicola, 2008).

Sanicola (2008) afirma ainda que, apesar de muitas demandas que chegam ao serviço serem de ordem coletiva, são transformadas em uma questão individual e são tratadas dessa forma, com foco no indivíduo. Esse tipo de atuação gera a desresponsabilização do território e a dependência no usuário, tirando sua autonomia e inibindo atuações criativas dos profissionais. Assim deixa-se de olhar, explorar e intervir na rede, de criar laços e de investir na corresponsabilização. O trabalho em rede exige uma postura colaborativa e uma atuação conjunta. É no dia a dia do terri-

tório que o apoio mútuo, fraternidade, rejeição e o preconceito são construídos. Intervir no território significa modificar o lugar social do usuário de álcool e drogas (Amarante, 2013).

Método

A pesquisa aqui apresentada fundamentou-se numa proposta qualitativa, que se torna o método preferido quando se pretende analisar a realidade dinâmica e não linear, pois ela busca a compreensão profunda dos acontecimentos sociais, propiciando subsídios para mudanças e transformações na realidade social. Nesse tipo de pesquisa o pesquisador realiza um mergulho em profundidade no tema e objeto estudado (Demo, 2012; Goldenberg, 2007; Richardson, Peres, Wanderley, Correia & Peres, 2012)

Sujeitos: 19 profissionais entrevistados, sendo quatro médicos psiquiatras, quatro psicólogos, quatro assistentes sociais e sete técnicos de enfermagem.

Instrumentos: utilizou-se, para a coleta de dados, um roteiro de entrevista semiestruturada, contendo 26 questões abertas, que abordaram a forma de atendimento nos CAPS AD II e a visão dos profissionais sobre a Política de Álcool e outras drogas.

Procedimentos de coleta: Após a aprovação do projeto no Comitê de Ética da Universidade Católica de Brasília e no comitê da Escola Superior de Ciências da Saúde/FEPECS, apresentou-se a pesquisa aos gestores de cada um dos CAPS AD II, visando obter sua adesão à pesquisa. Em seguida, ocorreu a realização das entrevistas semiestruturadas com os profissionais de cada CAPS AD II. Em todos os CAPS AD II a entrevista foi realizada individualmente, em uma sala de consultório, que garantiu o sigilo das informações. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, por meio de aplicativo, em um *smartphone*.

Procedimento de análise dos dados: para auxiliar na organização e apresentação dos dados, utilizou-se o *software* IRAMUTEQ R, que tem sido usado com essa finalidade em diferentes trabalhos na área de ciências humanas (Camargo, Bousfield, Giacomozzi & Koelzer, 2014; Santos, 2014; Silva, 2014).

A interface do *software* é simples e de fácil utilização e também tem a vantagem de apresentar rigor estatístico, que permite aos pesquisadores utilizarem diferentes recursos técnicos de análise lexical (Camargo & Justo, 2013b). Essa pesquisa utilizou a categorização, o dendograma e as análises de similitudes geradas pelo *software* para que esses dados quantitativos auxiliassem na organização das categorias de análise, numa perspectiva qualitativa.

O conteúdo textual resultante das entrevistas ocorreu em virtude, principalmente, das seguintes análises do programa IRAMUTEQ:

- método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que obteve classes de segmentos de texto que apresentavam vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente dos segmentos de texto das outras classes. Por meio dessas análises, o *software* apresentou um dendograma da CHD, que nada mais é que uma representação da partição e uma indicação do tamanho das classes;
- análise de similitude, que pressupõe conectividade espontânea das palavras e observa a quantidade de conexões que um dado elemento mantém com outros elementos da representação. Dessa forma, essa análise possibilitou identificar as co-ocorrências entre as palavras, ou seja, os segmentos de texto em que ocorrem palavras conjuntamente e trouxe indicações da conectividade e proximidade entre as palavras.
- nuvem de palavras, que agrupou as diferentes palavras e as organizou graficamente em virtude da sua frequência. Apesar da nuvem de palavras ser uma análise lexical mais simples, é graficamente importante e interessante, pois facilita a leitura dos dados (Camargo & Justo, 2013a, 2013b).

Por meio de todas essas análises, foi possível trabalhar com as classes e palavras colocadas em evidências, buscando compreender o sentido das respostas dadas às entrevistas. Contudo, a tarefa mais árdua do pesquisador consistiu em ultra-

passar o sentido literal das classes e encontrar sentido na pesquisa, respondendo, assim, aos objetivos propostos.

Por meio do *software* IRAMUTEQ foi feita análise textual lexicográfica e multivariada, que permitiu identificar informações importantes contidas no corpus textual. Com base na Classificação Hierárquica Descendente, o *software* encontrou seis classes distintas, que de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2011) foram nomeadas como: 1- “Atividades em grupo”; classe 2 “De que tipo de rede se está falando?”; classe 3 “Redução de Danos - estratégias específicas ou visão de homem?”; classe 4 “Como os casos são discutidos?”; classe 5 “Equipe de referência - por que ainda não?” E classe 6 “Projeto Terapêutico Singular ou cronograma de atividades?”. No entanto, neste capítulo a discussão será exclusiva sobre a classe 2.

Resultados e Discussão

Conforme apontado anteriormente, neste artigo será discutida a classe que deu origem à categoria definida como: “Que tipo de rede se está falando”. Essa categoria permite identificar a articulação com a perspectiva da clínica ampliada, da inter-setorialidade e do trabalho em rede, tratados nesse capítulo.

Essa classe foi responsável por 10,8% dos segmentos de texto, sendo a classe que possui menor participação no corpus textual. A característica mais marcante dessa classe é que as oito primeiras palavras são referentes a pontos da rede e o principal verbo é “articular”, que pode ser visto na Figura 1. As quatro principais palavras que aparecem são: “saúde”, “conselho”, “social” e “tutelar”, conforme mostra a Figura 2, que revela a associação dessas palavras com cada uma das classes. Na Figura 2, percebe-se ainda que a palavra saúde é listada nas classes 2 e 3, o que significa que possui uma correlação χ^2 (qui quadrado) com valor superior a 2. Nas outras classes, como o valor do χ^2 é inferior a 2, elas não são listadas e sua correlação é apresentada de forma negativa, mostrando apenas a sua importância relativa para as outras classes (Lapalut, 1996).

Classe 2
10,8%

Forma	Qui2
saúde	152.66
conselho	107.42
social	101.70
tutelar	90.62
educação	82.26
assistência	82.26
justiça	74.32
centro	66.57
ministério	57.36
rede	56.24
articular	49.14
área	44.55
atenção	42.05
vicente	41.42
hospital	41.16
básico	34.42
pessoal	33.77
dito	33.10
programa	32.89
internação	31.57
instituição	29.35
acesso	29.35
público	28.41
rua	26.84
setor	25.27
região	24.92
creas	24.80

Figura 1. Quadro sobre o χ^2 (qui quadrado) das formas da classe

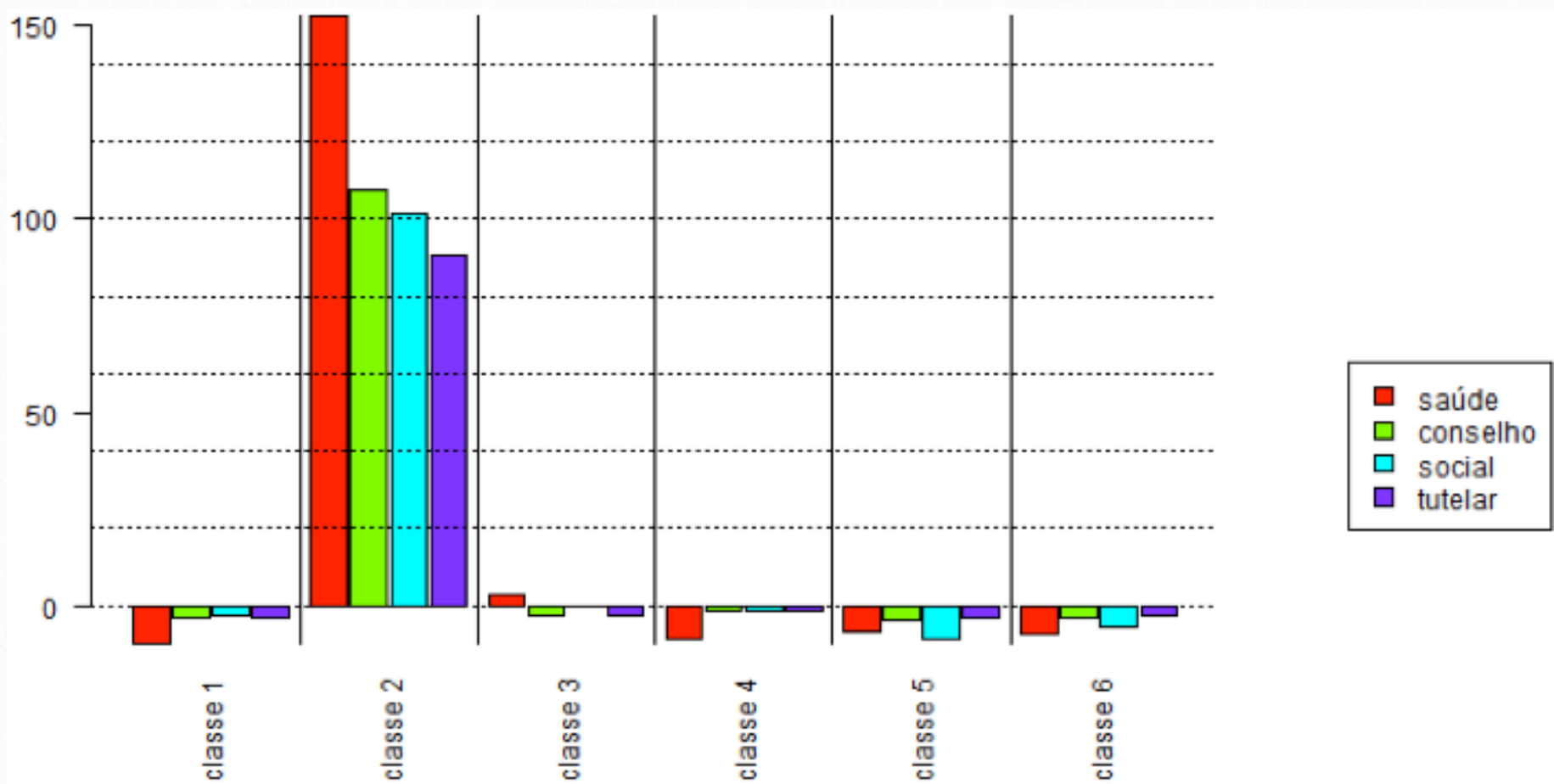


Figura 2. Gráfico das principais palavras da classe, que mostra a associação dessas palavras em todas as classes.

Sobre as palavras que aparecem na Figura 2, é importante destacar os sentidos de algumas delas. A palavra “saúde” aparece nos discursos dos profissionais relacionada a centros de saúde ou à rede de saúde. A palavra “conselho” e “tutelar” foram analisadas em conjunto, pois, quando o software investiga o perfil de segmentos repetidos, analisando os trechos das frases mais recorrentes em cada classe, ele apresenta essas palavras juntas, ou seja, como uma expressão. Já a palavra “social” vem muito associada à assistência social e seus benefícios.

Nos relatos a seguir, os profissionais afirmam que, apesar de todas as dificuldades, existe um movimento em direção à intersectorialidade.

(Sobre relações interinstitucionais) “Alguns profissionais específicos mesmo que começaram a fazer essas visitas, acho que poucas foram feitas, mais uma coisa bem inicial” (Profissional nº 13, comunicação pessoal, nov. 2014).

“Alguns órgãos específicos, alguma situação. A Justiça acaba sendo muito (parceira), porque ela encaminha muito para cá. Hoje temos muito a parceria da própria saúde (...) Ainda algumas áreas da educação, essas outras, nem sempre temos amarração. Encaminhamos dentro dos programas que já são estabelecidos (...) Essa comunicação, acho que é um pouco falha, isso é que dificulta. (...) as opções que temos fora, nem sempre eles também se identificam. Têm os alcoólicos anônimos, terapia comunitária, são essas coisas. Fora também é restrito. Não estamos tendo grupo de família. A opção que tem fora é tentar amor exigente, ALANON. Mas nem sempre eles se identificam com essa metodologia, que é bem específica” (Profissional nº 3, comunicação pessoal, nov. 2014).

O profissional nº 1 também deixa claro algumas das dificuldades em relação ao trabalho intersetorial ao falar sobre a relação do CAPS AD II com outros serviços:

“Acho que tem ainda muito preconceito, muito estigma de rotular o paciente. Acho que tinha que ter uma sensibilização maior em relação a isso. É uma barreira que enfrentamos” (Profissional nº 1, comunicação pessoal, nov. 2014).

Dessa forma, por meio do discurso dos participantes, compreende-se que o alto potencial mobilizador da rede e sua capacidade de transformação, como descrito por Milanese (2012), podem estar sendo desperdiçados e a Saúde Mental, principalmente no que se refere a tratamento de usuários de álcool e drogas, que continua setorial. Em vista disso, o CAPS AD II corre o risco de estar atuando de forma isolada, ou como disse Miranda e Onocko-Campos (2010) podem estar fechando-se em si mesmos, afastando-os da rede, ao invés de se aproximar e, dessa maneira, mesmo sendo serviço aberto, pode estar reproduzindo a lógica manicomial. Esse isolamento pode ainda fazer com que permaneça o isolamento e a estigmatização do usuário. Mojtabai e Crum (2013), preocupados com essa situação, ao fi-

nal de sua pesquisa com norte-americanos também sugeriram tratamentos menos estigmatizantes, como tratamentos prestados no seio da comunidade.

O Ministério da Saúde já reconheceu que a estruturação de redes consiste em uma tarefa complexa e exige colocar em funcionamento diversas tecnologias que qualificam os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes. Um ponto crucial é a garantia da cobertura em saúde e a comunicação entre os serviços para se construir a integralidade da atenção. A integralidade implica diálogo entre os serviços, os usuários e profissionais de saúde para que os projetos terapêuticos sejam realizados por meio da compreensão dos usuários e das necessidades por ele apresentadas. Trata-se de uma visão que compreende o usuário como protagonista e sujeito em sua totalidade. São esses processos de interação entre os serviços e destes com outros movimentos e políticas sociais que fazem com que as redes de atenção sejam produtoras de saúde num dado território (Brasil, 2009).

Apesar da dificuldade que os profissionais relataram para que a rede se fortaleça, esse tema já é discutido na área há muito tempo. A II Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu em 1992, já apontava para a necessidade de se construir uma rede de serviços, diversificada e qualificada, que deveria integrar-se às outras políticas sociais, como educação, cultura, esporte e lazer, seguridade social e habitação, tendo definido o seu alcance preventivo e intersetorial (Brasil, 1994). Tulloch, Boardman, Henderson e Knapp (2008) também ratificam essa visão quando afirmam que os serviços devem trabalhar intersetorialmente, incluindo cuidados de saúde, cuidado social, habitação e emprego.

Contudo, pelas falas dos participantes percebe-se o quanto é complexo essa rede se estabelecer na prática. Acredita-se que não basta orientação ou cartilhas elaboradas pelo Ministério da Saúde. Para que ela se efetive, necessita-se uma nova cultura, na qual o pensamento sistêmico esteja presente (Gonçalves & Guará, 2010).

Análise de similitude

Ao analisar a Figura 3, percebe-se que a palavra “saúde” ($\chi^2=152,66$) formou o ramo principal, que está no centro da árvore. Ao redor dela ainda tem a divisão de seis outras categorias. Pode-se destacar que a palavra “saúde” liga-se às expressões “conselho tutelar” e “assistência social”, “educação” e “justiça”.

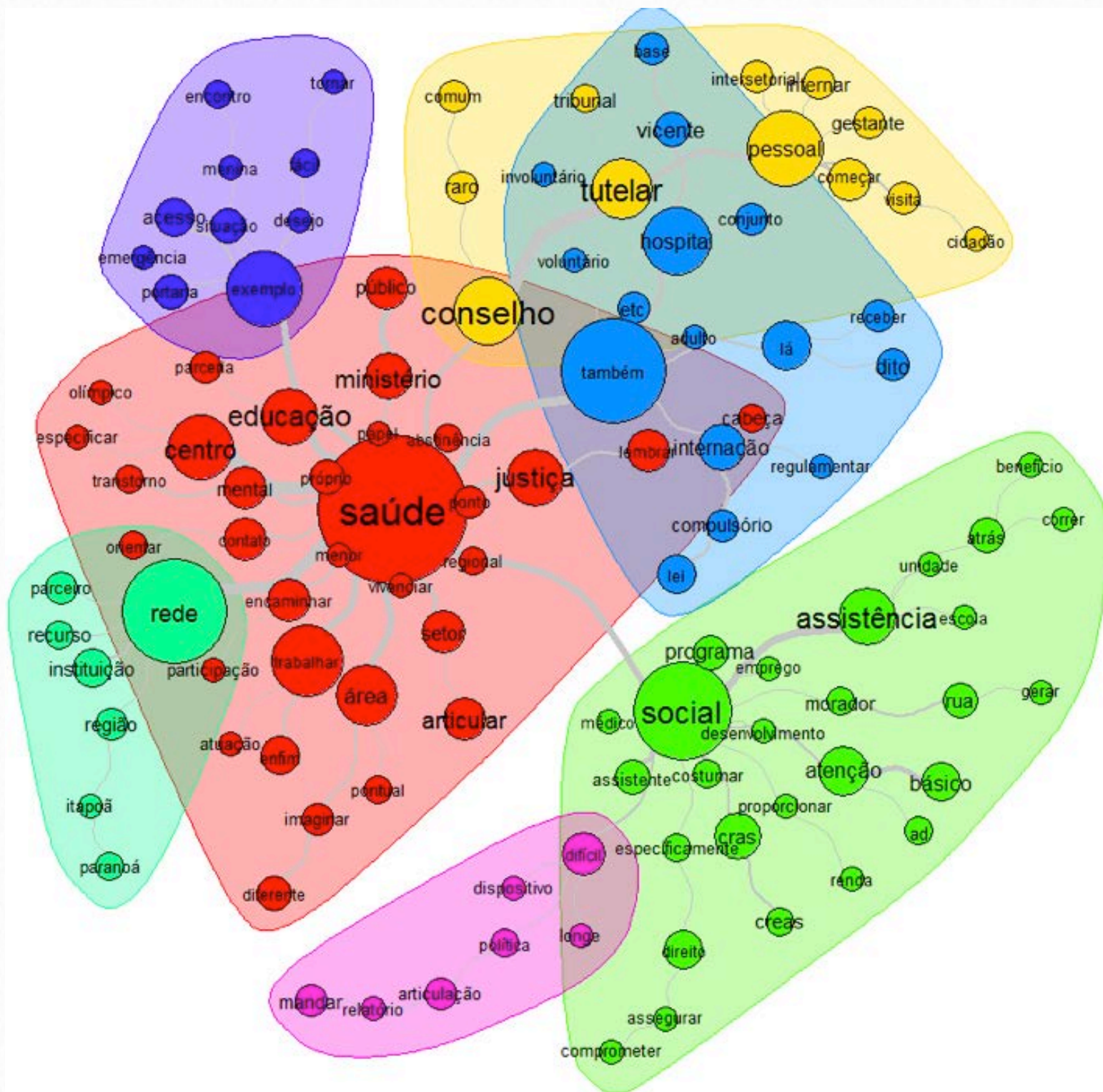


Figura 3. Gráfico de similitude da classe 2.

Trecho no qual consta a expressão “conselho tutelar”:

“Fazemos muito isso, é mais com o pessoal do conselho tutelar. Que os pais estão em uso (de álcool e outras drogas). Mas é o conselho tutelar que busca isso” (Profissional nº 1, comunicação pessoal, nov. 2014).

No trecho acima, a entrevistada afirma que o CAPS AD II acaba atuando muito com o Conselho Tutelar por determinação judicial, pois, nos casos em que os pais são usuários de álcool ou outras drogas, é comum a justiça determinar acompanhamento no CAPS AD II. Contudo, questiona-se se essa “parceria” pode ser chamada de rede intersetorial, visto que o papel dessa relação institucional é restrito e determinado pela justiça. Apesar dos avanços na atenção dos usuários de álcool e outras drogas na história brasileira, essa situação ainda nos retoma a fala de Pinho (2009) quando ela cita o período que antecedeu a Reforma Psiquiátrica, no qual a Medicina e o Direito dividiam a atenção aos usuários de drogas. Com esse olhar crítico, percebe-se, na fala da entrevistada, o papel da Lei nº 11.343/2006, pois os pais são encaminhados pela Justiça como uma forma de punição. Como afirmam Penso (2009) e Santoucy et al., (2010), ao usar drogas o indivíduo não receberá uma pena privativa de liberdade, mas ainda receberá uma pena restritiva de direitos, pois o uso de drogas continua sendo uma infração de acordo com a legislação brasileira.

Em outro trecho, a entrevistada relata como ocorre a “parceria” com a assistência social:

“(...) Mas quando você corre muito atrás, porque é como eu falei são pessoas vulneráveis, mas a assistência lida também com pessoas muito vulneráveis. Então, sempre existem as prioridades. Às vezes temos um paciente que faz um bico e eles têm lá um usuário que não tem renda nenhuma, que está abaixo da linha de pobreza, então existem as prioridades, fica difícil a inserção em programas que gerem uma renda para proporcionar autonomia” (Profissional nº 11, comunicação pessoal, nov. 2014).

Vale ressaltar que saúde não significa simplesmente ausência de doença (Organização Mundial da Saúde, 1946), ou abstinência. Mais que isso, saúde significa trabalho, renda, lazer (Brasil, 1994; Tulloch et al., 2008). Com uma rede desarticulada sem um real apoio intersetorial é difícil fazer de saúde, tratamento e reinserção do usuário de álcool e outras drogas.

A palavra “intersectorial” aparece com um χ^2 (10,64) muito baixo e não significativa, demonstrando que ela não tem relevância na classe quando comparada com outras palavras. Esse fato leva ao questionamento da rede, de como ela está se estruturando em torno do CAPS AD II e nos faz retomar as palavras de Sanicola (2008), quando ela afirma que atuações isoladas podem gerar a desresponsabilização do território e a dependência no usuário.

Apesar do trabalho intersectorial não ser o padrão nos CAPS AD II e não aparecer de forma significativa nos cálculos estatísticos, uma profissional relata os benefícios que ocorrem quando ele acontece.

“Acabamos descobrindo nas reuniões, temos reunião de rede (...) nós fomos descobrindo que aquele cidadão que usava álcool também tinha outros problemas de saúde e estava sendo atendido pelo centro de saúde, estava sendo atendido no hospital e chegamos a fazer visita conjunta também, se necessário (...). Mas foi isso que aconteceu, descobrimos em reunião que era um caso comum. Tem vários na realidade e começamos a fazer um trabalho conjunto. Acho que o NASF e o hospital são (parceiros), tem o conselho tutelar por que temos muito caso de conselho tutelar, a assistência com certeza, SEDEST, CRAS, aqui temos só o CRAS e o CREAS” (Profissional nº 6, comunicação pessoal, nov. 2014).

Um estudo realizado em três cidades nórdicas, Stavanger, na Noruega; Umea, na Suécia e Aarhus, na Dinamarca também demonstraram os benefícios do trabalho em rede e dos serviços interconectados. Nos locais pesquisados,

para desenvolver os serviços, os funcionários atuam em várias unidades da rede para ter acesso a novas ideias, organizam e participam de oficinas em nível local, nacional e internacional. Cada serviço é também um centro de pesquisa e estudo (Næss, Opedal & Nesvåg, 2014).

Pode-se citar, por exemplo, que os serviços permitem aos funcionários atuações em outras unidades. Esta é uma estratégia deliberada de acesso a novas ideias, utilizada para desenvolver serviços. Funcionários e gerentes organizam e participam de *workshops* em nível local, nacional e internacional. Os serviços locais são usados ativamente para fins de desenvolvimento dos serviços. Dessa forma, habilidades e inspiração são compartilhadas entre as organizações que trabalham com problemas de álcool e outras drogas. Na visão dos autores isso é importante, pois existem inúmeros desafios associados às questões intersetoriais que são experimentados por organizações que trabalham com a mesma temática. Assim, os resultados obtidos nesta pesquisa são coerentes com a recomendação do Ministério da Saúde a respeito da importância de um trabalho verdadeiramente interdisciplinar e intersetorial (Næss, Opedal & Nesvåg, 2014).

A análise dessa classe deixa claro que, apesar do Distrito Federal ter vivido avanços reais por meio da Lei nº 10.216/2001, Portaria GM/MS nº 336/2001 e da Portaria nº 3.088, com a implementação dos CAPS AD II, essa Política precisa avançar para que se construa uma rede verdadeiramente intersetorial.

Para que seja atuante e funcional, a equipe de referência requer uma instituição e formas de atuar que pactuem com o modelo da clínica ampliada, do trabalho intersetorial e com o novo modelo psicossocial apresentado pela reforma psiquiátrica, que rompe totalmente com o modelo médico centrado e hospitalocêntrico. Nessa nova lógica, é necessário espaço coletivo, de vínculo e diálogo para discussão de casos clínicos, sanitários ou de gestão (Brasil, 2009; Campos & Domitti, 2007).

Considerações Finais

A presente pesquisa teve como propósito discutir os desafios para a construção de uma rede intersetorial no atendimento a usuários de álcool e outras drogas no Distrito Federal. Para atingir tal propósito, realizou-se pesquisa qualitativa, por meio de uma entrevista semiestruturada. Como auxílio na organização e apresentação os resultados, utilizou-se o *software* IRAMUTEQ e para análise do material coletado foi utilizada a análise de conteúdo, de Laurence Bardin (2011).

A dificuldade dos profissionais em relação à rede ficou clara na classe analisada, que apontou a ocorrência de inúmeros obstáculos para se construir os planos terapêuticos de forma intersetorial. A articulação em rede apareceu de forma fragilizada, indicando que, em muitos momentos, os CAPS AD II funcionam de forma isolada.

Apesar do estudo indicar que existem excelentes iniciativas individuais de alguns profissionais, essas iniciativas não se estendem a todos os casos e não conseguem mudar o perfil de setorialidade da rede comunitária. A excessiva demanda imposta a cada CAPS AD II e dificuldade de se trabalhar de forma intersetorial apontam para o fato de que a mudança no sistema de atenção ao usuário de álcool e outras drogas deve ocorrer com base em uma visão ampla e sistêmica que ultrapassa o CAPS e chega ao sistema de saúde do Distrito Federal.

Outra contribuição observada nos resultados remete à possibilidade de ir além do discurso da ideologia da reforma psiquiátrica e refletir sobre a prática cotidiana, seus limites e necessidades de intervenção para que efetivamente funcione. Afinal, não basta dizer que o serviço é aberto, é necessário que as equipes tenham condições de realizar um trabalho verdadeiramente efetivo, somente assim pode-se dizer que não se está reproduzindo a lógica do manicômio revestida de serviços abertos.

Os desafios apontados por este estudo se referem às transformações necessárias em toda a rede para que os CAPS AD II realmente funcionem. Afinal, não adianta simplesmente implantar um CAPS AD II, se ele não estiver numa rede para se ancorar. O que existe em volta dos muros do CAPS AD II importa tanto quanto o

que tem dentro da instituição. Também é necessário que os profissionais compreendam os conceitos fundamentais da política de álcool e outras drogas.

Por essa razão e também levando-se em consideração a complexidade da dependência química, é necessário que os CAPS AD II do Distrito Federal avancem rapidamente para que os planos terapêuticos sejam verdadeiramente intersetoriais.

Diante dessas constatações, há o intuito de fomentar mais debates acerca dos planos terapêuticos singulares. Este estudo aponta para a necessidade de aprofundar o conhecimento acerca da forma como os CAPS AD estão se estruturando e de se implantar avaliações da qualidade do processo de trabalho. Aponta também para as possibilidades de continuidade deste estudo, envolvendo outras instituições e os pacientes na pesquisa.

Referências

- Amarante, P. (2013). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau.
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Recuperado em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. (1994). *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília. Recuperado em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf
- Brasil. (2009). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Recuperado em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf
- Camargo, B. V., Bousfield, A. B. da S., Giacomozzi, A. I. & Koelzer, L. P. (2014). Representações sociais e adesão ao tratamento antirretroviral. *Liberabit*, 20(2), 229–238.
- Camargo, B. V. & Justo, A. M. (2013a). *Iramuteq: Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ*. Santa Catarina: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS/Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado em <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
- Camargo, B. V. & Justo, A. M. (2013b). IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Em Psicologia*, 21(2), 513–518. doi:10.9788/TP2013.2-16
- Campos, G. W. de S. & Amaral, M. A. do. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4). doi:10.1590/S1413-81232007000400007
- Campos, G. W. de S. & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399–407. doi:10.1590/S0102-311X2007000200016
- Carvalho, L. G. P. de, Moreira, M. D. de S., Rézio, L. de A. & Teixeira, N. Z. F. (2012). *A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: poten-*

cialidades e limitações. Recuperado em http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/15.pdf

- Couto, M. C. V. & Delgado, P. G. G. (2010). Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. Considerações preliminares. In: *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS* (pp. 271–279). São Paulo: Hucitec.
- Cunha, G. T. (2009). *Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica* (Tese de doutorado). Universidade Estadual de Campinas. Recuperado em <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000440902&fd=y>
- Demo, P. (2012). *Pesquisa e informação qualitativa* (5a ed.). Campinas: Papirus.
- Goldenberg, M. (2007). *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais* (10a ed.). Rio de Janeiro: Record.
- Gonçalves, A. S. & Guará, I. M. R. (2010). Redes de proteção social na comunidade. In: *Redes de proteção social* (1ª ed., p. 96). São Paulo: Associação Fazendo História: NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente.
- Lapalut, S. (1996). Text Clustering to Help Knowledge Acquisition from Documents. In: *Advances in Knowledge Acquisition* (1st ed., pp. 115–130). Londres: Springer-Verlag. Recuperado em <http://dl.acm.org/citation.cfm?id=651002>
- Milanese, E. (2012). *Tratamento Comunitário: manual de trabalho I*. (R. Barros, Ed.) (2a ed.). São Paulo: Instituto Empodera.
- Ministério da Saúde. (2007). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (2ª ed.). Brasília: Saúde, Ministério da. Recuperado em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf
- Miranda, L. & Onocko-Campos, R. T. (2010). Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(6), 1153–1162. doi:10.1590/S0102-311X2010000600009

- Mojtabai, R. & Crum, R. (2013). Perceived unmet need for alcohol and drug use treatments and future use of services: Results from a longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 127, 59–64. Recuperado em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3488160/>
- Morin, E. (2003). *A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Bertrand.
- Næss, O., Opedal, S. & Nesvåg, S. (2014). Room for action? How service managers in three Scandinavian cities experience their possibilities to develop their services. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(3). Recuperado em <http://www.degruyter.com/view/j/nsad.2014.31.issue-3/nsad-2014-0023/nsad-2014-0023.xml>
- Oliveira, G. N. de. (2007). *O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde* (dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Recuperado em http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/projeto_terapeutico_singular.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (1946). *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*. Nova Iorque. Recuperado em <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>
- Penso, M. A. (2009). Psicologia E Justiça: Um Diálogo Necessário na Aplicação da Lei 11.343. In *Aplicação da lei em uma perspectiva interprofissional: direito, psicologia, psiquiatria, serviço social e ciências sociais na prática jurisdicional* (1ª ed., pp. 549–557). Rio de Janeiro: Lumen/Juris.
- Pinho, H. (2009). *Os desafios na atenção aos usuários de Álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial*. Universidade de São Paulo.
- Richardson, R. J., Peres, J. A. de S., Wanderley, J. C. V., Correia, L. M. & Peres, M. de H. de M. (2012). *Pesquisa social: métodos e técnicas* (3ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Sanicola, L. (2008). *As dinâmicas de rede e o trabalho social*. São Paulo: Veras Editora.

- Santos, E. V. (2014). *Representações sociais da estética negra: um estudo sobre padrões de beleza e relações interétnicas*. Universidade Federal de Sergipe.
- Santoucy, L. B., Conceição, M. I. G. & Sudbrack, M. F. O. (2010). A compreensão dos operadores de direito do Distrito Federal sobre o usuário de drogas na vigência da nova lei. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 23(1), 176–185. doi:10.1590/S0102-79722010000100021
- Silva, A. L. A. e, & Fonseca, R. M. G. S. da. (2005). Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 441–449. doi:10.1590/S0104-11692005000300020
- Silva, J. P. da. (2014). *Representações sociais da hipertensão arterial sistêmica e relação com práticas de controle da doença*. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Sluzki, C. (1997). *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tulloch, P. L. and S., Boardman, J., Henderson, S. H. and M. & Knapp, M. (2008). *Mental Health and Work*. Londres. Recuperado em https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212266/hwwb-mental-health-and-work.pdf

4

Grupo Multifamiliar e Musicoterapia: métodos de prevenção ao uso de drogas na escola

**Fernanda Valentin
Sandra Rocha do Nascimento
Eliamar Ap^a. de Barros Fleury Ferreira
Célia M^a. Ferreira S. Teixeira**

Introdução

O homem sempre se relacionou com as drogas, seja por razões culturais e religiosas, como uma forma de recreação, de transgressão, no enfrentamento de problemas, na busca pela transcendência, como meio de socialização ou de isolamento, dentre inúmeros motivos. No entanto, a experimentação, o uso e o abuso dessas substâncias crescem de forma consistente em todos os segmentos do país e se apresentam como uma dificuldade recente em nossa sociedade (Baumgarten, 2001; SENAD, 2011).

Minayo (2003) refere que as drogas não são apenas substâncias, coisas ou objetos prejudiciais ou inócuos biologicamente. Como tudo que afeta e diz respeito ao ser humano, também configuram uma construção social que se realiza na dialética dos interesses econômicos e dos aparatos político-jurídicos e ideológicos que constituem a dinâmica das sociedades.

Desta forma, o aumento do consumo de drogas constitui um fenômeno complexo e multidimensional. Uma pessoa não inicia o uso de drogas ao acaso ou por uma decisão isolada, e não apenas pessoas frágeis ou problemáticas têm essa experiência (Aquino, 1998).

Apesar do uso das drogas ser uma temática em evidência, paradoxalmente pouco se fala sobre as desigualdades culturais e educacionais envolvidas nesse fenômeno. Em geral, prevalece uma perspectiva que reforça estigmas e preconceitos, o que pode comprometer uma postura preventiva e fortalecer, por conseguinte, uma conduta repressiva (Abramovay & Castro, 2002).

As políticas públicas atuais, por meio de seus programas e ações voltados para a interface entre a Educação e a Saúde, buscam o fortalecimento de uma rede de atenção às questões relativas ao uso de drogas que seja inclusiva, humanista, não estigmatizante, de respeito às diferenças e de acolhimento ao usuário e seus familiares (Lima, 2001; SENAD, 2011). Portanto, prevenir não é banir a possibilidade de uso de drogas, mas possibilitar que o indivíduo tenha condições de fazer escolhas. Trata-se de oferecer à comunidade a oportunidade de evitar o surgimento de problemas de saúde, antecipando ações que diminuam a vulnerabilidade e fortaleçam o indivíduo (SENAD, 2011).

Para o desenvolvimento de um trabalho de prevenção é necessário conhecer a realidade do grupo específico, identificando, para aqueles indivíduos, o que são fatores de risco e de proteção (Albertani, Scivoletto & Zemel, 2004). De acordo com Sudbrack e Póvoa (2003), os fatores de risco são aquelas circunstâncias sociais e/ou pessoais que levam o indivíduo vulnerável a assumir comportamentos arriscados, como, por exemplo, usar drogas. Fatores de proteção são aqueles que contrabalançam as vulnerabilidades e contribuem para que a pessoa tenha menores chances de assumir esses comportamentos.

Os fatores de proteção e de risco do uso de drogas, de acordo com Albertani et al. (2004), podem ser compreendidos em cinco aspectos: próprios ao indivíduo, à família, à escola, à sociedade e à droga.

Quanto ao aspecto próprio ao indivíduo, destacamos como fatores de proteção: habilidades sociais, cooperação, vínculos positivos e autoestima desenvolvida; e como fatores de risco: insegurança, insatisfação com a vida, sintomas depressivos e busca de prazer.

Quanto à família, pais que acompanham as atividades dos filhos, o estabelecimento de regras e condutas claras e respeito aos ritos familiares podem se constituir como fatores de proteção, dentre outros. No entanto, pais que fazem uso abusivo de drogas, sofrem doenças mentais ou são excessivamente autoritários e exigentes podem se constituir como fatores de risco.

Quanto à escola, bom desempenho, boa inserção e adaptação no ambiente escolar, ligações fortes com a escola, oportunidades de participação e decisão, vínculos afetivos com professores e colegas são avaliados como fatores de proteção. Contrariamente, baixo desempenho escolar, falta de regras claras, baixas expectativas, exclusão social, falta de vínculos com as pessoas ou com a aprendizagem são compreendidos como fatores de risco nesse contexto.

Respeito às leis sociais, credibilidade da mídia, oportunidades de trabalho e lazer, informações adequadas sobre as drogas e seus efeitos, clima comunitário afetivo, consciência comunitária e mobilização social são alguns dos fatores de proteção ligados à sociedade. Violência, desvalorização das autoridades sociais, descrença nas instituições, falta de recursos para prevenção e atendimento, falta de oportunidades de trabalho e lazer são alguns dos fatores de risco também ligados à sociedade.

Quanto ao aspecto relacionado à própria droga, as autoras elencam como fatores de proteção: informações contextualizadas sobre efeitos, regras e controle para consumo adequado; e fatores de risco: disponibilidade para compra, propaganda que incentiva e mostra apenas o prazer que a droga causa, prazer intenso que leva o indivíduo a querer repetir o uso.

Notamos que os fatores de risco e de proteção obedecem a uma lógica muito individual e ganham sentido de forma única para cada um. Por isso, devemos estar

atentos ao indivíduo e não ter concepções pré-formadas. É preciso entender que os fatores que representam risco para um determinada pessoa podem representar proteção para outra. Um adolescente tímido pode precisar usar drogas para se expressar melhor e, em contrapartida, a timidez de outro adolescente pode afastá-lo de um grupo em que haja consumo de drogas. Um pai que tem um consumo exagerado de álcool pode incentivar um adolescente a ter contato com bebidas alcoólicas precocemente. Já em outro caso, o consumo de álcool em exagero pelo pai pode servir como um exemplo a não ser seguido pelo adolescente (SENAD, 2011).

A prevenção do uso de drogas pode ser dividida em prevenção primária, que visa impedir ou retardar o primeiro contato e o aparecimento de novos casos de uso de drogas; secundária, que procura evitar a progressão do comportamento abusivo; e terciária com foco na reintegração do dependente na sociedade e agravamento dos casos (OMS, 1992).

Sobre a prevenção primária, Moreira, Silveira e Andreoli (2006) consideram que toda vivência que propõe colaborar para a constituição de um ser com identidade própria é na verdade prevenção em sua forma mais autêntica. Isto é, é considerada como prevenção toda ação que vise ao desenvolvimento integral do indivíduo, que estimule sua criatividade e seu potencial de conviver com as adversidades sem ter que usar a droga como anestésico, como “alimento” ou como substituto de um vínculo afetivo.

Em 1970, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) convocou especialistas de vários países para discutirem a abordagem preventiva do uso de drogas e a questão foi considerada uma necessidade mundial e premente. A partir de então, a escola passou a ser o espaço privilegiado para o desenvolvimento de atividades preventivas, visando à educação para a saúde, visto que uma parcela significativa da população passa por ela numa idade e em circunstâncias altamente favoráveis à aprendizagem (Moreira et al., 2006)

Entretanto, a escola pressionada a ser eficiente e rápida diante do problema das drogas, tem sido palco de ações preventivas improvisadas e acríicas, desen-

volvidas por profissionais muitas vezes mais aflitos do que clientes do que estão fazendo (Carlini-Cotrim, 1998)

Compreendemos que prevenir o uso, o abuso e a dependência química configura-se um processo de aprendizado sobre as formas de relação que o indivíduo tem com a droga e as situações em que elas ocorrem. Porém, apenas informação sobre os produtos existentes e as implicações físicas e psíquicas decorrentes do seu uso não é suficiente para as transformações estruturais demandadas pela prevenção (Santos, 2006).

O desconhecimento dessa temática por parte da família, quer sobre os fatores de risco e de proteção, bem como dos comportamentos de risco e de uso de drogas, corrobora para a vulnerabilidade e intensificação do uso. Pensar em propostas que congreguem tanto adolescentes quanto seus familiares configura-se como uma possibilidade de prevenção primária que pode ter relevante impacto nesses atores.

Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo compreender a aplicação do Grupo Multifamiliar (GM) e da Musicoterapia no contexto escolar e suas contribuições para as relações familiares, como forma de diminuir os fatores de risco e potencializar os fatores de proteção do uso de drogas.

A família e as drogas na perspectiva sistêmica

Na abordagem sistêmica, o sintoma de um dos membros da família é compreendido como um fenômeno relacional, que geralmente possui uma influência estabilizadora na família, mas ao mesmo tempo denuncia uma falha e indica necessidade de mudança neste sistema (Penso & Sudbrack, 2010).

Os problemas vinculados ao uso de drogas situam-se na relação do indivíduo com o meio, numa interação dinâmica entre variáveis individuais, contextuais e a substância química. O uso de droga passa, então, a ser compreendido como um sintoma de toda a família, uma maneira de ela lidar com os conflitos, mais do que um problema em si mesmo (Penso & Sudbrack, 2010).

De acordo com Boutillier (1999, p. 108), “o sintoma toxicod dependência, por mais estrondoso e avassalador que possa parecer, não passa do efeito visível de uma dificuldade mais profunda do indivíduo e do seu enquadramento familiar”. Para esse autor, algumas famílias revelam dificuldades em ultrapassar algum estágio do seu ciclo vital, em permitir o crescimento e a individuação de seus membros, principalmente na fase da adolescência. Em uma tentativa malsucedida de autonomia e independência do grupo familiar, o adolescente acaba por buscar as drogas. Com esse comportamento, pode encontrar suporte identitário e pertencimento social porém, contrariamente, acaba por se tornar mais dependente da família, reequilibrando novamente o sistema familiar. As drogas impedem que o ciclo se cumpra, pois nem o membro adicto, nem a família a que pertence, suportam as necessidades do processo (Colle, 2001; Penso, Costa & Sudbrack, 2010).

Diante das drogas, muitas famílias se sentem culpadas e evitam conversar sobre o problema ou mesmo se recusam a buscar ajuda. Esse movimento gera fragilidade, impotência e pode reforçar ainda mais o espaço das drogas na vida familiar.

A família está implicada no desenvolvimento saudável ou não de seus membros, pois ela é compreendida como a ligação entre as diversas esferas da sociedade. A relação familiar, a atitude e o comportamento de cada membro são modelos importantes e podem atuar como fator de risco ou de proteção para o uso de drogas (Schenker & Minayo, 2005).

O Grupo Multifamiliar (GM): surgimento e adaptações

O GM surgiu na década de 1950 e foi chamado inicialmente de Terapia de Múltiplos Grupos Familiares (Laquer, 1983). Em estudos mais recentes, o GM é conceitualizado como uma proposta de intervenção psicossocial e se utiliza da estrutura da sessão psicodramática como modelo para os encontros (Costa, 1998, 2003).

As etapas oriundas da metodologia psicodramática - aquecimento, dramatização e compartilhamento, foram adaptadas e renomeadas, e consistem em a) aquecimento: todas as famílias juntas, procura-se aqui promover melhor integração gru-

pal, bem como aquecer todos, por meio de jogos dramáticos, para o aprofundamento do tema específico; b) discussão: busca de maior aprofundamento de um dos objetivos do grupo, por meio da divisão em subgrupos de adultos, adolescentes e crianças (em função da distinção das faixas etárias), que vivenciam atividades como jogos, dramatizações, discussões, conforme a adequação ao subgrupo. Ao final dessa etapa, cada subgrupo prepara um informe de sua produção para ser apresentado aos demais; c) conclusão: os participantes se reúnem novamente, a fim de compartilharem essa produção variada, para que todos tenham conhecimento sobre o que cada um pensa acerca dos temas daquele dia. Trata-se, então, do momento em que os pais podem falar aos filhos e os filhos aos pais, e esses emitir suas opiniões ao coletivo e aí serem escutados. A reunião encerra-se com um ritual, no qual é privilegiado um compromisso com o tema desenvolvido no dia.

A proposta do GM tem sido adaptada a diversos contextos, tais como: famílias encaminhadas pela justiça e com atendimento sob obrigação, adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e suas famílias, famílias com situação de violência sexual envolvendo crianças e adolescentes e famílias com adolescentes ofensores sexuais (Costa & Penso, 2010); na implementação de lares substitutos para crianças abrigadas (Holzmann & Grassano, 2002); para a formação de redes de apoio e solidariedade no campo da saúde (Dabas, 1993) e com adolescentes usuários de drogas (Fender & Escudero, 2011; Sudbrack & Póvoa, 2003).

Cada uma das adaptações para esses diferentes contextos contém sugestão de temas específicos ligados à complexidade de cada circunstância vivida pelos participantes. Nas experiências relatadas por Costa e Penso (2010), os temas no contexto de atendimento comunitário foram: família, violência, escolarização, profissionalização dos jovens e drogas, assim como temas de interesse da comunidade ou sugeridos pela instituição parceira.

Os temas para o contexto de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa consistiram em: família, adolescência, drogas, escola, significado da medida socioeducativa e relação com o sistema judicial. Já no contexto de crianças e adolescentes violentados sexualmente, foram abordados os seguintes temas: prote-

ção à criança, autoestima, dimensão transgeracional da violência, responsabilização dos pais (e dos adultos) pela proteção das crianças e projeto de compromisso futuro de proteção. E para o contexto de adolescentes ofensores sexuais, os temas foram: “eu, adolescente, protejo outras crianças, mas ainda preciso de proteção”; “minha sexualidade está desabrochando”; “a violência sexual contra criança é crime e uma violência”; “preciso conhecer e mudar a violência na minha família”; “pretendo namorar bastante”.

Segundo Fender e Escudero (2010), os GM têm sido incorporados aos programas de tratamento na dependência química em muitos lugares. Acreditando nos recursos próprios da família e na capacidade autogestiva do grupo, o terapeuta exerce mais um papel de mobilizador e facilitador do que de especialista. Atuando como elo de comunicação entre um membro e outro, encorajando a expressão dos mais calados, traduzindo os temas emergidos e auxiliando o grupo a fazer suas próprias conexões, o terapeuta ressalta o saber de cada família e resgata o valor do diálogo, acreditando nas trocas de experiências, importantes para a crença nas trocas e no diálogo para a superação dos problemas.

Sobre GM desenvolvidos no contexto escolar, Marques, Lima, Miguel e Braga (2005) salientam que estas reuniões não propõem servir como elemento de controle dos estudantes por seus familiares, mas estabelecem espaços democráticos de diálogo e de suporte emocional para as famílias, onde a identificação mútua e o reconhecimento das diversidades são as suas grandes ferramentas.

Costa (2010) afirma que o principal ganho dessa forma de intervenção refere-se à aprendizagem de novas formas de comportamento, seja por semelhança, quando as famílias presenciam em outras pessoas do grupo seus conflitos, ou por identificação, quando os participantes aprendem com outros as soluções já encontradas.

Musicoterapia: música como elemento terapêutico

A musicoterapia é um processo sistemático de intervenção em que o musicoterapeuta ajuda o cliente a promover saúde utilizando experiências musicais e as rela-

ções que se desenvolvem por meio delas (Bruscia, 2000). A música em musicoterapia é compreendida para além do que é convencionalmente definido como música. Os padrões estéticos e artísticos são mais amplos e não há necessidade de que os clientes tenham conhecimentos musicais prévios. O seu uso não é “um fim em si mesmo”, mas uma estrutura simbólica que possibilita atribuir sentidos e significados, propicia transformações e favorece a expressão de conteúdos internos e o vínculo terapêutico (Barcellos, 1992; Bruscia, 2000).

Para Barcellos (1992), considerando os estudos de Watzlawick, Beavin e Jackson (1977), a comunicação estabelecida por meio da música é uma comunicação analógica, ou seja, envolve postura, gestos, expressão facial, inflexão da voz, sequência, ritmo e cadência das palavras. Para a autora, esses elementos colaboram para diminuir as contradições, favorecendo a interação.

Cada pessoa precisa expressar e ser escutada e a experiência musical é contida a essas necessidades. Os recursos naturais da expressão como a voz, o corpo, a palavra e o movimento podem converter-se em mediadores para o desenvolvimento de capacidades, habilidades e aprendizagens para a vida (Pellizzari, 2011).

Cardoso e Cunha (2011), ao relatarem suas experiências em musicoterapia com grupos de usuários de drogas ressaltam as mudanças nos estados emotivos e psíquicos dos participantes ao canalizarem as tensões para o bem-estar e fruição da atividade musical em conjunto. Outras pesquisas também apresentam benefícios da aplicação da musicoterapia no tratamento para pessoas que fazem uso de drogas (Aldridge & Fachner, 2010; Baker et al. 2007; Winkelman, 2003). Notamos, no entanto, que não foram encontradas publicações referentes ao uso do GM associado à musicoterapia.

Método

Participantes

O público-alvo da pesquisa foram famílias de alunos do 5º e 6º anos do Ensino Fundamental de uma escola pública da periferia de Goiânia (Goiás). Essa escola foi

eleita em concordância com a Secretaria de Educação do Estado de Goiás, considerando a vulnerabilidade social e o uso de drogas ali existentes. Vinte participantes estiveram presentes em pelo menos um dos cinco encontros, sendo 11 adultos (seis mães, quatro pais e um funcionário da escola), quatro adolescentes e cinco crianças.

Instrumentos

Foram enviados convites às famílias dos alunos de 5º e 6º anos de uma escola pública da periferia de Goiânia -GO, para participarem das reuniões do GM. Também fixamos um *banner* na entrada da escola para divulgação da proposta e entramos em contato, via telefone, com os responsáveis de cada aluno.

Para os encontros foram utilizados recursos materiais, como: cadeiras, computador, caixa amplificadora, microfone, instrumentos musicais, tecidos, balões, CDs, papéis, lápis de cor, canetas etc. Utilizamos, para os registros, máquina fotográfica, filmadora e elaboração de relatório descritivo de cada encontro.

Procedimentos

O presente estudo faz parte do projeto de extensão, desenvolvido na Universidade Federal de Goiás - UFG, intitulado “A musicoterapia em grupos multifamiliares no contexto escolar: um espaço-tempo de prevenção primária ao uso de crack e outras drogas”, em parceria com AMTEPA/SENAD⁽¹⁾.

Após divulgação da proposta, foram realizados cinco encontros semanais, no período noturno, com duração de duas horas e meia cada encontro. Seguimos a metodologia do GM, aliando aos jogos psicodramáticos as experiências musicoterapêuticas de recriação, improvisação, composição e audição musical (Bruscia, 2000).

Foram abordados temas específicos em cada encontro, com enfoque nos fatores de risco e proteção do uso de drogas. O tema do primeiro encontro foi escolhi-

(1) Associação Mário Tannhauser de Ensino, Pesquisa e Assistência e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

do pela equipe pensando na necessidade de conhecer as realidades das famílias participantes. Os temas seguintes foram eleitos a partir da análise e discussão dos relatórios dos encontros, observando as demandas apresentadas pelos participantes. Os temas escolhidos foram: família; adolescência; redes de apoio; transgeracionalidade e proteção. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre esclarecido – TCLE e autorizaram o uso de suas imagens nos encontros. As reuniões aconteceram em um galpão e em duas salas de aula da escola, e contaram com três professoras/pesquisadoras, uma professora/supervisora e quatro alunos de graduação do Curso de Musicoterapia da UFG.

Optamos por desenvolver uma análise construtivo-interpretativa das informações produzidas (Gonzalez Rey, 2005). A partir da leitura dos relatórios e da visualização das filmagens dos encontros foram construídas zonas de sentido, isto é, a criação de um novo espaço de significação sobre um campo ou objeto de estudo, capaz de viabilizar a continuidade do pensamento humano, possibilitando novas zonas de ação sobre a realidade e novos caminhos dentro dela.

1ª Reunião – 20/05/2013

O tema do primeiro encontro foi “família” e estiveram presentes 14 participantes, sete adultos (quatro mães e três pais), três adolescentes e quatro crianças. Realizamos o aquecimento cantando a canção “Quem é que veio hoje?” (autor desconhecido), para conhecermos os participantes e favorecermos a integração grupal. Em seguida, fizemos um jogral com a música “Família” (Titãs), no qual os participantes completavam o refrão “Família, família...” a partir das suas experiências cotidianas. Essa técnica pode ser considerada uma variação da técnica provocativa musical, descrita por Barcellos (2008, p. 6), em que “a interrupção de uma sequência de sons conhecidos, de um ritmo, de uma melodia, de um encadeamento harmônico pode provocar a pessoa e levá-la a completar o que se apresenta incompleto”.

Na etapa de discussão, foi proposto aos pais e adolescentes a elaboração de cartazes com as seguintes questões: O que é família para você? Quais as qualida-

des e dificuldades de sua família? Os adolescentes também elaboraram uma carta para compartilhar com os pais o que desejavam para suas famílias. Com as crianças, cantamos canções infantis acompanhadas ao violão, seguidas de improvisação vocal sobre o que era família e atividade de desenho com a mesma temática. Na conclusão, cada grupo apresentou e refletiu sobre as suas produções.

2ª Reunião – 27/05/2013

No segundo encontro estiveram presentes quatro participantes, três adultos (duas mães e uma funcionária da escola) e um adolescente. Realizamos o aquecimento com a audição da música com movimentação corporal, utilizando a música instrumental “Pindorama” (Jonas Tatit), com o objetivo de preparar os participantes para uma dramatização. Após o aquecimento, o adolescente preferiu se retirar. Na etapa de discussão, o grupo dramatizou uma situação-problema levantada pelos próprios participantes, cujo tema, dado pelos facilitadores do grupo, era a falta de diálogo. A cena retratou um pai autoritário e uma mãe passiva que não conseguiam estabelecer diálogo com seu filho adolescente. O filho decidia ir a uma festa, mesmo sem a autorização dos pais. Após reflexões, o grupo criou uma cena resolutive: o pai procurou escutar o filho e dialogar com a mãe. Pais e filho negociaram as regras para que ele fosse à festa.

3ª Reunião – 03/06/2013

Nesta reunião estiveram presentes oito participantes, sendo cinco adultos (três mães e dois pais) e três crianças. No aquecimento desse encontro foi realizada uma atividade com barbante em que cada participante se apresentava como uma instituição ou pessoa da comunidade com quem acreditava poder contar em momentos de dificuldade. Na etapa da discussão, o grupo dos adultos, após conversa sobre rede de apoio, elaborou uma composição musical.

De acordo com Bruscia (2000), a composição musical é uma experiência em que o musicoterapeuta auxilia o cliente a escrever canções, letras ou a criar qual-

quer tipo de produto musical. Os aspectos técnicos do processo ficam a cargo do musicoterapeuta e se busca incentivar os participantes de acordo com sua capacidade musical. Pode ser utilizada com diversos objetivos, tais como: desenvolver habilidade para solucionar problemas de forma criativa, promover autorresponsabilidade, desenvolver habilidade de comunicar pensamentos e sentimentos internos (Bruscia, 2000).

No grupo das crianças, selecionamos figuras relacionadas à rede de apoio para que os participantes escolhessem aquelas de seu interesse. Após escolherem, foi criada uma história e em seguida, transformada em uma composição musical, com a seguinte letra:

Era uma vez uma família que tinha uma arma e matou outra família

Depois eles ficaram feliz por isso

a polícia chegou para botar ordem na bagunça

Precisamos de amor, de paz e respeito (refrão)

Tinham crianças que estavam lanchando na escola e depois foram estudar

Tinha um garoto que estava fumando

e a mãe descobriu e deu boas palmadas

Na conclusão do encontro foram apresentadas as composições musicais e refletimos sobre os receios e possibilidades de se buscar ajuda na própria família. Ao final, realizamos a técnica do solilóquio, na qual cada participante fala uma palavra que represente o que foi aquele momento para ele. De acordo com Gonçalves, Wolff e Almeida (1988), essa técnica possibilita a reprodução de sentimentos e pensamentos ocultos, colaborando para que a vivência da situação se torne mais clara.

4º Encontro – 10/06/2013

Nesse encontro estiveram presentes oito participantes, três adultos (duas mães e um pai) e cinco crianças. Para o aquecimento foi proposta uma movimentação corporal com utilização de tecidos, direcionada por uma sequência de músicas. As músicas, previamente selecionadas, tais como: Calhambeque (Roberto Carlos); Trem das onze (Adoniran Barbosa); Moreninha Linda (Tonico e Tinoco); Camaro Amarelo (Munhoz e Mariano); Aos olhos do pai (Diante do Trono), contrastavam por serem de diferentes épocas, de estilos musicais e temas variados, a fim de sensibilizar o grupo para o tema da transgeracionalidade.

A escolha dessas músicas foi pautada nas identidades sonoras individuais, compostas pelas vivências sonora-musicais passadas e atuais de cada participante; identidade sonora grupal, síntese de cada identidade sonora individual, capaz de promover integração em um grupo; e identidade sonora cultural, própria de uma comunidade, que responde a uma cultura musical manifesta e compartilhada (Benenzon, 1985).

No grupo dos adultos, conversamos sobre as lembranças evocadas no aquecimento e foram elaborados dois cartazes. No primeiro cartaz, intitulado “O que meus pais me diziam”, foram expressas frases como: “seja independente”, “cria juízo”, “você é cabeça dura”, “meu filho, eu te amo”, “não faça nada de errado”, “passa pra dentro do portão”. No segundo cartaz, intitulado O que digo aos meus filhos, tivemos: “eu te amo”, “cuidado na rua”, “não aceita balinhas de estranhos”, “não, fica dentro de casa”, “vou levar vocês para o pai de vocês”.

No grupo das crianças, foram confeccionados dois cartazes: “O que meus pais me dizem”, composto pelas frases: “vai estudar”, “não use drogas, pois trará consequências ruins”, “você não é feia, mas também não é bonita”; e “O que gostaria que meus pais me dissessem”: “mais amor”, “mais carinho”, “ter regras, mas com amor”, “mais calma”, “chamar de meu filho”.

Na conclusão, foram apresentadas as produções de cada grupo, momento em que alguns participantes se emocionaram por tomar consciência da repetição de

alguns padrões de relacionamento. Para encerrar, pedimos aos integrantes do grupo que escolhessem e cantassem uma música para fechar aquele encontro. O grupo escolheu a canção evangélica “Que bom que você chegou” (Bruna Karla) e o funk “Passinho do volante” (MC Federado e Leleks), quando algumas crianças dançaram no centro da roda, e os outros participantes acompanharam com palmas e voz.

5º Encontro – 17/06/2013

Esse encontro contou com a participação de dez participantes, sendo cinco adultos (três mães e dois pais) e cinco crianças. A fim de enfatizar que aquele era o último encontro, propomos o aquecimento com a cantiga de roda “Gosta de mim?”, que incita reflexões acerca dos vínculos estabelecidos no grupo. Em seguida, os participantes realizaram uma movimentação com balões direcionada pela música “Brincar de viver” (Maria Betânia), refletindo sobre como poderiam ajudar cada membro da família.

Na discussão, os grupos construíram uma paródia da canção “Asa Branca” (Luís Gonzaga). Na conclusão foi realizada a avaliação dos encontros, levando à criação de um certificado para cada família. O texto desse certificado foi uma construção conjunta das famílias, ao perceberem as contribuições do GM. O texto ressalta a compreensão das famílias sobre a importância de uma comunicação aberta e o desejo de cuidar mais de cada membro para se obter relações equilibradas.

“Certificamos que a família _____ aprendeu a ouvir mais, compreender, a ser mais unida sem ter vergonha, para ser bem estruturada e feliz. Vamos cuidar mais da família!”

Resultados e Discussão

No primeiro encontro, identificamos a zona de sentido “família: o que pensamos e como vivemos”. Considerando as falas e expressões do grupo, foi possível identificar duas dimensões contrastantes. A primeira dimensão, representada por falas

como “família é a base de tudo”, “é a coisa mais importante que a gente tem”, “é um lugar de união”; “a gente briga, mas tudo acaba sempre bem”, revela uma visão idealizada de família, isto é, características que se anseiam que a família possua, mas que de fato não correspondem à realidade vivida. A segunda dimensão, por sua vez, foi evidenciada em falas como “eu não tenho intimidade com ninguém na minha família fica cada um pra um canto ... não tem união”; “as pessoas não conversam”; “minha filha tem ciúmes de mim”. Essas falas surgiram após um aprofundamento da discussão e evidenciam as problemáticas próprias de um sistema que está em constante mudança.

A esse respeito, Macedo (1994) salienta que o ideal de família, mitificado ao longo dos séculos, permanece fortemente presente hoje como aquilo que é desejável. Embora a experiência vivida no seu seio contradiga essa visão idealizada, ela se mantém como uma expectativa, um modelo, um lugar seguro para crescer. Albertani et al. (2004) ponderam também que altas exigências ou expectativas irreais entre os membros da família podem se configurar como fator de risco do uso de drogas.

No segundo encontro nomeamos a zona de sentido “ficando na pele do adolescente”, como relatou uma mãe: “hoje percebi que preciso lembrar como é ser adolescente, para conseguir conversar com a minha filha”. A fala ressalta como a dramatização favorece que o protagonista examine, reconheça e até se liberte de papéis idealizados, por meio da experiência do “como se” (Gonçalves, Wolff & Almeida, 1988). Também percebemos que a tomada de papéis ofereceu condições para que os pais compreendessem a posição de seus filhos e a deles próprios, isto é, ocorreu o emergir de dados sobre o próprio papel que, sem esse distanciamento, não seria possível.

No terceiro encontro a zona de sentido encontrada foi “procuro ajuda, mas não na minha família”. Nesse encontro, ficou evidenciado como as famílias reconheciam a importância de buscar profissionais da área da saúde, a igreja e a escola, em determinadas situações. No entanto, contar com os familiares, foi uma alternativa pouco citada.

Vimos que as experiências conduziram os participantes a refletirem sobre as possibilidades de, enquanto família, serem suporte uns aos outros.

A letra da música, “Eu te amo. Não tenha medo. Confia em mim. Não tenha receio. Estou te ouvindo. Você é muito importante para mim”, nos mostra que os pais utilizaram o recurso musical para comunicar o que não era explícito no cotidiano familiar: o desejo de ter uma relação de maior confiança com seus filhos e abertura para uma escuta atenta. Essa produção foi significativa, pois mostrou aos pais a importância da proximidade afetiva e comunicação aberta com os filhos, que se configuram como fatores de proteção e podem ter efeito inibidor no uso de drogas (Albertani et al., 2004; Fender & Escudero, 2010).

A produção musical apresenta-se como denúncia de uma realidade violenta, em que uma família mata outra e se sente feliz por tal ação. De acordo com Mattos (2002), o comportamento violento é fruto do esgotamento de possibilidades de interação. Nesse sentido, as crianças não vislumbraram outras formas de interagir além do uso abusivo da força. Também nos chamou a atenção a presença do policial como figura de autoridade e de coerção necessária para a resolução de problemas.

No quarto encontro identificamos a zona de sentido “como nossos pais”, já que os conteúdos expressos nos cartazes mostraram que esses pais tiveram uma educação com ênfase nas regras e proibições e repetem esse modelo na criação de seu filhos. Os filhos ressaltam a falta de validação de suas ações, de reconhecimento enquanto filho e a necessidade de mais afeto. Penso, Costa e Ribeiro (2008) afirmam que as forças transgeracionais veladas exercem uma influência crítica sobre as relações íntimas atuais.

A fala de uma mãe, ao final da reunião, “hoje vocês pegaram pesado...”, nos fez compreender como trabalhar com esse tema pode ser impactante e até doloroso, porém conduz os membros a perceberem heranças familiares, possibilitando um processo de autoconhecimento e de melhor compreensão de suas histórias (Penso, Costa & Ribeiro, 2008).

E no quinto encontro, encontramos a zona de sentido “família: ajudar para proteger”, já que tanto o grupo dos pais quanto das crianças apresentaram conteúdos significativos sobre a necessidade de cuidado do núcleo familiar. A partir da produção do grupo dos pais juntamente com esclarecimentos durante o processamento, entendemos que se tratava de uma preocupação em desempenhar o papel de pais, evitando que os filhos passem por situações de risco.

Quando pensei em proteção, que tipo de proteção seria?

Participando da família, orientando o caminho certo

Perseverança, tolerância, conversar e escutar

Viver a vida emocionalmente, Asa Branca símbolo de paz

Viver a vida emocionalmente com carinho e esperança

A composição musical das crianças impactou os pais por trazer temas que fazem parte de suas realidades, mas muitas vezes não são percebidos ou aceitos, tais como: suicídio, depressão e drogas.

Quando eu não sou ajudado fico sobrecarregado

Eu fico doido, fico doente e até posso suicidar

Fico depressivo, descontrolado e até drogas eu posso usar

Quando eu sou ajudado tenho vida maravilhosa

Eu tenho calma, fico feliz, eu posso ter um futuro bom

Afastar das drogas com bons exemplos e conversar com a família

Cunha (2007), com base no pensamento de Vygostky (1999), refere que a arte é um meio em que podemos acessar aspectos do nosso psiquismo que não encontra vazão no cotidiano. Por essa via de entendimento, a música configura-se em

um instrumento a favor da reorganização de emoções e de transformação pessoal. Dessa forma, entendemos que, por meio dessa produção musical, o grupo das crianças conseguiu elaborar e comunicar aos pais conteúdos internos importantes.

No intuito de apresentar outros alcances dessa intervenção de forma sintetizada, a Tabela 1 mostra os fatores de risco e proteção identificados e abordados ao longo dessa intervenção.

Tabela 1. Fatores de risco e de proteção identificados e abordados nas reuniões multifamiliares

	Fatores de risco	Fatores de proteção
Filhos	Naturalização da violência	Habilidades sociais, autonomia e autoestima.
Pais	Exigências e expectativas altas em relação aos filhos. Postura coercitiva como forma de resolução de conflito em relação às drogas. Evitação do diálogo. Discurso idealizado.	Desejo de mudança: vínculo afetivo e diálogo. Perceber o lugar do outro. Reconhecimento das próprias limitações.
Escola	Distanciamento da execução das ações por parte dos professores e coordenadores.	Utilização da infraestrutura.

Considerações Finais

Desenvolver uma proposta com o GM integrado à musicoterapia foi um desafio para as autoras deste trabalho e para a equipe, por se tratar de uma metodologia nova para os pesquisadores envolvidos e de uma clientela que requer intensa flexibilidade e objetividade.

Vimos, como ponto que dificultou a intervenção, a falta de adesão das famílias. Muitos deixaram de participar devido à crença de que as reuniões seriam como tantas outras que acontecem no ambiente escolar, marcadas por cobranças e falta de escuta, em que são acentuados os defeitos dos filhos.

Muito embora os encontros, com periodicidade semanal, tenham sido cansativos para a equipe de pesquisadores, acreditamos que o número de reuniões é um ponto a se repensar, já que encerramos a intervenção na fase em que o grupo se mostrava mais integrado e participativo.

Tivemos como alcances dessa intervenção a transformação da escola em um espaço de conversação, em que pais e filhos puderam se expressar e ser escutados. Identificamos mudanças nos participantes, já que estes relataram e se mostraram durante os encontros mais reflexivos e atentos aos problemas que os afetavam; comunicando seus sentimentos com maior clareza e em condições de reconhecer os próprios recursos, isto é, notamos o desenvolvimento de algumas habilidades importantes para o enfrentamento de situações de risco.

A metodologia do GM integrada à Musicoterapia favoreceu que temas importantes fossem trabalhados em poucos encontros. As experiências musicais vividas pelo grupo (expressão sonora, corporal e musical) e os diversos recursos utilizados no decorrer dos encontros, em especial os instrumentos musicais e as canções, corroboraram para a potencialização da interação e melhora dos processos comunicacionais do sistema familiar, reafirmando o valor de saberes interdisciplinares e a importância do trabalho em grupo numa comunidade.

Referências

- Abramovay, M. & Castro, M. G. (2002). *Drogas nas escolas*. Brasília: UNESCO.
- Albertani, M. B., Scivoletto, S. & Zemel, M. de L. S. (2004). Prevenção do uso indevido de drogas: fatores de risco e fatores de proteção. In *Curso de capacitação Atualização de conhecimento sobre redução da demanda de drogas* (pp. 63-86). Secretaria Nacional Antidrogas, UFSC.
- Aldridge, D. & Fachner, J. (Eds.) (2010). *Music Therapy and Addictions*. London: Jessica Kingsley.
- Aquino, J. G. (1998). *Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus Editorial.
- Barcellos, L. R. M. (2008). Sobre a técnica provocativa musical em Musicoterapia. Em *Anais do Encontro de Musicoterapia do Rio de Janeiro, VIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia e VIII Jornada Científica do Rio de Janeiro*. AMTRJ, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ: AMTRJ.
- Barcellos, L. R. M. (1992). *Cadernos de Musicoterapia 2*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Baker, F. A., Gleadhill, L. M. & Dingle, G. A. (2007). Music therapy and emotional exploration: Exposing substance abuse clients to the experiences of non-drug-induced emotions. *The Arts in Psychotherapy* 34(4), 321-330.
- Baumgarten, S. (2001). *O significado da drogadição no contexto da adolescência, da família e da instituição – um estudo sobre usuários e abusadores de merla do Distrito Federal*. Universidade de Brasília, Brasília.
- Benenzon, R. O. (1985). *O manual de Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Boutillier, H. (1999). A toxicodependência na adolescência. In Grammer, C. & Cabié, M. *Adolescência e crise familiar*. Lisboa: CLIMEPSI, p.107-124.
- Bruscia, K. E. (2000). *Definindo Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Cardoso, L. N. & Cunha, R. R. S. (2011). Trocas Afetivas e psicossociais em Musicoterapia: Grupos no Centro de Atenção Psicossociais álcool e drogas. *Revista do NEPIM*. Recuperado em

http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/extensao/Arquivos2011/NEPIM/NEPIM_Volume_02/Art05_NEPIM_Vol02_TrocasAfetivasPsicossociais.pdf

- Carlini-Cotrim, B. (1998). Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. In J. G. Aquino (Ed.), *Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas* (pp. 19-30). São Paulo: Summus.
- Colle, F. (2001). *Toxicomania, sistemas e famílias: onde as drogas encontram as emoções*. (M. J. Pereira, Trad.) Lisboa: Climepsi.
- Costa, L. F. (1998). *Reuniões Multifamiliares: Uma proposta de intervenção em Psicologia Clínica na Comunidade*. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Costa, L. F. (2003). *E quando acaba em malmequer? Reflexões acerca do grupo multifamiliar e da visita domiciliar como instrumento da Psicologia Clínica Comunitária*. Brasília: Universa.
- Costa, L. F. (2010). A perspectiva sistêmica para a Clínica da Família. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 95-104.
- Costa, L. F. & Penso, M. A. (2010). O grupo multifamiliar nas situações de violência sexual contra crianças e adolescentes. Em C. Ladvocat (Org.), *Psicologia: campo de atuação, teoria e prática*. São Paulo: Book Link.
- Cunha, R. (2007). A vivência social da música. Curitiba: *Anais do Simpósio de Música da Faculdade de Artes do Paraná*. Recuperado em www.fap.pr.gov.br/.../IIISimpdemusica/.../A_vivencia_social_da_musica_Rosemyriam_Cunha.pdf
- Dabas, E. (1993). *Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Fender, S. A. & Escudero, L. C. (2011). Tratamento Familiar de Adolescentes com Abuso de Drogas: Grupos Multifamiliares numa Perspectiva Sistêmica. In E. A. da Silva & D. De Micheli (Eds.), *Adolescência, Uso e Abuso de Drogas: Uma visão Integrativa* (pp. 705-754). São Paulo: FAP-Unifesp.
- Gonçalves, C. S., Wolff, J. R. & Almeida, W. C. (1988). *Lições de psicodrama*. São Paulo: Ágora.
- González Rey, F.(2005). *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade*. São Paulo: Thomson.

- Holzmann, M. E. F. & Grassano, S. M. (2002). *Multifamílias. Construção de redes de afeto*. Curitiba: Integrada.
- Laquer, P. (1983). Terapia Familiar Múltipla: Perguntas e Respostas. In D. Bloch (Ed.), *Técnicas de Psicoterapia Familiar* (M. Klalil e Y. S. Imperatrice, Trans.) (pp. 93-107). São Paulo: Atheneu.
- Lima, S. A. (2001). *A Clínica do Possível: Tratando de Dependentes de Drogas na Periferia de São Paulo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Macedo, R. M. (1994). A família do ponto de vista psicológico: lugar seguro para crescer? *Cadernos de Pesquisa*, 91, 62-68.
- Marques, W. E. U., Lima, F. O., Miguel, A. C. R. & Braga, L. Z. L. (2005). Reuniões multifamiliares na escola: uma experiência do Projeto Rede COLTEC. In *Anais do VIII Encontro de Extensão da UFMG*, 8. Belo Horizonte, MG: UFMG.
- Mattos, G. O. (2002). Abuso sexual em crianças pequenas: peculiaridades e dilemas no diagnóstico e no tratamento. In D. C. A. Ferrari & T. C. C. Vecina (Eds.), *O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática*. (pp. 174-200). São Paulo: Ágora.
- Minayo, M. C. S. (2003). Sobre a toxicomania da sociedade. In M. Baptista, M. S. Cruz & R. Matias (Eds.), *Drogas e Pós-Modernidade: faces de um tema proscrito* (pp. 13-32). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Moreira, F. G., Silveira, D. X. da & Andreoli, S. B. (2006). Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. *Ciências da Saúde Coletiva*, 11(3). Recuperado em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300028&lng=en&nr_m=iso. doi.org/10.1590/S1413-81232006000300028.
- OMS – Organização Mundial da Saúde (1992). *Reagindo aos Problemas das Drogas e do Alcool na Comunidade*. São Paulo: Livraria dos Santos Editora.
- Pellizzari, P. (2011). *Crear Salud: aportes de la musicoterapia Preventiva y Comunitaria*. Buenos Aires: Ed. ICMus.

- Penso, M. A. & Subrack, M. F. O. (2010). Dinâmica familiar e envolvimento em atos infracionais e com drogas na adolescência. In M. M. Marra & L. F. Costa (Eds.), *Temas da clínica do adolescente e da família*. São Paulo: Ágora.
- Penso, M. A., Costa, L. F. & Ribeiro, M. A. (2008). Aspectos teóricos da transmissão geracional e do genograma. In M. A. Penso & L. F. Costa (Orgs.), *A transmissão geracional em diferentes contextos; da pesquisa à intervenção* (pp.9-23). São Paulo: Summus.
- Santos, J. B. (2006). *Redes sociais e fatores de risco e de proteção para o envolvimento com drogas na adolescência: avaliação e abordagem no contexto da escola*. (Dissertação de Mestrado, não publicada). Universidade de Brasília, Brasília.
- Schenker, M. & Minayo, M. C. de S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciências da Saúde Coletiva*, 10(3). Recuperado em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300027&lng=en&nrm=iso
- SENAD (2011). *Prevenção ao uso indevido de drogas: Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais*. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas.
- Sudbrack, M. F. O. & Póvoa, M. L. S. (2003). Reuniões Multifamiliares: acolhendo o adolescente usuário de drogas e sua família no contexto da justiça. In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição, E. M. F. Seidl & M. T. Silva (Eds.), *Adolescentes e drogas no contexto da justiça*. Brasília: Plano Editora.
- Vygotsky, L. S. (1999). *Psicologia da Arte*. São Paulo: Martins Fontes
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1977). *Pragmática da comunicação humana*. São Paulo: Cultrix.
- Winkelman, M. (2003). Complementary Therapy for Addiction: “Drumming Out Drugs.” *American Journal Public Health*, 93, 647-651.

5

A conjugalidade diante do abuso/dependência do álcool: uma compreensão sistêmica

Isabela Machado da Silva

Neste capítulo, tem-se como objetivo discutir a conjugalidade no contexto do abuso/dependência do álcool, a partir de uma abordagem sistêmica. Com esse propósito, será apresentada uma revisão narrativa da literatura nacional e internacional, que englobará (a) a evolução da abordagem sistêmica a famílias e casais, (b) os modelos sistêmicos propostos para a compreensão do abuso/dependência do álcool no contexto familiar, (c) o conceito de codependência e (d) pesquisas publicadas a partir dos anos 2000 que abordaram a relação álcool/conjugalidade.

De acordo com dados apresentados em relatório publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2014, a prevalência de transtornos relacionados ao uso do álcool¹, no Brasil, é de 8,2 e 3,2%, entre homens e mulheres, respectivamente. O uso do álcool tende a impactar não apenas a pessoa que bebe, mas também aqueles com quem convive, no que se destaca a família. Nesse sentido, podem ser assinaladas as possibilidades de negligência e abuso, bem como a presença de um ambiente familiar caracterizado pela vigilância e pela preocupação em relação àquele que bebe.

(1) Englobam, segundo definição da OMS (2014), tanto a dependência do álcool, como seu uso prejudicial, que se refere àqueles casos em que o uso acarreta prejuízos físicos e/ou psicológicos.

Por outro lado, deve-se considerar que também o ambiente familiar pode representar um fator de risco para o uso do álcool. Crianças que crescem em ambientes em que um ou ambos os pais apresentem transtornos relacionados ao uso do álcool tendem a também mostrar-se mais vulneráveis aos mesmos, o que pode ser parcialmente explicado a partir do impacto exercido pelo álcool sobre a relação pais-filhos e as estratégias educativas parentais (OMS, 2014). Na mesma linha, sugere-se que o estresse relacionado às dificuldades conjugais possa contribuir para que algumas pessoas aumentem o consumo de álcool (Leonard & Eiden, 2007).

Dessa forma, é possível argumentar que as relações familiares – no que se inserem as relações conjugais – e o uso do álcool tendem a se relacionar de forma bidirecional (Leonard & Eiden, 2007; Stanton, 2005). Essa percepção se mostra coerente com dados que sugerem que a terapia de casal ou família costuma apresentar melhores resultados no tratamento do abuso/dependência do álcool, quando comparada a tratamentos individuais (Sholevar & Schwoeri, 2003; Stanton, 2005). A abordagem sistêmica representa uma possibilidade para a compreensão dessas famílias e o trabalho junto às mesmas (Steinglass, 2009).

A Abordagem Sistêmica na Compreensão das Relações Familiares²

A adoção do referencial sistêmico à compreensão e ao atendimento de famílias e casais remonta à década de 50. O desenvolvimento dessa abordagem não configurou, porém, um movimento organizado. Diversos profissionais, em diferentes partes do mundo, dedicaram-se a essa empreitada sem, a princípio, terem conhecimento uns dos outros (Nichols & Schwartz, 1998). Dessa configuração advém uma das principais características da abordagem: sua pluralidade teórica e metodológica. Diferentes escolas propunham formas específicas de compreender o universo relacional das famílias e de intervir junto a elas, ao mesmo tempo em que apresentavam uma série de semelhanças associadas a suas influências comuns, que en-

(2) Seção adaptada a partir da tese de doutorado da autora (Silva, 2013), orientada pela Dra. Rita de Cássia Sobreira Lopes.

globam a Teoria Geral dos Sistemas, a Cibernética e a Teoria da Comunicação Humana. Da Teoria Geral dos Sistemas veio a ideia de que o todo é maior do que a soma das partes, ou seja, de que não se pode compreender adequadamente o conjunto a partir da análise isolada das partes que o compõem, assim como não se pode conhecer as partes sem levar em consideração o contexto em que se inserem. De acordo com esse princípio, qualquer alteração no todo influencia as partes que o compõem, ao mesmo tempo em que qualquer modificação nas partes repercute no todo. A partir dos conhecimentos derivados da Cibernética, surgiram os conceitos de circularidade e retroalimentação, ou seja, uma visão que se opõe a uma causalidade linear, em que A causa B, substituindo-a por uma compreensão de que os diferentes elementos que compõem um sistema se influenciam de forma contínua e recíproca. Já a Teoria da Comunicação Humana demonstrou a importância dos padrões comunicacionais de uma família para o estabelecimento de suas relações (Bruscagin, 2010; Féres-Carneiro & Ponciano, 2005; Lebow, 2005; Nichols & Schwartz, 1998).

Outras importantes noções que passaram a ser gradualmente adotadas pelas diferentes escolas referem-se à abordagem multigeracional e ao ciclo de vida familiar (Bruscagin, 2010). A primeira destaca a importância de conhecer a história da família para poder compreender suas relações (Bowen, 1976; Palazzoli, 1998), enquanto a segunda reforça a necessidade de visualizar a família a partir de um prisma desenvolvimental (Carter & McGoldrick, 1995; Haley, 1980; Minuchin & Fishman, 1990).

Em função dessas similaridades, autores como Patricia Minuchin (1985) não se referem especificamente às diferentes escolas, mas a uma chamada orientação sistêmica que as atravessa. Esta se caracteriza, portanto, pela compreensão da família como um sistema em que se desenvolvem padrões interacionais caracterizados pela interdependência e influenciados pela história familiar.

No entanto, a aproximação entre as escolas é acompanhada também por uma maior abertura dos terapeutas de família sistêmicos às contribuições de outras correntes teóricas (Féres-Carneiro & Ponciano, 2005). Dessa forma, dá-se continua-

de à diversidade presente no campo da Terapia de Família desde suas origens. Boszormenyi-Nagy e Spark (1973/2008), por exemplo, propuseram uma aproximação entre os conceitos sistêmicos e a Psicanálise, preservando a relevância desta na forma de compreender as relações familiares e favorecendo o uso de suas contribuições por parte dos terapeutas de família sistêmicos.

Outras mudanças também se agregaram à trajetória da abordagem sistêmica às famílias e aos casais, como, por exemplo, a importância de considerar o contexto social e não apenas o familiar, bem como a necessidade de não ignorar os aspectos individuais no estudo da família (Féres-Carneiro & Ponciano, 2005; Lebow, 2005). Assim, fala-se atualmente de uma abordagem pós-moderna, caracterizada não apenas pelas influências originais, mas atualizada por todas as contribuições posteriores que a elas se somaram (Lebow, 2005).

Nesse sentido, Vasconcelos (2002) se refere a um novo paradigma, que destacaria, entre seus pressupostos, a ideia de complexidade, ou seja, de uma compreensão que busque abordar os fenômenos de forma interrelacionada e contextualizada. Essa perspectiva pode se mostrar especialmente útil à compreensão dos casais em que há abuso/dependência do álcool, uma vez que, como destaca Sudbrack (2003), o uso de substâncias psicoativas constitui um fenômeno complexo por si só.

Modelos Sistêmicos para a Compreensão do Abuso/Dependência do Álcool no Contexto Familiar

Estudos acerca do papel desempenhado pelos fatores familiares na etiologia do abuso/dependência de álcool e outras substâncias psicoativas mostravam-se presentes já na década de 1930. No entanto, o crescente interesse pelas relações familiares que marcou os anos 50 e 60 veio a dar força a esses estudos (Sholevar & Schworer, 2003).

Modelos clássicos propostos por autores sistêmicos destacaram a relevância da família de origem para o início do uso de drogas, entre as quais, podemos incluir

o álcool (Stanton, 1980). Esses modelos relacionam o uso do álcool ao lugar ocupado pelo usuário na sua família de origem. Enquanto filho, o usuário assumiria um papel na relação conjugal de seus pais, auxiliando sua comunicação ou distraíndo-os em relação aos seus próprios conflitos. Seria, portanto, “enredado” em um conflito do qual originalmente não faz parte, o que se torna fonte de ansiedade e tende a dificultar o processo de diferenciação do jovem em relação à sua família de origem. Nesse sentido, “o uso da droga serviria a uma dupla função, permitindo ao usuário ser distante, independente e individuado, ao mesmo tempo em que o manteria dependente (...) e leal à família” (p. 32). Essa configuração ajudaria a explicar a repetição multigeracional da dependência, uma vez que a baixa diferenciação contribui para a repetição dos padrões vivenciados na família de origem por dificultar o questionamento e a reflexão acerca dos valores, crenças e mitos familiares.

Os mitos familiares mostram-se importantes para a compreensão dessa repetição (Sholevar & Schwoeri, 2003) e são descritos como “sistemas explicativos de aspectos da vida que, conscientemente, são difíceis de serem compreendidos ou aceitos” (Falcke & Wagner, 2005, p. 40). Trata-se de conteúdos que são transmitidos através das gerações e que têm por finalidade preservar a identidade familiar, servindo como um mecanismo de defesa da família diante da realidade com que seus membros se deparam. O mito transmite expectativas, papéis, regras de funcionamento e orientações sobre o mundo que influenciarão as gerações posteriores e, dessa forma, poderão tanto contribuir para o seu funcionamento como prejudicá-lo (Falcke & Wagner, 2005; Pillari, 1993). A esse respeito, Pillari apresentou um estudo de caso em que os mitos de que “os homens são fracos e podem ser mudados” contribuiu para que diferentes gerações de mulheres de uma mesma família se casassem com homens alcoolistas.

Também os rituais familiares parecem desempenhar um papel mediador na transmissão geracional do abuso/dependência do álcool (Adelson, 2010; Sholevar & Schwoeri, 2003). Os rituais familiares dizem respeito a atos organizados que se repetem em uma dada família, tais como reuniões periódicas, celebrações e outros tipos de cerimônias. Servem ao fortalecimento da identidade familiar e à transmis-

são de valores, além de formalizarem o reconhecimento de transições familiares ou outros eventos significativos (Adelson, 2010; Falcke & Wagner, 2005). A preservação dos rituais familiares diante do abuso/dependência do álcool tende a funcionar como um elemento de proteção em relação à sua transmissão geracional, dado o sentido de coesão familiar presente. O contrário ocorre quando os rituais se mostram extremamente alterados em função do abuso/dependência do álcool (Adelson, 2010; Sholevar & Schwoeri, 2003).

A importância da família constituída foi também abordada em modelos sistêmicos clássicos. De acordo com Sholevar e Schwoeri (2003), passou-se a compreender que, nas famílias em que um ou ambos os cônjuges apresentam abuso/dependência de álcool, haveria a necessidade de considerar a dinâmica familiar em ação e abordar a unidade familiar como um todo. Nesse sentido, assinalou-se que o sintoma – abuso/dependência do álcool – tenderia a apresentar uma função para o sistema familiar, servindo para “mascarar” outras dificuldades familiares e para manter, assim, a família funcionando de acordo com um padrão conhecido de equilíbrio.

No que se refere especificamente à conjugalidade, deduz-se, a partir desses modelos, que o abuso/dependência do álcool desempenharia também uma função para a relação do casal. Assim, compreende-se tanto que a relação contribuiria para a manutenção dos comportamentos relacionados ao álcool, como estes contribuiriam para a manutenção da relação (Marshal, 2003).

De acordo com essa visão, a relação desses casais poderia ser marcada pela existência de uma colusão entre os parceiros (Stanton, 1980). O conceito de colusão se refere a um pacto não manifesto entre os cônjuges, segundo o qual ambos se comprometem a satisfazer suas necessidades inconscientes (Willi, 1978), as quais nem sempre equivalem àquelas que são reconhecidas e manifestas para os outros ou para si mesmo. Assim, embora o cônjuge se posicione contra o abuso/dependência do álcool, o mesmo pode apresentar – por motivos inconscientes – comportamentos que venham justamente a reforçá-lo (Stanton, 1980).

No entanto, a partir da lógica de que o sistema exerce algum tipo de influência sobre o desenvolvimento do sintoma, é necessário considerar que o casal e a família também podem contribuir para a superação do abuso/dependência do álcool (Stanton, 1980). A esse respeito, destaca-se o apoio tanto da família de origem como do parceiro.

Em um influente trabalho na área, Steinglass, Benett, Wolin e Reiss (1987) questionaram as visões negativas que tenderam historicamente a marcar a atitude dos profissionais em relação às famílias em situação de abuso/dependência do álcool, ou seja, visões que as colocam como sua “causa” ou, no mínimo, como desafios a serem superados no tratamento. Esses autores defenderam, por outro lado, que essas famílias representam “sistemas comportamentais complexos, com uma impressionante tolerância ao estresse. (...) Essas famílias variam muito e não se enquadram em fórmulas simplistas ou em conceitos explanatórios uniformes” (p. 08). Apesar disso, os autores assinalaram que essas famílias tenderiam a enfrentar desafios semelhantes, o que justificaria o uso de uma abordagem familiar.

Para algumas dessas famílias – as chamadas “famílias alcoolistas” –, o álcool passaria a assumir o papel de um princípio estruturador das relações, estando intimamente ligado às estratégias de resolução de problemas, bem como à rotina e aos rituais familiares (Steinglass et al., 1987). Dessa forma, caberia ao terapeuta compreender o papel desempenhado pelo álcool nas estratégias utilizadas pela família para a resolução dos seus problemas (Steinglass, 2009).

Também as atitudes, os valores e as crenças da família tendem a se mostrar relevantes à compreensão de sua relação com o álcool, contribuindo para que a mesma se mostre mais ou menos vulnerável (Steinglass et al., 1987). Certas crenças, por exemplo, podem contribuir para uma postura ambivalente em relação ao álcool (Steinglass, 2009). De acordo com este autor, por exemplo, podem ser identificados receios como “se nós mudarmos, nós não poderemos mais recorrer àqueles comportamentos que têm nos ajudado a manejar/resolver/neutralizar problemas tão importantes em nossas vidas?” (p. 165).

É necessário lembrar, ainda, que as relações familiares não se mantêm estáveis, sofrendo constantes demandas de transformação em função do crescimento/desenvolvimento de seus membros e das mudanças ocorridas no contexto (Andolfi, Angelo, Menghi & Nicolò-Corigliano, 1983/1989; Carter & McGoldrick, 1995; Minuchin, 1985; Minuchin & Fishman, 1981/1990). O álcool, no entanto, tenderia a influenciar esse processo de desenvolvimento da família (Steinglass et al., 1987). De acordo com estes autores, a importância atribuída ao álcool na estrutura das famílias alcoolistas pode contribuir para que os desafios pertinentes a cada etapa do ciclo de vida familiar sejam colocados em segundo plano em função dos desafios apresentados pelo álcool. Essas famílias tendem, portanto, a priorizar a estabilidade a curto prazo, em detrimento do desenvolvimento e da mudança que se mostram essenciais a longo prazo. Assim, mudanças como aquelas acarretadas pela transição entre as diversas fases do ciclo de vida familiar seriam consideradas ameaçadoras. Em uma obra mais recente, Krestan e Bepko (1995) destacaram a importância de considerar a fase do ciclo de vida em que a família se encontra ao se abordar o abuso/dependência do álcool. Ao se trabalhar com um novo casal, por exemplo, seria necessário questionar o lugar do álcool na definição de papéis e regras, bem como no processo de regulação de proximidade–distanciamento que se mostra tão importante neste estágio.

Considera-se também a existência de um ciclo referente ao beber. Jackson (1954, citada por Krestan & Bepko, 1995) apresentou um modelo de quatro etapas caracterizadas respectivamente (a) pela tensão trazida pelo sistema em função do abuso/dependência, o que pode fazer com que todas as outras questões do casal sejam colocadas em segundo plano; (b) pelo isolamento da família, bem como pelas tentativas de controlar o comportamento daquele que bebe; (c) pela transferência da ênfase na tentativa de controle daquele que bebe para a tentativa de controle da tensão, ou seja, dos efeitos do beber; bem como (d) pela redistribuição de papéis e por uma maior reestruturação da família em função do álcool. Tenderia a ocorrer, portanto, uma crescente rigidez nos padrões relacionais familiares, de for-

ma que a família passaria a se mover através de ciclos previsíveis e bem caracterizados de intoxicação e sobriedade (Steinglass et al., 1987).

Identifica-se, portanto, uma evolução na compreensão sistêmica do abuso/dependência do álcool no contexto familiar. Nesse sentido, Steinglass e Robertson (1983) afirmam:

Tradicionais hipóteses do tipo causa e efeito são substituídas, nestes modelos, por explicações multifatoriais. A família é vista como uma em uma série de variáveis que interagem de forma dinâmica e sistêmica para influenciar o desenvolvimento e o curso de uma condição como o alcoolismo. (p. 244)

Além disso, a abordagem sistêmica veio a contribuir com uma série de conceitos que podem se mostrar úteis à compreensão dessas famílias, tais como os de interdependência, multigeracionalidade e ciclo de vida familiar. No entanto, a partir das contribuições de diferentes referenciais teóricos, outros conceitos também foram propostos e destacaram-se no estudo desses casais e famílias, como, por exemplo, o de codependência.

O Conceito de Codependência

Um dos conceitos desenvolvidos para abordar as relações familiares e, em especial, o funcionamento conjugal no contexto do abuso/dependência do álcool se refere à codependência. Embora esse constructo careça de uma definição consensual e venha sendo alvo de diversas críticas com o passar dos anos, o mesmo assume um lugar de destaque no atendimento a famílias e casais que lidam com algum tipo de adição (Dear & Roberts, 2002).

Embora tenha se desenvolvido a partir de contribuições de diferentes referenciais teóricos, o conceito de codependência mostra-se em sintonia com os modelos sistêmicos clássicos sobre o uso do álcool no contexto familiar. É descrito, a partir desta abordagem, como uma situação em que o usuário:

continua a receber o apoio de sua família pelo comportamento indesejado (que se torna parte de sua identidade pessoal). (...) É como se a família não pudesse existir sem o usuário, mas ao mesmo tempo se sentisse responsável e culpada por não conseguir mudar o seu comportamento (Sholevar & Schworer, 2003, p. 674).

A partir de uma revisão da literatura sobre a evolução do conceito, Maia (2012) assinalou que, de forma geral, a codependência se refere a uma série de tendências comportamentais, emocionais e de personalidade identificadas em familiares de alcoolistas, caracterizadas pelo foco nas necessidades do outro em detrimento das próprias. O “codependente” mostra-se extremamente atento em relação às atitudes do familiar que bebe, buscando protegê-lo e controlá-lo. Nesse contexto, a relação com o outro assume um lugar de extrema relevância para a definição de sua autoestima e identidade (Dening, 2010), de forma que essas pessoas são tradicionalmente descritas como apresentando:

baixa auto-estima, um senso de identidade pessoal altamente baseado na validação externa, expectativas não realistas em relação a si mesmo e aos outros, incapacidade para satisfazer suas próprias necessidades de dependência, alta tolerância para comportamentos inadequados, crença de que se importar com alguém equivale a ser responsável por ele ou ela, frágeis fronteiras do ego, distorções sobre intimidade e separação, sentimentos baseados no que se sente em relação ao outro, ações baseadas no que outra pessoa fez ou pode vir a fazer, dependência em relação a pessoas e coisas externas a si mesmo. (Collins, 1993, Current Definitions section, ¶1)

Segundo Ranganathan (2004), na tentativa de controlar a vida daquele que bebe, esses familiares terminariam perdendo o controle sobre suas próprias vidas. O cotidiano familiar passaria a se caracterizar pela ausência de uma rotina com a qual se pode contar; pela redução do autocuidado; pela repetição de estratégias que

têm se mostrado ineficazes para a mudança da situação; por um crescente isolamento, motivado pela sensação de que as pessoas de fora da família não seriam capazes de compreender a situação; bem como pela culpabilização do alcoolista em relação a todas as dificuldades presentes na vida familiar.

De acordo com Collins (1993), esse comportamento exibido pelos familiares e especialmente pelas esposas de maridos alcoolistas tem sido tradicionalmente explicado a partir de dois paradigmas. O primeiro o atribui a características de personalidade da própria esposa ou familiar, que, assim, contribuiria para o abuso/dependência do álcool, como forma de atender às suas próprias necessidades ou de encobrir dificuldades pessoais. O segundo paradigma baseia-se, por outro lado, na ideia de que esses comportamentos representariam uma forma de a esposa e a família tentarem lidar com os desafios impostos pelo abuso/dependência do álcool. Os autores que defendem este paradigma, no entanto, concordam que a família, ao agir dessa forma, pode contribuir para a manutenção do comportamento indesejado.

Aproximando-se do segundo paradigma, Denning (2010) criticou a visão da codependência como um transtorno, propondo uma abordagem biopsicossocial. De acordo com esta autora, deve-se evitar patologizar as respostas apresentadas pelas famílias, já que as mesmas representam tentativas – mesmo que imperfeitas – de manter a união e o apoio entre os familiares.

Outras críticas têm sido apresentadas ao conceito de codependência. A primeira delas se refere à ausência de validação empírica, já que estudos têm sugerido que as esposas de alcoolistas não compõem um grupo uniforme como o conceito sugere (Collins, 1993; Dear & Roberts, 2002; Maia, 2012). Além disso, assinala-se que o conceito de codependência valoriza as noções de individualidade e autonomia, em detrimento das noções de interdependência e solidariedade (Maia, 2012). Nesse sentido, denuncia-se que o conceito de codependência mostra-se permeado por questões de gênero que devem ser consideradas e que se mostram associadas a uma visão negativa e culpabilizadora da mulher (Maia, 2012). Conforme assinalaram Dear e Roberts, as características utilizadas para descrever a codependên-

cia em muito se aproximam dos valores e das metas de socialização comumente impostos às mulheres, entre os quais se destacam o cuidado com o outro, o compromisso e o sacrifício pessoal. Dessa forma, simplesmente patologizar esses comportamentos significaria desconsiderar o meio social em que vivemos e responsabilizar as mulheres por uma situação que se mostra muito mais ampla e complexa.

O Abuso/Dependência do Álcool e a Conjugalidade

A conjugalidade – ou subsistema conjugal – representa um espaço de interdependência, onde comumente se espera que os parceiros possam satisfazer suas necessidades psicológicas e obter apoio mútuo (Minuchin, 1980/1990; Minuchin & Fishman, 1981/1990). Como um sistema aberto, a relação conjugal se desenvolve a partir daquilo que acontece com os parceiros e em seu contexto (Andolfi, Angelo, Menghi & Nicolò-Corigliano, 1983/1989; Carter & McGoldrick, 1995; Minuchin, 1985; Minuchin & Fishman, 1981/1990), sendo influenciada pelo que ocorreu nas gerações passadas ou por conteúdos transmitidos por estas (Carter & McGoldrick, 1995). Nesta seção, para se discutir a relação álcool/conjugalidade, serão abordados o processo de escolha do cônjuge e o funcionamento conjugal.

A abordagem sistêmica tem considerado a escolha do cônjuge como um processo intimamente relacionado às experiências vivenciadas na família de origem, a partir do qual os cônjuges se escolheriam mutuamente como forma de se aproximarem ou distanciarem dos modelos aprendidos (Silva, Menezes & Lopes, 2010) e de buscar a satisfação de necessidades não atendidas em sua história (Willi, 1978), além de agirem em função de suas lealdades em relação ao seu sistema familiar (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2008). A isso, somar-se-iam as possíveis buscas por similaridades ou complementaridades no parceiro (Silva et al., 2010).

Olmsted, Crowell e Waters (2003) buscaram esclarecer as relações entre a presença de abuso/dependência do álcool na família de origem e nos parceiros. De acordo com os resultados obtidos, ser filho de pais alcoolistas pode constituir um

fator de risco para se casar com um parceiro também alcoologista, em especial para as mulheres.

Em estudo qualitativo conduzido no Brasil com esposas de alcoologistas, Souza, Carvalho e Teodoro (2012) destacaram que os relatos de suas participantes se mostraram marcados pela presença de familiares também alcoologistas, bem como por relações familiares descritas como autoritárias, agressivas e/ou distantes. No entanto, identificaram, entre essas mulheres, sentimentos de compaixão em relação ao familiar alcoologista e a disposição de assumirem o papel de cuidadoras diante de seu adoecimento, o que pode ser relacionado ao modelo com o qual cresceram, caracterizado por uma mãe cuidadora e por um pai em relação ao qual nutriam sentimentos ambivalentes de solidariedade e ressentimento.

Além das experiências vivenciadas na família de origem, Olmsted et al. (2003) destacaram a necessidade de considerar como essas pessoas se relacionam com álcool. De acordo com os dados obtidos por estes e outros autores (Kearns-Bodkin & Leonard, 2005; Leonard & Eiden, 2007), alcoologistas apresentariam maior probabilidade de se casarem entre si, o que se mostra de acordo com a ideia de que as pessoas buscariam parceiros semelhantes a elas (Silva et al., 2010).

No entanto, não se deve ignorar que, ao longo da relação, as pessoas se transformam, o que, por vezes, dá-se em uma tentativa de aproximar suas expectativas e seus valores aos do cônjuge (Minuchin & Fischman, 1990). Dessa forma, é possível conceber que os cônjuges se tornem mais parecidos e que a presença de abuso/dependência do álcool em um deles possa influenciar o uso feito pelo outro. Uma revisão da literatura (Leonard & Eiden, 2007) corrobora essa hipótese, indicando que o uso de álcool pelo marido no momento do casamento prediria o uso da esposa no ano subsequente, bem como que a chance de recaída para pessoas em tratamento seria maior para aquelas cujo companheiro também bebe.

Seguindo-se a mesma lógica acerca da influência do cônjuge e/ou do casamento, sugere-se que este também pode representar um fator de proteção ou contribuir para a redução do uso do álcool (Kearns-Bodkin & Leonard, 2005; Leonard & Eiden, 2007). Em um estudo que envolveu 4.449 mulheres, Jennison e Johnson

(2001) identificaram que certas características do funcionamento conjugal, como a coesão e os padrões positivos de comunicação, poderiam servir como fatores de proteção em relação aos efeitos da transmissão geracional do uso do álcool e às influências ambientais. Na mesma direção, encontram-se dados que demonstraram uma menor probabilidade de sintomas relacionados ao uso do álcool entre sujeitos que se casaram, bem como um maior índice de remissão entre sujeitos casados quando comparados a solteiros (Kearns-Bodkin & Leonard, 2005; Leonard & Eiden, 2007). Estes autores sugeriram, no entanto, cautela na interpretação destes dados, em virtude de limitações metodológicas e de contradições entre os estudos.

No que se refere ao funcionamento conjugal desses casais, Marshal (2003) propôs sua operacionalização a partir de três variáveis: (a) padrões de interação, que dizem respeito às atitudes e comportamentos predominantes na relação; (b) violência, que diz respeito aos diferentes tipos de agressão – verbal, física etc. – possivelmente presentes na relação do casal; e (c) satisfação, que diz respeito à forma como as pessoas avaliam sua relação.

Abordando-se a relação álcool/conjugalidade a partir de uma perspectiva bidirecional, é necessário considerar tanto que os padrões de interação do casal possam impactar o uso do álcool, como que este possa influenciar os padrões de interação do casal. No primeiro caso, como já foi discutido, é possível conceber que a relação possa agir como um fator de proteção em relação ao uso do álcool ou que, por outro lado, as dificuldades relacionais possam contribuir para um aumento do uso, em uma perspectiva em que o álcool seria utilizado como uma estratégia para lidar com as dificuldades relacionais (Kearns-Bodkin & Leonard, 2007; Leonard & Eiden, 2007; Levit & Cooper, 2010).

No que se refere aos efeitos do uso do álcool sobre a relação, os cônjuges costumam relatar tanto efeitos positivos como efeitos negativos no comportamento do cônjuge que bebe (Leonard & Eiden, 2007). Entre os positivos, menciona-se uma maior expressão dos sentimentos, bem como a possibilidade de o cônjuge se mostrar mais atencioso, atento e carinhoso. Entre os negativos, situam-se o parceiro flertar com outras pessoas e mostrar-se mais irritado ou, até mesmo, assustador

e violento. Estudos (Marshal, 2003) sugerem que a diferença entre efeitos positivos e negativos possa ser moderada pelo nível de consumo, sendo que efeitos positivos tenderiam a estar relacionados a um consumo que varia entre leve e moderado, enquanto os negativos tenderiam a marcar a relação dos chamados casais alcoolistas, ou seja, aqueles em que há uma situação de abuso/dependência do álcool. Este autor chamou a atenção, no entanto, para a necessidade de evitarem-se abordagens simplistas, que caracterizem os efeitos do álcool sobre a relação conjugal somente como positivos ou negativos.

De acordo com Stanton (2005), o uso do álcool por um dos parceiros tende a se mostrar relacionado a dois tipos de reação: a aceitação ou o confronto. O primeiro tipo estaria relacionado à sensação de desamparo e à esperança de que, ao conseguir manejar ou controlar as consequências do comportamento daquele que bebe, a situação melhoraria com o tempo. Ao agirem dessa forma, no entanto, os parceiros podem contribuir de forma não intencional para a continuidade do comportamento indesejado. Já o segundo tipo estaria relacionado ao sofrimento causado pelo contexto de abuso/dependência, que levaria a intensos conflitos e demandas por mudança. Segundo Stanton, embora essa reação possa levar a promessas de mudança, essas nem sempre se concretizam. É possível, também, que a relação do casal passe a se caracterizar por uma dinâmica do tipo demandante-evitativo, em que um busca explicações e mudanças enquanto o outro se distancia. Com o passar do tempo, ambos os tipos de reação podem se alternar, configurando-se um padrão confuso e contraditório.

A partir de uma revisão da literatura, Marshal (2003) assinalou que, em comparação a casais de um grupo controle, casais alcoolistas tenderiam a apresentar, em suas interações, mais comportamentos negativos (p. ex.: queixas, evitação, críticas), assim como menos comportamentos positivos (p. ex.: empatia, aprovação, humor) ou de resolução de problemas (p. ex.: ser capaz de descrever o problema e de propor soluções). Além disso, identificaram-se evidências de que homens alcoolistas tenderiam a responder menos aos comportamentos positivos manifestos por suas esposas. Por outro lado, eles também mostraram responder menos aos comporta-

mentos negativos manifestos por elas, o que contribuiria para evitar a escalção do conflito.

Kearns-Bodkin e Leonard (2007) desenvolveram um estudo longitudinal em que acompanharam 592 casais pelo período de três anos, contados a partir do momento de solicitação da licença para realização do casamento. Os autores buscaram relacionar o uso de álcool à qualidade conjugal, aqui entendida a partir da percepção dos cônjuges acerca de sua satisfação com o relacionamento, da frequência de conflitos e de outros aspectos de sua relação. Em um primeiro momento, identificou-se uma correlação entre os níveis de consumo de álcool e a qualidade conjugal, mas não uma relação entre os níveis iniciais de consumo e o desenvolvimento posterior da relação. Os autores constataram, porém, que a redução no consumo se mostrou associada a menores quedas na qualidade conjugal, mostrando-se um fator de proteção. A ausência de resultados longitudinais acerca da relação entre uso do álcool e relação conjugal não permite afirmações acerca da direcionalidade da influência – se A influenciaria B, B influenciaria A ou ambos se influenciariam mutuamente –, mas reforçam a existência de algum tipo de relação entre essas duas dimensões.

Em estudo posterior que envolveu 69 casais com diferentes níveis de uso do álcool ao longo de três semanas, Levit e Cooper (2010) tiveram como objetivo justamente investigar a bidirecionalidade das relações entre uso de álcool e conjugalidade. Os participantes responderam a dois questionários diários, em que informavam sobre seu consumo de álcool, bem como sobre o funcionamento de sua relação, o que incluía avaliações sobre a intimidade do casal, comportamentos negativos do parceiro e eventos negativos que marcaram a relação. De forma geral, os resultados sugerem que o abuso de álcool tende a afetar negativamente as interações do casal no dia seguinte, enquanto a escassez de interações positivas ou a presença de interações negativas podem contribuir para um maior consumo de álcool no dia seguinte. No entanto, mostraram-se importantes questões relativas à concordância no consumo entre os cônjuges – ou seja, se ambos consumiriam quantidades similares –, à quantidade de álcool utilizada e ao gênero. Neste sentido, as mulheres

mostraram-se mais propensas a utilizar o álcool como forma de lidar com seus sentimentos quanto à relação. De acordo com os autores,

os resultados do presente estudo indicam que os efeitos do uso do álcool e do funcionamento da relação são, em uma base diária, bidirecionais, complexos e dependentes de um número de fatores, sugerindo-se então que afirmações gerais sobre os efeitos do uso do álcool e dos processos relacionais uns sobre os outros devem ser realizados com cautela. (p. 1717)

Muitos estudos foram conduzidos no sentido de investigar a violência presente nesses casais. Na revisão da literatura realizada por Marshal (2003), identificou-se que os chamados casais alcoolistas tendem a apresentar níveis de violência – tanto verbal como física – superiores às normas populacionais e a casais de grupos controle. Essa correlação também pôde ser observada em estudos que enfocaram homicídios cometidos por homens contra suas parceiras e mulheres atendidas em emergências médicas (Leonard & Eiden, 2007). Segundo estes autores, a correlação entre álcool e violência doméstica seria ainda maior quando o consumo de álcool varia entre moderado e elevado.

De acordo com Schmidt (2010), haveria, nesses casais, um ciclo composto por dois períodos que se alternam. A partir dos dados obtidos junto a um estudo nacional qualitativo realizado com cinco homens que cometeram violência contra suas mulheres, o autor concluiu que, no período de intoxicação, o álcool exerce uma “função contraditória” (p. 87), sendo inicialmente utilizado como forma de manejar as dificuldades encontradas na relação, mas posteriormente favorecendo a agressividade e contribuindo para episódios de violência física. No período de sobriedade, dar-se-ia a reconciliação, acompanhada pelas promessas e pela esperança de mudança.

A partir de um estudo qualitativo realizado com 14 mulheres no México, Castañón (2007) chamou a atenção para a dimensão cultural presente no contexto da violência perpetrada por maridos alcoolistas. Ao se referir à comunidade estudada, a autora afirmou que “o uso abusivo do álcool, bem como alguns comportamentos de controle por parte do marido para a mulher são considerados como normais e, portanto, consensuais” (p. 149). Dessa forma, dificulta-se tanto o reconhecimento do problema, como a obtenção de apoio social, o que constitui um fator de risco adicional a esses casais (Andrade & Vaitsman, 2002).

No que se refere aos estudos que enfocaram especificamente a satisfação conjugal, uma revisão da literatura (Marshal, 2003) indicou que esses casais apresentam níveis semelhantes aos de casais em conflito, os quais são inferiores aos de casais que se descrevem como felizes em seus casamentos. Sugeriu-se, portanto, que o uso do álcool esteja associado à insatisfação conjugal.

A partir de um estudo conduzido em Portugal, Lourenço e Teixeira (2006) identificaram ainda que o nível de satisfação descrito pelos parceiros tende a ser inferior ao descrito pelos próprios usuários. No entanto, identificou-se, em ambos os casos, certa idealização da relação, que poderia contribuir para a sua manutenção.

Além de as evidências corroborarem a hipótese de que a relação álcool/conjugalidade seja bidirecional, deve-se considerar que a mesma se mostra complexa e perpassada por uma série de variáveis, tais como fatores de personalidade, gênero, quantidade de álcool utilizada, concordância entre os cônjuges, apoio social disponível, entre outras (Marshal, 2003). O profissional, portanto, deve adotar uma perspectiva multidimensional em sua avaliação, que lhe permita identificar os diferentes fatores de risco e proteção disponíveis, bem como o lugar específico que o álcool ocupa na vida e na história de cada casal.

Considerações Finais

A partir do que foi aqui discutido, espera-se que fique claro que adotar uma abordagem sistêmica para a compreensão da conjugalidade no contexto de abuso/dependência do álcool não equivale a simplesmente dizer que as relações familiares e/ou conjugais “causam” o abuso/dependência. Essa visão reforça uma ideia de linearidade – justamente contestada pelo pensamento sistêmico e, em especial, pelo novo paradigma (Vasconcellos, 2002) –, tendendo a não englobar a complexidade de fatores que atualmente se sabem envolvidos no abuso/dependência de álcool, os quais englobam fatores biológicos, subjetivos, familiares e sociais (Schmidt, 2010; Steinglass, 2009). Essa preocupação com a complexidade embasa o questionamento que autores sistêmicos têm apresentado acerca das relações familiares como único ou principal fator etiológico para o desenvolvimento de diferentes transtornos (Lebow, 2013).

Além disso, “esse argumento ‘o ovo ou a galinha’ é importante filosoficamente, uma vez que pode organizar a atitude do terapeuta e, dependendo da posição adotada, (...) alienar a família ou promover sua cooperação terapêutica” (Gibney, 2006, p. 51). Dessa forma, é importante considerar que uma visão linear tende a reforçar a culpabilização da família (Schmidt, 2010), afetando, assim, o seu tratamento e tornando ainda mais difícil uma situação já desafiadora ao acrescentar culpa à equação. Como bem assinalou Denning (2010), mesmo que a família esteja lidando com a situação de uma forma que pareça ao profissional longe da ideal, por vezes, ela o está fazendo na tentativa de manter seus membros próximos e unidos. Dessa forma, é importante que os profissionais pensem nas famílias como recursos que podem ser bem aproveitados no tratamento e no processo de mudança como um todo (Steinglass et al., 1987).

Por outro lado, não se está afirmando que se deva pensar apenas no impacto que o álcool exerce sobre o casal e a família, desconsiderando-se o seu papel na evolução dos sintomas (Koopmans, 1997). A interrelação álcool e família deve ser abordada de forma complexa, considerando os diferentes fatores envolvidos, bem como sua interação circular (Schmidt, 2010).

A revisão de estudos que investigaram a relação álcool/conjugalidade corroborou a necessidade dessa abordagem complexa, tanto ao sugerir a bidirecionalidade da relação álcool/conjugalidade, como ao demonstrar que a mesma se mostra influenciada por uma gama de variáveis individuais, familiares e sociais. A compreensão dos padrões multigeracionais e do ciclo de vida familiar também pode se mostrar útil no trabalho com essas famílias. Embora, ao profissional, essa diversidade de variáveis possa parecer difícil de manejar inicialmente, a mesma também amplia o leque de recursos disponíveis, ao sofisticar e diversificar seu olhar.

Referências

- Adelson, J. I. (2010). *Contemporary family systems approach to substance abuse*. Recuperado em 25 de setembro de 2015, de <http://forumonpublicpolicy.com/spring2010.vol2010/spring2010archive/adelson.pdf>
- Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P. & Nicolò-Corigliano, A. M. (1989). *Por trás da máscara familiar: Um novo enfoque em terapia da família*. Porto Alegre: Artes Médicas. Original publicado em 1983.
- Andrade, G. R. B. & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: Conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 925-934.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. M. (2008). *Lealtades invisibles: Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Buenos Aires: Amorrortu. Original publicado em 1973.
- Bowen, M. (1976). Theory in the practice of psychotherapy. In P. J. Guerin, Jr. (Ed.), *Family therapy: Theory and practice* (pp. 42-90). New York: Gardner Press.
- Bruscagin, C. B. (2010). Terapia familiar sistêmica. *Psicoterapias (Mente e Cérebro)*, 4, 36-65.
- Carter, B. & McGoldrick, M.(Eds.)(1995). As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar. In B. Carter, & M. McGoldrick (Eds.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 07-29). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Castañón, A. H. (2007). *Ação comunicativa com mulheres de alcoolistas: Uma aproximação ao seu mundo de vida*. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Collins, B. G. (1993). Reconstructing codependency using self-in-relation theory: a feminist perspective. *Social Work*, 38(4). Recuperado em 15 de setembro de 2015, de <http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA14324911&v=2.1&u=capes&it=r&p=AONE&sw=w&asid=c6b22a5b26fcc04c2dcd8f673a2a1f90>

- Dear, G. E. & Roberts, C. M. (2002). The relationships between codependency and femininity and masculinity. *Sex Roles*, 46(5/6), 159-165.
- Dening, P. (2010). Harm reduction therapy with families and friends of people with drug problems. *Journal of Clinical Psychology*, 66(2), 164-174.
- Falcke, D. & Wagner, A. (2005). A dinâmica familiar e o fenômeno da transgeracionalidade: Definição de conceitos. In A. Wagner (Ed.), *Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares* (pp. 25-46). Porto Alegre: Edipucrs.
- Féres-Carneiro, T. & Ponciano, E. T. (2005). Articulando diferentes enfoques teóricos na terapia familiar. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39(3), 439-448.
- Gibney, P. (2006). The double bind theory: Still crazy-making after all these years. *Psychotherapy in Australia*, 12(3), 48-55.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Jennison, K. M. & Johnson, K. A. (2001). Parental alcoholism as a risk factor for DSM-IV-defined alcohol abuse and dependence in american women: The protective benefits of dyadic cohesion in marital communication. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(2), 349-374.
- Kearns-Bodkin, J. N. & Leonard, K. E. (2005). Alcohol involvement and marital quality in the early years of marriage: A longitudinal growth curve analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(12), 2123-2134.
- Koopmans, P. (1997). *Schizophrenia and the family: Double bind theory revisited*. Recuperado em 10 de agosto de 2014, de <http://www.goertzel.org/dynapsyc/1997/Koopmans.html>
- Krestan, J. A. & Bepko, C. (1995). Problemas de alcoolismo e o ciclo de vida familiar. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 415-439). Porto Alegre: Artmed.
- Lebow, J. L. (2005). *Handbook of Clinical Family Therapy*. Hoboken: John Wiley & Sons.

- Lebow, J. L. (2013). Editorial: DSM-V and family therapy. *Family Process*, 52(2), 155-160.
- Leonard, K. E. & Eiden, R. D. (2007). Marital and family processes in the context of alcohol use and alcohol disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 285-310.
- Levitt, A. & Cooper, M. L. (2010). Daily alcohol use and romantic relationship functioning: Evidence of bidirectional, gender-, and context-specific effects. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(12), 1706–1722.
- Lourenço, S. V. & Teixeira, Z. (2006). A satisfação conjugal no alcoolismo: Um contributo para a compreensão de histórias (quase) sem fim. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 3, 265-275.
- Maia, C. A. B. (2012). *Co-dependência: Uma abordagem global com base na experiência clínica*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Marshal, M. P. (2003). For better or for worse? The effects of alcohol use on marital functioning. *Clinical Psychological Review*, 23, 959-997.
- Minuchin, P. (1985). Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 56, 289-302.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas. Original publicado em 1980.
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1990). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas. Original publicado em 1981.
- Nichols, M. P. & Schwartz, R. C. (1998). *Terapia Familiar: Conceitos e Métodos*. Porto Alegre: Artmed.
- Olmsted, M. E., Crowell, J. A. & Waters, E. (2003). Assortative mating among adult children of alcoholics and alcoholics. *Family Relations*, 52, 64–71.

- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Global status report on alcohol and health – 2014*. Luxembourg: Author. Recuperado em 05 de outubro de 2015, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1
- Palazzoli, M. S. (1998). Sobrevôo sobre uma pesquisa clínica fiel a seu objeto. In M. Elkaim (Ed.), *Panorama das terapias familiares* (v. 1, pp. 297-321). São Paulo: Summus.
- Pillari, V. (1993). *Family myths in therapy*. New Jersey: Jason Aronson.
- Schmidt, B. B. L. B. (2010). *Ciclos de violência e alcoolismo na conjugalidade: Construções subjetivas dos homens agressores e alcoolistas*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília.
- Ranganathan, S. (2004). Families in transition: Victims of alcoholism and new challenges ahead. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 26(4), 399-405.
- Sholevar, G. P. & Schworer, L. D. (2003). Alcoholic and substance-abusing families. In G. P. Sholevar & L. D. Schworer (Eds.), *Textbook of family and couples therapy: Clinical applications*. Washington: American Psychiatry Publishing.
- Silva, I. M. (2013). *O desenvolvimento da relação do casal durante a transição para a parentalidade no contexto da reprodução assistida: Um estudo longitudinal da gestação ao primeiro ano de vida do bebê*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Silva, I. M., Menezes, C. C. & Lopes, R. C. S. (2010). Em busca da “cara-metade”: Motivações para a escolha do cônjuge. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(3), 383-391.
- Souza, J., Carvalho, A. M. P. & Teodoro, M. L. M. (2012). Esposas de alcoolistas: Relações familiares e saúde mental. *SMAD: Revista eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 8(3), 127-133.

- Stanton, M. (1980). Drug abuse and the family. In M. Andolfi & I. Zwerling (Eds.), *Dimensions of family therapy* (pp. 29-46). New York: The Guilford Press.
- Stanton, M. (2005). Couples and addiction. In M. Norway (Ed.), *Handbook of couples therapy* (pp. 313-336). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Steinglass, P. (2009). Systemic motivational therapy for substance abuse disorders: an integrative model. *Journal of Family Therapy*, 31, 155-174.
- Steinglass, P. & Roberts, A. (1983). The alcoholic family. In B. Kissing & H. Begleiter (Eds.), *The biology of alcoholism: The pathogenesis of alcoholism psychosocial factors* (pp. 243-307). New York: Springer.
- Steinglass, P., Bennett, L. A., Wolin, S. J. & Reiss, D. (1987). *The alcoholic family*. New York: Basic Books.
- Sudbrack, M. F. O. (2003). Terapia familiar e dependência de drogas: Construções teórico-metodológicas no paradigma da complexidade. In I. Costa, A. F. Holanda, F. C. Martins & M. I. Tafuri (Eds.), *Ética, linguagem e sofrimento* (pp. 273-293). Brasília: Positiva.
- Tomm, K. (1998). A question of perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(4), 409-413.
- Vasconcellos, M. J. E. (2002). *Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência*. Campinas: Papirus.
- Willi, J. (1978). *La pareja humana: Relación y conflicto*. Madrid: Morata.

6

Envolvendo o adolescente na discussão sobre drogas: qual sua contribuição ao debate?

Silvia Renata Lordello

Este texto tem por objetivo, apresentar uma reflexão teórico-conceitual sobre o protagonismo juvenil e sua relação com a trajetória das políticas sobre drogas, no intuito de que iniciativas que incluam os adolescentes sejam fomentadas pela pesquisa e pela formulação de políticas públicas.

É comum abordar temáticas polêmicas, como o uso de drogas, baseando-se em argumentos científicos e em políticas que privilegiam visões atualizadas e baseadas em evidências. Entretanto, há, na literatura mais recente, uma inquietação sobre como os adolescentes percebem os riscos das drogas, como se posicionam diante das possíveis mudanças regulatórias, que benefícios percebem e que conhecimentos detêm a respeito da legislação (Andersson, Miller, Beck & Chomynova, 2009; Kuehn, 2013). Outro aspecto a ser questionado é o quanto o adolescente e o jovem têm sido ouvidos, como participantes de pesquisas, em questões que permeiam seu universo sociocultural, como por exemplo, o uso de substâncias psicoativas.

Adolescência: uma construção psicossocial

Somente a partir do século XX, a adolescência passou a apresentar-se como um período do ciclo vital reconhecido por suas especificidades. Em sua obra, Ariés

(1978/1986) descreveu que, desde o século XV, os adolescentes passaram a ser visibilizados na cultura, por meio de sua inserção na escola. No entanto, apenas recentemente a Psicologia do Desenvolvimento passou a incluir, em seus estudos, a adolescência como fase do ciclo vital.

Inicialmente, por se deter às especificidades, a adolescência era estudada de forma a privilegiar uma visão predominantemente organicista, universalista, que generalizava suas características, como nos estudos pioneiros de Stanley Hall, Erik Erikson e Maurício Knobel (Senna & Dessen, 2012). Os primeiros estudos se mantêm relevantes, pois trouxeram contribuições inovadoras à visão da época, introduzindo conceitos que, apesar de se mostrarem propensos à dicotomia organismo x ambiente, criaram condições para os estudos mais complexos que os sucederam.

As contribuições teóricas mais recentes enfatizam o desenvolvimento numa perspectiva integradora e inserem a adolescência em um paradigma contextual, pelo qual se identificam relações entre indivíduos e seus contextos (Senna & Dessen, 2012; Lerner & Steinberg, 2009; Steinberg & Lerner, 2004).

Ozella e Aguiar (2008) abordam a construção sócio-histórica da adolescência e defendem o quanto os aspectos contextuais se relacionam à constituição das subjetividades neste período do desenvolvimento humano. Cerqueira-Santos, Melo Neto e Koller (2014) problematizam os estereótipos decorrentes da universalização da adolescência, naturalizada e determinista, que limita entendimentos e desconsidera condições sociais nas quais os adolescentes estão inseridos. Esses autores analisam a importância da vivência desse período como um momento essencial de transformação, transposição e autoafirmação não só dos adolescentes que o vivem, como dos que com eles convivem.

Embora Bronfenbrenner (1999) não tenha produzido cientificamente sobre a adolescência, o esquema conceitual da Abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano possibilita uma compreensão contextual muito oportuna desta fase. O autor propõe que o desenvolvimento deva ser compreendido à luz de quatro elementos: pessoa, processo, contexto e tempo. Para o autor, a pessoa em desenvolvimento tem características biopsicológicas determinadas pela herança e

aquelas construídas na interação com os sistemas nos quais se insere, desde os mais imediatos - como casa, escola e ambientes de lazer - aos ambientes que não contam com sua presença, mas que afetam seu desenvolvimento - como o trabalho dos pais e as instâncias sociais que produzem leis e códigos da sociedade na qual vive. Nesse cenário, tomam lugar os processos proximais, que agem como motores para o seu desenvolvimento, num tempo próximo ou mesmo entre gerações.

Bronfenbrenner e Ceci (1994) argumentam que o processo consiste no principal mecanismo de desenvolvimento, associando-o às interações recíprocas e complexas que um ser humano ativo estabelece com pessoas, objetos e símbolos presentes no ambiente imediato. Há, entretanto, algumas condições para que o desenvolvimento ocorra; são elas: o engajamento em uma atividade, interações regulares, através de períodos estendidos de tempo, atividades progressivamente complexas, contando com reciprocidade nas relações interpessoais e, por fim, objetos e símbolos presentes no ambiente imediato que estimulem a atenção, exploração, manipulação e imaginação da pessoa em desenvolvimento. Considerando que o consumo de drogas e as percepções dos adolescentes a respeito dos riscos e benefícios são construções processuais, acredita-se que um estudo que utilize esse referencial pode colher informações úteis à compreensão do fenômeno e ao planejamento de intervenções.

Os processos proximais variam sistematicamente em função das características da pessoa, dos contextos nos quais interagiu ou interage, da natureza dos resultados evolutivos, das mudanças e continuidades sociais do período sócio-histórico em que a pessoa está inserida. Portanto, a forma, a força, o conteúdo e a direção dos processos proximais são dependentes de uma série de características e, por isso, não podem ser considerados estáticos ou determinantes (Bronfenbrenner & Ceci, 1994).

Para o estudo que sugere a ação protagônica do adolescente no campo das drogas, torna-se fundamental a análise dos ambientes e heranças, bem como de seus impactos nos processos proximais. Isso requer a observação de diferentes variáveis, como frequência do contato ao longo do tempo, interrupção ou estabilida-

de da exposição, timing da interação e intensidade e força da interação. Não se pode esquecer que o objetivo é compreender os resultados evolutivos como função conjunta do processo, da pessoa, dos contextos e do tempo. Entende-se, numa perspectiva bioecológica, que cada adolescente vive sua adolescência de forma diferente, contemplando-se, assim, a multiplicidade de adolescências e não um período recortado com características evolutivas exclusivistas. Isso não significa deixar de reconhecer aspectos normativos que podem auxiliar a compreensão dos processos proximais em andamento. Um exemplo é a tarefa desenvolvimental principal da adolescência, que se configura na construção de uma identidade peculiar e idiossincrática. Porém, a maneira como os processos se estabelecerão diferirá de acordo com a forma pela qual seus conteúdos serão significados, interpretados e construídos.

No que tange à percepção do adolescente sobre o uso de drogas, é preciso que os trabalhos de prevenção levem em consideração a dimensão contextual, evitando atribuições de valor que se limitem a relações de causa e efeito. As adolescências devem ser vistas em sua multiplicidade de interações e é preciso considerar as potencialidades dos jovens para fazer suas escolhas com base em processos complexos que ocorrem em função de suas características pessoais, dos ambientes nos quais participa e no tempo próximo ou geracional que marca sua trajetória.

As políticas públicas e o protagonismo adolescente

Utilizando-se desses conhecimentos, as políticas públicas voltadas aos adolescentes, ainda que incipientes, precisam ser compreendidas em seu papel de atuar como mediadoras do Estado na instrumentalização dos que podem ser beneficiados por suas ações programáticas. As políticas são iniciativas que operacionalizam serviços de saúde, proteção e garantia de direitos a este segmento populacional.

Antes de passar ao detalhamento de políticas, faz-se necessário posicionar-se sobre a definição etária. Há, no Brasil, duas concepções etárias de adolescência

que vigoram simultaneamente: o referencial da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1986), que considera a adolescência compreendida entre 10 e 19 anos, e o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), que preconiza o período entre 12 e 18 anos. Adotaremos, neste artigo, a classificação de 10 a 19 anos, por entender que a maior parte das políticas e documentos oficiais tratados na temática das drogas guardam ampla relação com o que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde.

Na trajetória das políticas públicas, os documentos nos quais o Brasil se tornou signatário foram responsáveis por trazer maior visibilidade à questão. A inclusão da criança e do adolescente no plano normativo, pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1989, com foco em seu desenvolvimento e a prioridade nas políticas públicas teve um papel determinante em ações pioneiras para esse grupo etário. Em seguida, a Lei nº 8.069 (1990), conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), efetivou vários aspectos presentes na Constituição Federal (Brasil, 1988), e teve como mérito difundir a doutrina da proteção integral e divulgar a compreensão de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos nas diversas condições sociais e individuais. O ECA promoveu impactos sobre o sistema judiciário, com a criação da Justiça da Infância e Juventude e outros procedimentos de proteção dos interesses individuais, difusos e coletivos de crianças e adolescentes.

A partir do ECA (Brasil, 1990), várias instâncias das áreas da Saúde, Educação, Justiça e Assistência Social passaram a incluir uma visão plural de adolescências em suas diretrizes. Essas passaram a contemplar processos complexos e a defender a participação adolescente nas questões que lhe são peculiares. Um exemplo que pode ilustrar essa consideração são as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (Brasil, 2010). Há, nesse documento publicado pelo Ministério da Saúde, uma recomendação sistematizada sobre a formação de adolescentes e jovens, sugerindo um olhar holístico e sustentável, que reconheça e invista em sua capacidade de liderança e participação social.

A participação juvenil, um dos temas estruturantes propostos pelas Diretrizes, sugere a geração de espaços e situações propiciadoras da participação criativa, construtiva e solidária do adolescente na solução de problemas reais, seja na escola, na comunidade e na vida social. Segundo o documento, adolescentes e jovens têm o desejo de serem escutados e reconhecidos em suas capacidades e devem ser vistos como cidadãos capazes de se posicionar. A recomendação é de que se substitua algo feito para o adolescente por algo feito com o adolescente ou pelo próprio adolescente. Neste caso, chama-se a atenção para o pouco envolvimento do adolescente no debate sobre o uso de drogas, que não conseguiu ainda desencilhar-se do paradigma de algo feito para o adolescente, sem envolvê-lo na construção de programas preventivos (Brasil, 2010).

As Diretrizes (Brasil, 2010) apresentam indicadores práticos sobre como o serviço de saúde pode acolher o adolescente sem cometer o que a cultura dominante faz, que é torná-lo invisível. Sugerem ainda a adoção de três eixos como forma de viabilizar a atenção integral: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a atenção integral à saúde sexual e reprodutiva e a atenção integral ao uso abusivo de álcool e outras drogas por pessoas jovens.

Observando esse discurso sobre saúde do adolescente, é muito importante contextualizar um trabalho na área de planejamento de uso de álcool e outras drogas. Estratégias de promoção de saúde devem investir na prevenção do uso de drogas, mas, para isso, seria fundamental pesquisar o que o adolescente tem a dizer sobre o que presencia e percebe sobre este tema, que está tão próximo a sua realidade. As políticas refletem a concepção de adolescência que se pretende instituir no macrosistema. O compromisso com uma ação preventiva do uso de drogas não pode subestimar o próprio adolescente. Ele pode ser o melhor veículo de informação sobre as drogas e no trabalho preventivo pode ser um grande aliado na educação de seus pares.

O caminho das políticas sobre drogas no Brasil

Em se tratando das políticas relativas às drogas, é importante mencionar que os adolescentes de hoje conviveram com um cenário sociocultural posterior ao proibicionismo, que vigorou nas décadas de 1970 e 1980, mas, ainda assim, sofrem o impacto de seus efeitos culturais. O lema da “Guerra às Drogas”, instituído nos Estados Unidos e amplamente repercutido no Brasil, difundiu a ideia da repressão e do combate a todo custo (Sodelli, 2010). As instituições públicas e os valores transgeracionais foram transmitidos, culpabilizando, assim, o usuário e assumindo uma postura retributiva, na qual a condenação do uso se materializaria por penas e punição a todos os casos, utilizando a coerção e o castigo como reparadores do mal social representado pelas drogas. Nesse modelo, há um equivocado sentido de correção do problema, com a visão de holofote projetada para a abstinência e acreditando na ressocialização pelo encarceramento ou internação.

Essa forma de pensar produziu muitos estereótipos em relação ao usuário, visto como elemento criminoso, e o ranço cultural discriminatório se mostra presente até hoje. Vários autores rejeitam, de forma crítica, a visão sobre uso de drogas com foco na erradicação e na visão do usuário como criminoso e defendem a redução de danos como estratégia mais adequada (Machado & Boarini, 2013; Sodelli, 2010).

Não tardou a se tomar consciência das transformações sociais, ambientais, econômicas e tecnológicas que exigiam um olhar mais sistêmico e complexo à questão das drogas. No Brasil, esse movimento foi definitivo para a implementação de mudanças nesse cenário. Embora inicialmente intitulada como Política Nacional Antidrogas (PNAD), por meio do Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, a PNAD foi reavaliada e atualizada em seus fundamentos, após seus primeiros anos. Com a ampliação do debate e a participação popular, passou a se denominar, em 2005, Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2005), substituindo o prefixo “anti” pela expressão “sobre”, o que aponta para uma releitura sobre objetivos, diretrizes e estratégias, que consideraram o panorama envolvendo mudanças na forma de ver e tratar o usuário. A mudança não pretendia ser meramente terminológica, mas concei-

tual. Essa política também defende uma postura descentralizadora e acredita na responsabilidade compartilhada para o tratamento da questão.

O realinhamento que a PNAD propôs culminou em uma conquista histórica importante: a Lei nº 11.343/2006 (Brasil, 2006). Essa lei representou um marco, por instituir o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, o SISNAD, reconhecendo, assim, a necessidade de contribuir para a inclusão social do cidadão, a sistematização e a difusão do conhecimento sobre drogas no país, bem como a promoção de políticas de prevenção ao uso indevido, e atenção e reinserção social de usuários e dependentes.

De acordo com Massa e Bacellar (2008), o principal legado da Lei nº 11.343/2006 foi disseminar um novo olhar, mais sistêmico e contextualizado, para a questão das drogas, assumindo sua existência e a falência do paradigma anterior repressivo-fatalista. Para isso, a lei não descriminalizou a conduta da posse ilegal da droga para uso próprio, mas em seu artigo 28 eliminou a pena privativa de liberdade, propondo medidas socioeducativas. Outro fato significativo foi a separação conceitual da figura do usuário de drogas da figura do traficante. Além disso, o usuário e dependente que tivesse cumprido pena privativa de liberdade, em virtude de infração penal, passaria a ter garantidos os direitos de atenção à sua saúde, definidos pelo respectivo sistema penitenciário.

As medidas socioeducativas propostas no artigo 28 da Lei nº 11.343 (Brasil, 2006) se constituem em: advertência sobre os efeitos das drogas, prestação de serviços à comunidade e medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo. Tais medidas representam um avanço em relação à solução prisional como primeiro recurso. Entretanto, administrá-las de forma eficaz exige treinamento e conhecimento por parte dos policiais, membros do Ministério Público e magistrados. Há vários relatos de inadequações que tratam a advertência, por exemplo, associada à discursos moralizantes e discriminatórios. Segundo Lima (2010), isso desvirtua o objetivo de resgate da cidadania dos usuários para perpetuar o proibicionismo em outro envólucro.

Ainda que se reconheça o valor histórico da nova lei e política sobre drogas, vários autores apresentam outras problematizações. As interpretações não são consensuais e há direcionamentos discriminatórios na aplicação das medidas, falta de preparo dos operadores do direito para julgamento das situações, subjetividade nas decisões e imprecisões na classificação usuário e traficante decorrentes de segregações por etnias, gênero e outras. Há, portanto, muitas regulações necessárias e um debate aberto sobre pontos obscuros da perspectiva teórico-prática (Lima, 2010; Rocha, 2013; Santoucy, Conceição & Sudbrack, 2008).

O adolescente convive com essa política e legislação, mas recebe as influências do modelo repressivo anterior. A visão do usuário tratado pejorativamente como marginal ainda vigora em nossa cultura e não é incomum identificar, em trabalhos de prevenção, associações do uso de drogas a uma falibilidade de caráter. Carreteiro (2010) destaca que, para o adolescente, as experimentações representam formas de apropriar-se de si e de seu corpo e que podem assumir formas tanto criativas quanto perigosas. As drogas comumente se apresentam no campo do perigo.

O jovem vive experimentações ensaísticas ou definitivas, permitindo-lhe testar a inclusão e o distanciamento (Carreteiro, 2010). Essas vivências guardam estreita relação com contextos familiares, sociais e culturais e, assim, os adolescentes merecem ser ouvidos e considerados em suas singularidades. É tarefa do adulto lhes dar oportunidades de pertencimento social, esclarecer-lhes direitos e compreender os diferentes sentidos que estão sendo conferidos à construção de sua subjetividade.

E o adolescente, o que tem a dizer sobre as drogas?

Estudos atuais vêm apontando a precocidade da iniciação ao consumo das substâncias psicoativas (SPA) pelo adolescente. De acordo com vários autores, o álcool e o tabaco são as drogas mais precocemente utilizadas na iniciação. A maconha é a droga ilícita mais comum, com maior incidência entre 12 e 16 anos (Faria Filho, 2014; Sanchez & Napo, 2000; Silva et al., 2014).

Em seu estudo, Faria Filho (2014) estabeleceu uma comparação dos dados encontrados pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) em 2009 e 2012, com o intuito de descrever as prevalências dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes. Segundo o autor, a pesquisa envolvia adolescentes que frequentavam o 9º ano do Ensino Fundamental em escolas dos Municípios das Capitais. A PeNSE 2009 identificou que a experimentação de drogas ilícitas foi de 8,7%, passando para 9,9%, em 2012, o que representa um ligeiro aumento em relação ao resultado observado três anos antes.

A percepção do adolescente sobre o uso de drogas é pouco considerada no cenário acadêmico e na elaboração de políticas públicas. Entretanto, o ano de 2012 trouxe inovações ao debate, com a ocorrência de dois fatos: os estados americanos de Washington e Colorado legalizaram o uso recreativo da maconha para adultos e o Uruguai tornou-se o primeiro país a permitir cultivo, fornecimento e uso da maconha. Esses fatores estimularam pesquisas em torno do pensamento adolescente e, sobretudo, de suas intenções de uso, no caso da legalização.

Embora se constate a iniciação às drogas e o aumento do consumo, os delineamentos metodológicos das pesquisas ainda contemplam prioritariamente aspectos relativos à preocupação epidemiológica. Porém, algumas novas iniciativas vêm modificando esse quadro. Nos Estados Unidos, um importante conceito é o de *Monitoring the Future* (MTF). Trata-se de uma pesquisa anual sobre os estilos de vida e valores de jovens concebida para explorar mudanças nos valores importantes, comportamentos e orientações de estilo de vida da juventude norte-americana contemporânea (Johnston, O'Malley, Bachman, Schulenberg & Miech, 2014). O MTF vem inspirando novas pesquisas que buscam investigar a percepção geral de danos relacionada ao uso experimental e frequente de maconha e a intenção de usar a maconha no contexto de novas normatizações.

Um estudo realizado por Palamar, Ompad e Petkova (2014) pesquisou, entre adolescentes do Ensino Médio, no período entre 2007 e 2011, o uso e a intenção de uso, no caso da legalização da maconha. O estudo analisou dados do MTF. Os dados foram analisados separadamente para os 6.116 adolescentes que relataram

nenhum uso de cannabis na vida e os 3.828 adolescentes que relataram fazer uso moderado. Os resultados apontaram que 10% dos estudantes que não haviam feito uso da maconha relataram intenção de iniciar o uso caso fosse legalizada, o que representaria um aumento absoluto de 5,6% na prevalência de consumo de cannabis nessa faixa etária, de 45,6% para 51,2%. Entre os adolescentes que relataram uso na vida, 18% demonstraram intenção de usar cannabis mais frequentemente, em caso de legalização. A intenção de utilizar aumentou entre os grupos com alto risco de uso (por exemplo, os adolescentes do sexo masculino, brancos, fumantes de cigarro) e as probabilidades foram reduzidas quando os amigos desaprovavam o uso. No entanto, grandes proporções de subgrupos de estudantes que apresentavam baixo risco de uso (por exemplo, os não-fumantes, estudantes religiosos e aqueles com amigos que desaprovam o uso) relatou intenção de usar, caso ocorresse a legalização. O estudo concluiu que a prevalência do consumo de cannabis sofrerá um aumento, caso venha a ser legalizada.

Em um outro recorte, Palamar (2014) abordou as opiniões dos adolescentes em relação à legalização. Em sua amostra de 11.494 adolescentes do Ensino Médio, um terço dos estudantes opinaram que a maconha deveria ser inteiramente legal e 28,5% consideraram que seu uso deva ser tratado como uma violação menor; 48,0% consideraram que, se legalizada para a venda, deveria ser vendida apenas a adultos, e 10,4% consideraram que deve ser vendida a qualquer um. Embora o apoio à legalização e ao uso recente e frequente de maconha tenham crescido, 16,7% dos não-usuários de maconha ao longo da vida também relataram o apoio à legalização.

Mason, Hanson, Fleming, Ringle e Haggert (2015) se propuseram a investigar a percepção e o conhecimento de pais e filhos nas discussões sobre a lei que permitiu o uso recreativo da maconha no estado de Washington, nos Estados Unidos. Os autores analisaram uma amostra de 115 famílias, com pais e filhos de baixa renda, recrutados entre estudantes de Ensino Médio em escolas públicas da região. Refutando o possível impacto de que a legalização do uso aumentaria o consumo da maconha entre adolescentes, os resultados mostraram que as atitudes relaciona-

das à maconha pouco mudaram com a lei. A maioria dos pais relatou discutir a nova lei com seus filhos, mas apenas ocasionalmente. Os pais permanecem orientando seus filhos com base nas regras da família e também apontaram relativo desconhecimento sobre a lei. Os resultados sugeriram a necessidade de campanhas educativas e de saúde que forneçam informações claras sobre o uso recreativo.

Estudos envolvendo o uso de substâncias pelo adolescente têm identificado uma consistente relação com o comportamento dos pares. Ali, Amialchuk e Dwyer (2011) mapearam a rede de pares envolvendo 6.377 amigos íntimos e 19.335 colegas de classe, com o intuito de investigar os efeitos contextuais e a influência dos pares nas decisões sobre experimentações de drogas. Os resultados apontaram um aumento de 10% na proporção de amigos e colegas que usam maconha e que aumenta a probabilidade de que o indivíduo venha a usar maconha em 5%.

No Brasil, um estudo recente de Faria Filho et al. (2015) objetivou investigar a concepção de adolescentes sobre drogas em geral, realizando grupos focais com alunos entre o sexto e nono ano de escolas públicas de Goiás. Os resultados mostraram que os alunos detêm um conhecimento superficial sobre o tema, associando-o ao crime, doença e imoralidade. A categoria de resultados denominada “Convivendo com as drogas” apresentou o relato naturalizado da aquisição e convivência com usuários e traficantes no bairro, bem como o uso próximo, muitas vezes ilustrado pelas pessoas da família. Os relatos colheram ainda total desaprovação ao uso pelos adolescentes e sugeriram trabalhos educativos para prevenção e informação, além de acolher reivindicações de lazer e segurança. Os pais também foram citados como importantes para a informação e o diálogo a respeito da temática, mas alguns foram apontados pelos alunos como apoiadores e outros como negligentes, banalizando o assunto.

Observando a carência de estudos que tratam da percepção dos riscos e benefícios e que se interessem por conhecer mais profundamente o universo do adolescente em seus posicionamentos sobre as drogas, é fundamental que estudos futuros contemplem sua perspectiva, com delineamentos quantitativos e qualitativos,

dando voz ao adolescente para que ele possa se sentir inserido nas políticas que julgam beneficiá-lo.

Considerações finais

Após uma exaustiva argumentação sobre a importância do adolescente ser incluído no debate sobre drogas, é preciso esclarecer a relevância dessa discussão. Do ponto de vista social, o adolescente é frequentemente subestimado e goza de pouca credibilidade e atenção por parte dos adultos, que costumam atribuir um caráter provisório aos seus conteúdos, minimizando o reconhecimento de seus potenciais. Basta observar a representação social revelada pela expressão “aborrecência”, comumente utilizada em nossa cultura, para ter clareza de como o macrosistema se posiciona diante dos futuros adultos. Conforme aponta Carreteiro (2010), urge a necessidade de rever esses estereótipos e lançar um olhar compreensivo e agregador, trabalhando-se como sociedade para que os adolescentes possam ser reconhecidos como cidadãos e que sejam capazes de construir vínculos que os legitimem em seu processo de conquista de autonomia.

Cerqueira-Santos, Mello Neto e Koller (2014) advertem sobre os riscos que a Psicologia pode incorrer, caso não revise a perspectiva preconceituosa com que trata a adolescência, como período conturbado, crítico e violento. Os riscos seriam o de rotular como patológicos os adolescentes que não cumprem essa prescrição turbulenta e desprezar problemas sérios que podem estar sendo mascarados por um jeito de ser adolescente, que prevê tais condutas.

No que tange às drogas, sabe-se que os adolescentes convivem diariamente com drogas lícitas e ilícitas, ainda que não façam uso. Muitas preocupações giram em torno da omissão em revelar o uso e da dificuldade de tratar e admitir dependência. Esse assunto, ainda hoje, é um tabu para as famílias, que de forma transgeracional transmitem aos filhos esse legado do secretismo que envolve o tema. A visão higienista, que vê o usuário como alguém a ser repudiado, perpetua a clandestinidade do consumo e dificulta cada vez mais uma atuação profilática.

Planejar questões de pesquisa que possibilitem uma maior aproximação com o universo adolescente permitirá avanços na superação da conceituação naturalizada de adolescência e fomentará intervenções e políticas mais eficientes e mais coerentes com o contexto sociocultural vigente do qual os adolescentes fazem parte.

Referências

- Ali, M. M., Amialchuk, A. & Dwyer, D. S. (2011). The social contagion effect of marijuana use among adolescents. *PLoS ONE*, 6(1). doi:10.1371/journal.pone.0016183
- Andersson, B., Miller, P., Beck, F. & Chomynova, P. (2009). The prevalences of and perceived risks from drug use among teenagers in 33 European countries. *Journal of Substance Use*, 14(3-4), 189–196. doi:10.1080/14659890802668805
- Ariès, P. (1986). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1978).
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Recuperado em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil, Ministério da Saúde (2010). Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem. *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília, Ministério da Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- Brasil. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. (2005). *Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005*. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Brasília: Autor.
- Brasil. (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Brasília: Autor.
- Brasil. (2006). *Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad*. Brasília: Autor.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. In S. L. Friedmann & T. D. Wacks (Eds.), *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts* (pp. 3-30). Washington: American Psychological Association.

- Bronfenbrenner, U. & Ceci, S. (1994). Nature-Nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101(4), 568-586. doi: 10.1037/0033-295X.101.4.568
- Carretero, T. C. (2010). Adolescências e experimentações possíveis. In M. Marra & L. F. Costa (Eds.), *Temas da clínica do adolescente e da família* (pp.15-24). São Paulo: Ágora.
- Cerqueira-Santos, E., Melo Neto, O. C. & Koller, S. H. (2014). In L.F. Habigzang, E. Diniz & S. H. Koller (Eds.), *Trabalhando com adolescentes: teoria e intervenção psicológica* (pp.30-41). Porto Alegre: Artmed.
- Coleman, J. (2011). *The nature of adolescence*. London: Routledge.
- Faria Filho E.A., Queiros, P.S., Medeiros M., Rosso, C.F.W. & Souza, M.M. (2015). Perceptions of adolescent students about drugs. *Revista Brasileira de Enfermagem* 68(4), 457-463.
- Faria Filho, E. A. (2014). Perfil do consumo de álcool e drogas ilícitas entre adolescentes escolares de uma capital brasileira. *Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas*, 10(2), 78-84.
- Guerreiro, M. D. & Abrantes, P. (2005). Como tornar-se adulto: processos de transição na modernidade avançada. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 20(58), 165-212.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Miech, R. A., Bachman, J. G. & Schulenberg, J. E. (2014). *Monitoring the Future national results on drug use: 1975-2013: Overview, Key Findings on Adolescent Drug Use*. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan.
- Kuehn, B. M. (2013). Teen perceptions of marijuana risks shift: use of alcohol, illicit drugs, and tobacco declines. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 309(5), 429-430. doi:10.1001/jama.2012.211240
- Lerner, R. M. & Steinberg, L. (2009). The scientific study of adolescent development: Historical and contemporary perspectives. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (3a ed., pp. 3-14). New Jersey: Wiley.

- Lima, R. C. C. O problema de drogas no Brasil: revisão legislativa nacional. *Libertas*, 10(1), 102-123.
- Machado, L. V. & Boarini, M. L. (2103). Políticas sobre drogas no Brasil: a Estratégia da Redução de Danos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 33(3), 580-595.
- Mason, W. A., Hanson, K., Fleming, C. B., Ringle, J. L. & Haggerty, K. P. (2015) Washington State Recreational Marijuana Legalization: Parent and Adolescent Perceptions, Knowledge, and Discussions in a Sample of Low-Income Families, *Substance Use & Misuse*, 50(5), 541-545.
- Massa, A. A. G. & Bacellar, R. P. (2008). A dimensão sócio-jurídica e política da nova lei sobre drogas (Lei 11.343/2006). *Revista IOB de Direito Penal e Processual Penal*, 9, 177-195.
- Palamar, J. J. (2014). An examination of opinions toward marijuana policies among high school seniors in the United States. *Journal of psychoactive drugs*, 46(5), 351-361.
- Palamar, J.J., Ompad, D. C. & Petkova, E. (2014). Correlates of intentions to use cannabis among US high school seniors in the case of cannabis legalization. *International Journal of Drug Policy*, 25(3), 424-435.
- Rocha, A. P. (2013). Proibicionismo e a criminalização de adolescentes pobres por tráfico de drogas. *Serviço Social & Sociedade*, 115, 561-580.
- Sanchez, Z.M. & Nappo, S.A. (2002) Seqüência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Revista Saúde Pública* 36(4), 420-430.
- Santoucy, L. B., Conceição, M. I. G. & Sudbrack, M. F. O. (2010). A compreensão dos operadores de direito do Distrito Federal sobre o usuário de drogas na vigência da nova lei. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(1), 176-185.
- Senna, S. R. C. M. & Dessen, M. A. (2012). Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea de adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(1), 101-108.

- Silva, C. C., Costa, M. C. O., Carvalho, R. C., Amaral, M.T. R., Cruz, N. L. A. & Silva, M. R. (2014). Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 737-745.
- Sodelli, M. (2010). A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 637-644.
- Steinberg, L. & Lerner, R. M. (2004). The scientific study of adolescence: A brief history. *The Journal of Early Adolescence*, 24, 45-54.

7 O alcoolismo no universo feminino: produção científica em periódicos brasileiros de Enfermagem

Amanda Messias Torquato Bites Leão
Ana Cláudia A. Valladares-Torres

Neste capítulo, tem-se como objetivo identificar estudos publicados em periódicos brasileiros de Enfermagem sobre alcoolismo feminino. Com esse propósito, realizou-se uma revisão integrativa da literatura a partir de buscas em bases de dados nacionais e internacionais.

Atualmente, a ingestão de álcool possui um significado diferenciado em nossa sociedade, quando comparada a outras drogas, por ser um produto lícito, de fácil acesso e apresentado em propagandas como um meio de facilitador para um bom relacionamento entre as pessoas. No senso-comum, o álcool dificilmente é visto como um problema de saúde, o que faz com que seja uma das substâncias psicoativas mais ingeridas (Oliveira & Luchesi, 2010). Em uma pesquisa realizada por Galduroz, Noto, Nappo e Carlini (2001) sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, foi observado que drogas lícitas como o álcool constituem o problema de saúde pública mais notável no país, apesar de haver uma estigmatização por parte da sociedade quando se fala em drogas, as quais são associadas somente à ilegalidade.

Nas últimas décadas, ocorreu aumento do consumo de drogas psicoativas e diminuição na idade de início de uso. Foi identificado, também, o crescimento de pro-

blemas relacionados à ingestão do álcool como, por exemplo, aumento da criminalidade, dos acidentes no trânsito, do índice de abandono escolar, entre outros. A problemática se mostra ainda mais relevante devido aos estigmas sociais em relação aos usuários de drogas, carências nas políticas públicas e grande demanda na rede de saúde (Oliveira & Luchesi, 2010).

O uso, o abuso e a dependência do álcool entre mulheres é um problema crescente na área da saúde pública. Apesar de o uso ser mais frequente entre os homens, a diferença entre sexos tem diminuído nas últimas décadas (SNPD, 2014).

Em 2001 foi realizado o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas nas 107 maiores cidades do Brasil, com pessoas com idade entre 12 e 65 anos, em que 57% da amostra era do sexo feminino. Foi verificado que 60,6% dessas mulheres fizeram uso de álcool durante a vida. Entre estas, uma em cada dez eram dependentes, caracterizando 5,7% dessa população. Para os homens, esse valor era de um em cada cinco (Galduróz et al., 2001).

Em 2005, com o II Levantamento Domiciliar realizado em 108 cidades com as mesmas características, a porcentagem subiu para 68,3% de mulheres que fizeram uso de álcool na vida e a taxa de dependência aumentou para 6,9% (Galduróz et al., 2005). De acordo com estudos da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SNPD, 2014), em relação aos sexos, a dependência de álcool no Brasil é de 19,5% entre os homens e 6,9% entre as mulheres; já na adolescência, em especial no período de 12 a 17 anos, as taxas tendem a certa convergência e variam em torno de 7,3 e 6,0%, respectivamente.

No I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira realizado em 2007 em uma amostra com 2.346 adultos, 1.152 consumiam bebida alcoólica. Foi identificado que 45% dos que bebiam já haviam tido algum problema, em especial problema físico. A porcentagem de homens nesse quesito é maior e esse dado diminui com a idade. Nesse mesmo estudo, foi verificado que o sexo feminino sempre mantém índices menores na frequência do consumo de bebidas alcólicas (Duarte, Stempluk & Barroso, 2009).

O Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, em 2006, expõe diferenças marcantes entre as frequências do consumo de álcool entre os sexos. A pesquisa mostra que, aproximadamente, 41% das mulheres brasileiras maiores de 18 anos bebem ao menos uma vez no ano, em comparação a 65% dos homens. Entre essas mulheres, 33% beberam “em binge”, ou seja, quantidade igual ou superior a cinco doses na ocasião em que mais consumiram álcool, no ano anterior à pesquisa. A pesquisa mostra que os homens apresentam índice de síndrome de abstinência alcoólica de 35% versus 59% entre as mulheres. Sobre o tipo de bebida alcoólica mais consumida, a cerveja está em primeiro lugar no País, entretanto, as mulheres consomem mais vinho do que os homens, e estes, mais bebidas destiladas (Laranjeira, Pinsky, Zaleski, Caetano & Duarte, 2007).

A classe socioeconômica da população não tem se mostrado fator determinante para o uso de drogas e álcool. Dessa forma, não se faz necessária a discriminação em campanhas preventivas, a fim de atingir qualquer público (Duarte et al., 2009).

As mulheres apresentam concentrações maiores de álcool no organismo do que os homens para uma mesma quantidade de álcool ingerida, fator chamado de biodisponibilidade (Wolle & Zilberman, 2011). Ademais, as mulheres têm menos enzima álcool-desidrogenase no estômago, enzima responsável pelo metabolismo do álcool e que, em menor quantidade, predispõe à metabolização mais lenta do álcool ingerido e uma concentração menos estável do que nos homens (Wolle & Zilberman, 2011, Baraona et al., 2001). A tolerância ao álcool é, assim, menor entre as mulheres em relação aos homens (Blume & Zilberman, 2005).

De acordo com a literatura, as mulheres apresentam maior vulnerabilidade aos efeitos do álcool do que os homens, especialmente em relação aos motivos de uso, às comorbidades físicas e psiquiátricas, às diferenças metabólicas e genéticas, assim como às consequências socioculturais, psicológicas e físicas (Wolle & Zilberman, 2011; SNPD, 2014). As mulheres possuem alterações hormonais significativas sobre o uso, o abuso e a dependência do álcool, em especial, o período pré-mens-

trual predispõe ao maior consumo de álcool e as mulheres que têm tensão pré-menstrual apresentam maior probabilidade de desenvolver abuso ou dependência alcoólica (SNPD, 2014).

As mulheres alcoolistas consomem quantidades significativamente menores de álcool do que os homens, porém tendem a desenvolver abuso e dependência de álcool mais rápido do que eles, o chamado “efeito telescópio”. As mulheres alcoolistas exprimem risco maior de hipertensão, desnutrição, anemia, doença cardiovascular, doenças hepáticas e gástricas, câncer de mama, osteoporose, atrofia cortical, prejuízo de atenção e dificuldades visoespaciais. Além de alterações nas funções reprodutivas e sexuais, como ausência de ovulação, diminuição dos ovários e infertilidade (Wolle & Zilberman, 2011). Sentimentos de culpa e de medo, estimulados pelo estigma interno e externo bem como pelo preconceito social, juntamente com tratamentos disponíveis não adequados às suas necessidades frequentemente dificultam a busca e/ou a adesão ao tratamento.

Os fatores psicológicos têm grande influência no início do uso do álcool entre as mulheres e os sentimentos predominantes são: timidez, ansiedade e preocupação com a imagem corporal (Blume, Zilberman & Tavares, 2005). As mulheres alcoolistas são mais propensas a apresentar um transtorno psiquiátrico primário e a dependência do álcool secundária, em oposição à tendência masculina que apresenta a dependência do álcool como transtorno primário (Zilberman & Blume, 2005). As mulheres alcoolistas apresentam mais comorbidades psiquiátricas e mais tentativas de suicídio do que os homens (SNPD, 2014).

Entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes, podem-se citar os transtornos do humor - em especial depressão, mania e ansiedade -, as fobias e o transtorno de estresse pós-traumático. É mais frequente as mulheres alcoolistas apresentarem maior risco de distimia, transtorno obsessivo-compulsivo e de pânico, diferentemente dos homens, com maior probabilidade de manifestarem transtorno da personalidade antissocial, jogo patológico e déficit de atenção/hiperatividade (Zilberman & Blume, 2005).

O desenvolvimento do alcoolismo feminino está associado a outros fatores de risco como: ter sido vítima de violência física, emocional ou sexual durante a vida, ser solteira, separada ou divorciada, apresentar história familiar de problemas com álcool, trabalhar em ambiente com predominância de homens ou, ainda, estar com um parceiro com problemas relacionados ao uso de álcool (SNPD, 2014). No que tange às consequências socioculturais, nota-se um estigma social e físico de conotação negativa - desvalorização, vergonha e exclusão - perante o uso, o abuso e a dependência do álcool, em especial no caso das mulheres (Zilberman & Blume, 2005).

O alcoolismo feminino acarreta consequências não apenas individuais à mulher como ao seu feto na gravidez, uma vez que o álcool é uma droga teratogênica. A placenta, nas mulheres grávidas, é totalmente permeável à passagem do álcool para o feto, gerando uma alcoolemia fetal similar à da mãe, a chamada síndrome alcoólica fetal. A síndrome alcoólica fetal se caracteriza por um conjunto de alterações físicas e disfunções cognitivas e comportamentais ocasionadas pelos efeitos teratogênicos do álcool, podendo englobar: retardo do crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e retardo de crescimento após o nascimento, mesmo com os cuidados nutricionais adequados (Mitsuhiro & Laranjeira, 2011).

Esses aspectos tendem a gerar sentimentos de culpa nas gestantes por expor o feto a um risco conhecido e as impedem de assumir o uso do álcool durante a gravidez. Pesquisas alegam que os aspectos como nível de pobreza, aceitabilidade social do uso do álcool e alto nível de estresse que as gestantes vivenciam em ambientes carentes de recursos e onde a violência é recorrente são fatores que contribuem para o consumo de álcool durante a gravidez (Ebrahim & Gfroerer, 2003).

Já no período pós-parto, a mulher alcoolista apresenta redução de produção de leite materno e da quantidade de lactose, bem como aumento da quantidade de gordura no leite materno, ocasionando a diminuição o consumo alimentar, do peso corporal e do crescimento dos lactentes (Mitsuhiro & Laranjeira, 2011). Outro aspecto é que uma grande parcela de mulheres apresenta recaída após o par-

to, o que gera, também, repercussões negativas no vínculo mãe-lactente e na amamentação, mesmo que a mãe tenha interrompido o uso durante a gravidez (CSAT, 1993).

Frequentemente, o enfermeiro lida com dependentes do álcool, seja nos âmbitos da prevenção, promoção, tratamento e reabilitação do sujeito alcoolista. Nesse olhar, é possível acompanhar a evolução do processo de cuidar desde 1932, como apresentado em estudo publicado na Revista Brasileira de Enfermagem (Oliveira & Luchesi, 2010) que enfocou o período entre 1932-2007 e permitiu observar a contribuição do enfermeiro para o cuidado em saúde com dependentes de álcool e outras substâncias psicoativas. Os resultados deste estudo mostraram várias consequências orgânicas, familiares, profissionais e psicossociais na vida da pessoa que faz uso abusivo do álcool, porém houve ênfase dos artigos nos aspectos biopsicossociais, em detrimento dos temas sobre prevenção e tratamento do alcoolismo. O aumento de estudos sobre o alcoolismo implicará a ampliação do conhecimento na enfermagem, assim como promoverá maior visibilidade no meio científico, agregando maiores discussões sobre o tema álcool, suas consequências, formas de enfrentamento do problema, políticas públicas associadas e suas avaliações (Oliveira & Luchesi, 2010).

A atenção básica também é de extrema importância no atendimento ao usuário do álcool, assim, o Programa Saúde da Família - PSF tem papel fundamental na averiguação, na prevenção e nos cuidados dessas dificuldades. O vínculo do profissional de Enfermagem no meio familiar potencializa a relação de ajuda ao dependente, contribuindo para o diagnóstico precoce e sendo importante ferramenta para incentivar o tratamento do alcoolismo. Portanto, é essencial a capacitação de enfermeiros para a identificação e acompanhamentos relacionados ao problema de alcoolismo, assim como propiciar o acesso a informações referentes ao assunto por meio de trabalhos científicos específicos, entre outras estratégias educacionais.

Método

O objetivo desse estudo foi de identificar estudos publicados em periódicos brasileiros de Enfermagem sobre alcoolismo feminino. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, efetuada a partir de buscas nas bases de dados: (a) Base de Dados de Enfermagem (BDEnf), (b) Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), (c) *Scientific Electronic Library System Online* (SciELO), (d) *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), (e) *American Psychological Association* (PsyINFO), (f) *Fundación INDEX* (CUIDEN) e (g) *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINHAL).

A busca dos estudos ocorreu no mês de maio de 2015, por meio do cruzamento dos descritores *alcoolismo/alcoholism* ou *abuso de álcool/alcohol abuse*, *mulheres/women* ou *feminino/female*. Utilizou-se o operador booleano AND. Foram encontrados 123 estudos e considerados para a revisão 26 deles, por atenderem aos seguintes critérios propostos: terem sido publicados em periódicos brasileiros de Enfermagem nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola, com resumos disponíveis nas bases de dados eleitas para a pesquisa e tratarem do alcoolismo feminino como tema principal ou aspecto relevante do estudo. Foi estabelecido o recorte temporal 2005-2014, com o intuito de incluir nesta revisão pesquisas recentes sobre a temática. A análise completa deu-se a partir de uma leitura crítica e detalhada, extraíndo-se deles os resultados e recomendações mais relevantes no tocante ao alcoolismo feminino. Dessa maneira, a apresentação e a discussão dos dados obtidos foram realizadas de forma descritiva, de modo a congregarem o conhecimento produzido pela Enfermagem sobre o tema explorado nessa revisão, com o intuito de validar os objetivos propostos.

Resultados

O periódico que apresentou maior número de publicações sobre alcoolismo feminino no período estudado foi a *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, com oito publicações, seguido pela *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem* e pela

Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, com quatro publicações cada, pela Revista Gaúcha de Enfermagem, com três artigos, e pelos periódicos Cogitare Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Texto contexto Enfermagem, Revista Eletrônica de Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem, Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, Revista Brasileira de Enfermagem e *Online Brazilian Journal of Nursing*, com um artigo cada. Quanto à distribuição das pesquisas incluídas nessa revisão, de acordo com o ano de publicação, foram identificados cinco artigos publicados em 2005, dois nos anos de 2006-2007, três em 2008, nenhum em 2009, três em 2010, quatro em 2011, dois em 2012 e três em 2013 e 2014. Entre os estudos selecionados, dois foram publicados em língua espanhola, um na língua inglesa e os demais, em língua portuguesa.

Os artigos selecionados foram agrupados em cinco grupos temáticos para serem analisados e discutidos, e alguns deles poderiam encaixar-se em mais de um grupo, já que os temas se complementam. Os grupos foram assim intitulados: (a) Consumo de álcool entre mulheres e questão de gênero. (b) Vulnerabilidades e repercussões, (c) Efeitos teratogênicos na gestação e amamentação, (d) Violência e (e) Estratégias de prevenção e tratamento.

Consumo de Álcool entre Mulheres e Questão de Gênero

Um dos focos dos estudos e pesquisas de consumo de álcool entre mulheres diz respeito às suas características sociodemográficas, ao perfil dessas alcoolistas e também ao significado do feminino nesse quadro. Investigação qualitativa realizada com vinte alcoolistas entre 30 a 69 anos de ambos os sexos e participantes de um grupo de Alcoólicos Anônimos de Fortaleza-Ceará (Lima, Braga, Carvalho & Moraes, 2010) objetivou apreender do discurso de alcoolistas os significados do feminino e sua interface com a saúde mental, constatando o estigma social que cerca o consumo de álcool em mulheres, em uma relação dialética entre o plano identitário e os processos de subjetivação hegemônica de gênero. Ainda conforme o estudo, os entrevistados manifestaram que o feminino se associa ao menor apoio social, assim como à maior suscetibilidade ao sofrimento e ao adoecimento mental, bem

como à passividade e à submissão diante do masculino. Concluiu-se que os significados emergidos apreendidos mostraram como os processos sociais relacionados ao alcoolismo no gênero feminino repercutiram na saúde mental, de modo desfavorável no processo saúde-doença mental das mulheres alcoolistas.

Um estudo quantitativo e descritivo conduzido com o objetivo de identificar características sociodemográficas e clínicas de 27 mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool (Esper, Corradi-Webster, Carvalho & Furtado, 2013) constatou que a média de idade das mulheres foi de 50 anos, maioria casadas (59,6%), desempregadas (70,4%), com baixa escolaridade (70,4%), com familiar alcoolista (81,5%) e com comorbidades psiquiátricas (70,3%). Os autores encontraram, ainda, prejuízos físicos, sociais e emocionais, como sintomas advindos da síndrome de abstinência alcoólica (66,7%), "tristeza" (79,2%), conflitos familiares (72%) e violência familiar (40,7%).

Estudo quantitativo, descritivo e exploratório (Oliveira, Dellagnolo, Ballani, Carvalho & Pelloso, 2012) revelou dados acerca da intoxicação de mulheres que abusavam do álcool e que foram atendidas em um Hospital de Ensino do Paraná, registrando que a faixa etária mais frequente foi dos 20 aos 49 anos (58,32%); que 54,9% dos casos tinham Ensino Fundamental completo; que 1,58% mulheres estavam grávidas; que em 91,5% dos casos, os destilados foram a principal bebida utilizada; que a ingestão era mais prevalente no período noturno; que 18,96% das mulheres necessitaram de internamento hospitalar; que em 7,1% dos casos foi relatada violência associada à ingestão alcoólica; em 4,3%, foram relatados índice maior de acidentes com carro, moto ou bicicleta; e, em 14,5% das mulheres, a evolução dos casos apresentou sequelas físicas e emocionais, influenciando a família e o trabalho.

Quanto à pesquisa quantitativa do tipo documental e retrospectivo de Lima, Macedo, Braga, Lemos e Silva Junior (2011), cujo objetivo foi traçar o perfil das mulheres dependentes de álcool e outras drogas atendidas no Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad), na cidade de Caucaia-Ceará, os dados mostraram que o álcool estava entre as drogas mais utilizadas e os problemas mais

relatados foram: doenças clínicas, distúrbios mentais, problemas sociais - em círculos familiares e de amizade - e comorbidades psiquiátricas, particularmente transtornos de ansiedade e de humor. Os resultados também mostraram que (59,8%) das mulheres procuraram voluntariamente o tratamento, sendo (17,6%) por causa dos sintomas relacionados com a dependência de drogas, (6,8%) pela influência direta da família. A pesquisa mostra que a maior parte da amostra (63,7%) nunca tinha feito qualquer tipo de tratamento para dependência de drogas antes de o realizado no CAPSad. Das mulheres que aderiram ao tratamento, 90,2% tinham um plano terapêutico individualizado e os fatores listados que dificultaram à adesão ao tratamento foram: baixa renda, dificuldade de acesso e falta de apoio familiar. O estudo mostrou também que somente 102 mulheres de oito municípios acessaram tratamento no CAPSad de Caucaia.

Vulnerabilidades e Repercussões

Entre os que visam a entender a causa para a alta ingestão de bebida alcoólica, diferentes são os motivos citados. Segundo o estudo de Cortaza e Luis (2008), com mulheres mexicanas, foi verificado que consumo de álcool despertava nelas uma outra pessoa, pessoa essa que elas tinham vontade de ser, fazendo com que cada vez mais mantivessem e aumentassem o consumo da bebida alcoólica e expressassem esse lado que normalmente não era mostrado.

Já uma investigação qualitativa e descritiva desenvolvida em comunidade da zona rural de Teresina (Piauí) com o intuito de fazer uma análise de relatos de dez mulheres alcoolistas (Monteiro, Dourado, Graça Júnior & Freire, 2011), revelou uma vida envolta no alcoolismo desde a infância e que o consumo de bebida alcoólica esteve relacionado com a influência das amigadas, a ter residência próxima a bares e condições de trabalho desfavoráveis, fatores que contribuíram para o consumo de bebida alcoólica. A pesquisa ainda revelou que essas mulheres priorizavam a compra da bebida, deixando de lado o alimento, a economia do lar e o cuidado com os filhos.

Enquanto isso, no estudo qualitativo de Souza, Lima e Santos (2008), realizado com 30 mulheres alcoolistas com objetivo de analisar as repercussões ocorridas pelo abuso do álcool, verificaram-se não só consequências como maus-tratos, dificuldades de relacionamento interpessoal, problemas físicos e psicológicos, tentativas de homicídio e abandono dos familiares, mas que a causa desse abuso também eram dificuldades na vida diária.

Por fim, o estudo quantitativo descritivo conduzido por Pillon et al. (2014) com 61 mulheres com predominância adulta, solteira, com baixo nível de escolaridade, que exerciam atividades domésticas e que consumiam grande quantidade de bebidas destiladas diariamente, mostrou que os maiores danos se dão na área intrapessoal e no controle de impulsos. Nesse grupo, 36% delas procuraram o serviço especializado motivadas por parar de beber e 59% já haviam iniciado tratamento anterior por problemas mentais e psiquiátricos.

Efeitos Teratogênicos na Gestação e Amamentação

Um estudo quantitativo exploratório sobre o consumo de bebidas alcoólicas realizado com 40 gestantes, para averiguar o motivo que leva a essa ingestão (Oliveira & Simões, 2007), mostrou que 10% delas consumiam de forma moderada, motivadas por momentos festivos e comemorações, bem como por se sentirem bem com esse ato. Metade delas acreditava que esse consumo poderia atingir o filho. Foi concluída, nessa pesquisa, a necessidade de ações educativas voltadas à valorização de estilo de vida pela gestante para a qualidade de vida do filho e da família, como aconselhar, discutir e promover a conscientização das gestantes sobre as repercussões negativas na gestação por meio, por exemplo, de dramatizações e relato de experiências.

Estudo qualitativo exploratório de Fiorentin e Vargas (2006) com 20 gestantes, para averiguar se tinham conhecimento sobre os efeitos do álcool no feto, verificou que 35% delas faziam uso de álcool e tabaco, concomitantemente, e que o pouco que sabiam era relacionado a crenças populares e não a orientações e instruções

por parte da equipe de saúde no pré-natal. O estudo sugere, assim, que, durante o pré-natal, seja dada maior atenção ao comportamento da gestante sobre consumo de álcool e outras drogas psicoativas.

Kassada, Marcon, Pagliarini e Rossi (2013) conduziram um estudo quantitativo transversal com 394 gestantes usuárias do serviço de atenção primária, com objetivo de determinar a prevalência do uso de drogas de abuso. Verificou-se que, em sua maioria, elas são jovens, pardas, com baixa escolaridade e renda de até três salários mínimos e que 6% delas consomem bebida alcoólica, a segunda droga mais utilizada ficando atrás apenas do tabaco, que, muitas vezes, é usado concomitante com ela.

Avaliando o uso do álcool, assim como de outras substâncias com potencial teratogênico em 326 puérperas, foi observado, no estudo quantitativo transversal de Rocha, Bezerra, Lima e Costa (2013), que o etilismo esteve presente em 16% delas e que a maioria das mulheres expostas ao risco teratogênico eram solteiras. Os mesmos autores relataram que houve 11 casos de malformação fetal e, desses, cinco foram expostos a riscos teratogênicos, podendo ou não ser substância alcoólica.

Para investigar o consumo de substâncias alcoólicas e os padrões de consumo de 202 gestantes em Londrina-PR, Gouvea, Souza, Hadda e Melo (2010) utilizaram um instrumento quantitativo para rastreamento de uso nocivo de álcool (T-ACE), que identifica possíveis riscos para desenvolvimento da síndrome alcoólica fetal em gestantes. Os resultados mostraram que 19,3% delas tiveram o resultado desse exame positivo no primeiro trimestre de gestação, isto é, que tiveram mais que dois pontos, o que é equivalente ao limite de duas latas de cerveja. Esse mesmo estudo mostrou que 3,9% relataram o consumo de mais de 56g de álcool/mês e 2,5% relataram consumir mais de 29g álcool/semana.

Em pesquisa qualitativa realizada com 10 mães alcoolistas (Costa et al., 2014), os autores averiguaram que as crianças têm maior predisposição a vulnerabilidades diversas e problemas com a saúde. Exemplos dessa vulnerabilidade são: negligência nos cuidados com alimentação e higiene, bem como baixas demonstrações de

amor/atenção, o que tende a impactar a saúde física, mental e emocional da criança. Foi mostrado pelas participantes da pesquisa que as mães alcoolistas podem priorizar a necessidade de beber em detrimento das necessidades dos filhos. Das dez participantes, sete referiram ingerir álcool desde a adolescência e continuaram a beber durante a gestação e amamentação, tendo dificuldades de diminuir o uso para executar o papel de mãe. Além disso, quatro das dez mulheres relataram ter episódios de agressão às crianças quando sob efeito do álcool. Esse estudo foi conduzido por enfermeiros, com a intenção de realizar estratégias de enfrentamento do alcoolismo e da promoção do cuidado dos filhos com mães com dependência de álcool.

A pesquisa quantitativa realizada por Molina e Souza (2010) relata que o enfermeiro tem, como ações a serem executadas durante o pré-natal, a interação, comunicação e acolhimento da gestante que faça ou possa fazer uso de substâncias alcoólicas, fazer detecção desse uso e orientação adequada nas questões de saúde a fim de reduzir ou evitar riscos em consequência do consumo do álcool.

Investigaram-se quantitativamente atitudes permissivas ou restritivas ao uso de substâncias psicoativas e medicações sem prescrição, durante a gestação e a amamentação (Matta, Soares & Bizarro, 2011). Os participantes da população geral (n=172) e gestantes (n=137) responderam uma enquete sobre cenários nos quais uma gestante e uma lactante poderia ou não consumir substâncias psicoativas e medicações. O uso de substâncias psicoativas e medicações foi restringido por 94,2% das gestantes. Entre os participantes que aprovaram o consumo, esse deveria ser em frequência e/ou doses menores. Entre as gestantes, houve discrepância entre atitudes e comportamento, pois parte das gestantes fumou durante a gestação, mesmo tendo atitude restritiva. O estudo conclui que atitudes, julgamentos e comportamentos podem ser ambivalentes e sugere novos estudos objetivando compreender essas relações de atitudes e uso de substâncias psicoativas.

Estudo realizado com vinte mulheres que viveram gravidez na adolescência buscou relacionar essa gravidez com o uso de álcool (Alvareza, 2008). Metade das mu-

Iheres entrevistadas relatou a influência do consumo de bebidas alcoólicas sobre a relação sexual que gerou a gravidez.

Violência

A violência está presente em vários dos estudos sobre alcoolismo, tanto entre os fatores que contribuem para a sua ocorrência como entre suas possíveis consequências e repercussões. A violência pode estar relacionada a outros fatores, como problemas emocionais, familiares, religiosos, entre outros, aumentando a vulnerabilidade da mulher quanto ao uso abusivo de álcool (David & Caufield, 2005).

Em investigação quantitativa, descritiva, analítica e exploratória realizada com um grupo de mulheres das classes populares da cidade do Rio de Janeiro (David & Caufield, 2005), conduziu-se um mapeamento de fatores envolvidos na relação entre uso de álcool, e outras drogas, e violência no trabalho. Os resultados evidenciaram que o álcool foi a droga mais utilizada, com uso por 45% das mulheres da mostra. Entre as mulheres que faziam uso do álcool, 75% apresentaram maior probabilidade de enfrentar problemas de violência física, psicológica e assédio sexual no trabalho. As mulheres católicas, separadas, com filhos e que tinham um trabalho apresentaram maior vulnerabilidade ao uso de álcool. As mulheres não atribuíam efeitos negativos ao álcool e o consumiam como fator de relaxamento e de lazer e como uma forma de transgressão do estereótipo histórico da mulher comportada, legalmente consentida. As mulheres que relataram ter sofrido violência psicológica ou abuso verbal e algum tipo de violência física alegaram que os incidentes ocorreram dentro do ambiente de trabalho. O medo do desemprego foi um fator preponderante para que as mulheres tolerassem a agressão por algum tempo e 75% das mulheres agredidas desconheciam quais foram as consequências ao agressor.

Em estudo multicêntrico quantitativo, descritivo, correlacional e comparativo realizado no México, Peru e Brasil, que teve por objetivo determinar o consumo de drogas e identificar fatores de risco pessoais e laborais entre 903 mulheres que trabalham (Castillo, Oblitas, David & Meza, 2006), os resultados revelaram que a pro-

porção do consumo de álcool entre as trabalhadoras foi de 11%, 53% e 45%, ao passo que a presença de violência laboral correspondeu a 16%, 24% e 39% das mexicanas, peruanas e brasileiras, respectivamente. Outros resultados desse estudo mostraram que poucos anos de escolaridade e poucos filhos entre trabalhadoras representaram vulnerabilidade para o consumo de álcool, além de episódios de violência laboral em ambos os países.

O consumo de álcool e de outras drogas em mulheres trabalhadoras também foi investigado em Lima/Peru, em estudo qualitativo, descritivo, correlacional, transversal, que identificou os fatores de risco sociodemográficos e de trabalho para o consumo de drogas e tipos de violência no ambiente de trabalho. Concluiu que, entre as 125 participantes, 52,8% faziam consumo de álcool e as católicas apresentaram maior vulnerabilidade para o consumo de álcool. Nessa amostra, 17,6% haviam sofrido violência verbal, 9,6% algum tipo de violência física e 1,6% assédio sexual no trabalho. As autoras apontam que a mulher trabalhadora se percebe como grupo vulnerável para a ocorrência de violência no trabalho, sente-se fraca para defender-se. Entretanto algumas mulheres, mesmo sentindo medo e vergonha, notificam a violência (Musayon & Caufield, 2005).

Pesquisa qualitativa, descritiva e correlacional realizada com 669 mulheres maiores de idade que trabalhavam e moravam em áreas de Monterrey-México (Castillo, Caufield & Meza, 2005) revelou que 37,1% das mulheres consumiram álcool. O índice de violência (física, verbal e sexual) mostrou associação positiva com o consumo de drogas.

Vieira et al. (2014) conduziram um estudo qualitativo pautado na análise de conteúdo temática de entrevistas realizadas com treze mulheres que efetuaram o registro da violência na Delegacia de Polícia para a Mulher e Delegacia de Pronto Atendimento de um município do interior do Rio Grande do Sul. As autoras analisaram a interface entre o uso abusivo de álcool e outras drogas pelos companheiros e o vivido de mulheres que denunciam situações de violência. Observou-se que, em um contexto repleto por brigas, humilhações, agressões, sofrimento e submissão, o uso abusivo de álcool e outras drogas por parte do companheiro aumentou a violên-

cia vivida pelas mulheres da pesquisa. Além de buscar qualificar a atenção à saúde mental das mulheres no contexto da violência, uma vez que essa condição repercute substancialmente em sua saúde, e em todas as dimensões, concluem ser imprescindível articular a atenção às mulheres em situação de violência com ações de prevenção do uso de álcool e/ou outras drogas pelos companheiros.

Já Galera, Bernal Roldan e O'Brien (2005), por meio de pesquisa qualitativa etnográfica, investigaram percepções, crenças e atitudes em relação ao papel materno no contexto de vinte mulheres com filhos pequenos que faziam tratamento para dependência de álcool ou outras drogas, e encontrou um ambiente familiar marcado por violência e baixa afetividade, contribuindo para o desenvolvimento de conflitos e a presença de sofrimento familiar. Seus cuidados priorizaram a satisfação do cuidado físico e da alimentação de seus filhos, identificando-se poucas manifestações de afeto, o que prejudicou o seu desempenho materno.

Roldán, Galera e O'Brien (2005) conduziram uma pesquisa qualitativa, com enfoque etnográfico, em que investigaram a percepção de seis mães colombianas e brasileiras que haviam sido submetidas a tratamento para a dependência de álcool e outras drogas e que viviam em um ambiente sociocultural marcado pelas drogas e pela violência. Obtiveram-se resultados que mostraram como o contexto sociocultural das mulheres — em especial a pobreza, o desemprego, o baixo nível educacional, o assédio sexual, a violência doméstica, o abuso físico, verbal, econômico e sexual e pouco afeto — influenciaram o consumo e a dependência precoce do álcool e de outras drogas. As mulheres entrevistadas nessa pesquisa relataram relacionamentos difíceis com seus pais e mães, sentiam-se inseguras e o consumo de drogas mostrou-se como a busca por um refúgio e por uma forma de expressão para aliviarem seus próprios sentimentos de pouco afeto e sentirem-se realizadas como mulheres e como mães. Elas tenderam a unir-se a companheiros que eram dependentes de álcool e de outras drogas, e estabeleceram um círculo vicioso entre consumir drogas e roubar. As mães expressaram discrepâncias sobre o exercício do papel materno e o que elas idealizavam, o que ocasionou vários problemas, como separação, abandono, sofrimento e forte sentimento de culpa sobre seu papel mater-

no. As participantes verbalizaram que ser mãe era uma experiência maravilhosa, grande e que amavam seus filhos e os queriam muito, ao mesmo tempo, tinham pouca habilidade de união, cuidado e responsabilidade com os filhos e colocaram que as drogas estavam acima de seus sentimentos maternos. A percepção do papel de boa mãe para elas constituía em atendendo as necessidades físicas de seus filhos, fornecendo comida suficiente, higiene adequada e boa saúde.

Estratégias de Prevenção e Tratamento

Vários são os fatores e situações que podem interferir, favorável ou desfavoravelmente, tanto na prevenção quanto no tratamento do alcoolismo. Investigação clínico-qualitativa, com análise de conteúdo, realizada com mulheres alcoolistas em tratamento em uma instituição especializada em Campinas-SP (Schlichting, Boog & Campos, 2007) propôs a ressignificação do alimento durante o almoço para essas mulheres como estratégia de redução de danos, com objetivo de estudar e discutir a experiência do almoço como momento terapêutico. Os resultados mostraram que a educação em saúde realizada durante o almoço foi uma possibilidade de intervenção terapêutica, pois o alimento tem uma multidimensionalidade e contempla tanto características nutricionais como características simbólicas, proeminentes para a criação de vínculos e adesão ao tratamento.

Santos e Silva (2012) desenvolveram um estudo de caso qualitativo com a família de uma mulher alcoolista com o objetivo de investigar as práticas de cuidados desenvolvidas pela família a essa mulher e conhecer a percepção desta sobre os cuidados que recebia. Os resultados revelaram que os cuidados desenvolvidos pela família focalizavam as necessidades físicas da mulher, bem como o encaminhamento aos serviços especializados. A mulher alcoolista interpretou esses esforços como sendo ações de controle sobre sua vida e punição pela sua condição de dependência. Os resultados também apontaram que, mesmo com os constantes conflitos e com os anos de convivência com a dependência, a mulher alcoolista sempre cuidou da filha e existe um grande desgaste do cuidador. O estudo alerta sobre

o impacto do preconceito em relação ao alcoolismo feminino sobre seu papel materno e a necessidade de um melhor diálogo entre cuidador e mulher alcoolista.

Estudo quantitativo, exploratório e multicêntrico realizado em doze países da América Latina (Faria, David & Rocha, 2011) apontou a importância da prática religiosa e/ou inserção religiosa como possibilidade de enfrentamento e fortalecimento das mulheres alcoolistas, contrastando com as condições históricas de dominação no mundo da objetividade masculina, tanto na família como nas relações sociais como um todo e que ultrapassa a visão da mulher como vítima.

Por fim, Oliveira et al. (2012), em pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória com mulheres que abusavam do álcool e foram atendidas em um Hospital de Ensino do Paraná, sugeriram a implantação de ações públicas voltadas ao controle do consumo do álcool em situações especiais, como a direção automobilística e o envolvimento em situações de violência, bem como que os profissionais da saúde fiquem atentos para a ocorrência de abuso de álcool no período gestacional e implantem políticas públicas voltadas à redução do consumo, prevenção, educação, restrição por idade e melhoria no tratamento das mulheres com dependência do álcool.

Considerações Finais

O fenômeno do alcoolismo feminino constitui, atualmente, uma questão urgente de saúde pública no mundo. É tratado como um problema social com impactos diretos na saúde da mulher, família, comunidade e sociedade em geral. O uso, abuso e dependência de álcool entre mulheres é uma problemática que vem crescendo substancialmente nas últimas décadas e corresponde a um subgrupo bastante vulnerável, já que são muitas as peculiaridades envolvidas. Essa revisão permite ampliar o olhar sob várias perspectivas da complexidade e dinamismo do fenômeno, pois os artigos aqui citados trouxeram estudos utilizando vários métodos e discutindo os resultados a partir de diferentes abordagens e experiências sobre o tema. Além disso, considera-se que o enfermeiro é um profissional competente para trabalhar e desenvolver

ações de prevenção, tratamento e reabilitação à mulher nos diferentes cenários de atuação.

O enfermeiro, como possuidor de uma visão integral e aprofundada acerca de problemáticas como o alcoolismo feminino e seu enfrentamento, suas causas e consequências, deve promover ações estratégicas para a diminuição do seu consumo, já que pode ser o principal profissional a lidar com a dependente em diferentes níveis, desde a prevenção, promoção e tratamento até a reabilitação. O presente estudo demonstrou que situações familiares envolvendo brigas, humilhações, agressões, sofrimento, submissão e opressão vivenciadas por mulheres parecem estar relacionadas com o uso abusivo de álcool, além de potencializar essas situações de violência intrafamiliares. A enfermagem deve buscar qualificar as ações na atenção básica à saúde das mulheres alcoolistas, tanto nos contextos de promoção e prevenção à saúde, como em situações que envolvam a violência e a gravidez.

Lembrando que várias particularidades estão inseridas nesse contexto, determinadas por questões de gênero, somadas às condições socioeconômicas e culturais envolvidas que vão afetar diretamente os cuidados de saúde, em especial de Enfermagem. Recomenda-se que no tratamento da dependência do álcool, a mulher seja trabalhada com um projeto terapêutico individualizado e em grupo de pares, já que as mulheres alcoolistas têm particularidades que as distinguem dos homens, como as causas do consumo, prevalência de transtornos psiquiátricos, questões sobre gestação e amamentação e estigma social. A Enfermagem deve ter um olhar diferenciado sobre mulher alcoolista, especialmente na gravidez e na amamentação, além de sempre pesquisar possíveis questões de violência intrínsecas ao processo. Ações que vão favorecer a diminuição da ocorrência de complicações e de reincidência do uso, abuso e dependência do álcool na população feminina. Por fim, sugere-se que outras pesquisas sejam realizadas envolvendo mulheres com problemas por drogas ilícitas visando aprofundar o conhecimento científico dos profissionais de saúde, em especial da Enfermagem, sobre essa relação também pouco explorada na atualidade. Pesquisas como essas fortaleceriam propostas de prevenção e tratamento específicas para mulheres com dependência de drogas psicoativas de forma mais ampla.

Referências

- Alvarez, M. L. (2008). Gravidez precoce de estudantes de enfermagem e o consumo de álcool. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 577-583.
- Baraona, E., Abittan, C. S., Dohmen, K., Moretti, M., Pozzato, G. & Chaves, Z. W. (2001) Gender differences in pharmacokinetics of alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25(4), 502-7.
- Blume, S. B. & Zilberman, M. L. (2005). Women: clinical aspects. In J. Lowinston, P. Ruiz, R. B. Millman, J. G. Langrod (Ed.). *Substance abuse: a comprehensive textbook* (4a. ed., pp. 179-190). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Blume, S. B., Zilberman, M. L. & Tavares, H. (2005). Substance use, abuse, and dependence in adolescent girls. In S. Romans & M. V. Seeman (Eds.), *Women's mental health: a life cycle approach*. (pp.133-45). Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Castillo, M. M. A., Caufield, C. & Meza, M. V. G. (2005). Consumo de drogas e violência ocupacional em mulheres trabalhadoras de Monterrey, N. L. México. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 1155-1163.
- Castillo, M. M. A., Oblitas, F. Y. M., David, H. M. S. L. & Meza, M. V.G. (2006). Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres que trabajan, un estudio multicéntrico: México, Perú, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 155-162.
- Cortaza, L. R. & Luis, M. A. V. (2008). Surge en mi otra mujer: significados del consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(4), 693-698.
- Costa, A. C. P. J., Silva, P. M., Rocha, P. C., Araújo, M. F. M., Araújo, T. M. & Vieira, N. F. C. (2014). Alcoolismo materno e as implicações no cuidado da criança: estudo qualitativo. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 10(3), 151-158.

- CSAT – Center for Substance Abuse Treatment. (1993). *Pregnant, substance-using women: Treatment improvement protocol TIP (series 2)*. Rockville: U. S. Department of Health and Human Services.
- David, H. M. S. L. & Caufield, C. (2005). Mudando o foco: um estudo exploratório sobre uso de drogas e violência no trabalho entre mulheres das classes populares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(spe2), 1148-1154.
- Duarte, P. C. V. & Stempliuk, V. A.; Barroso, L. P. (2009). *Relatório Brasileiro Sobre Drogas*. Brasília: Secretaria Nacional Sobre Drogas/SENAD:.
- Ebrahim, S. H. & Gfroerer, J. (2003). Pregnancy-related substance use in the United States during 1996-1998. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 101(2), 374-379.
- Esper, L. H., Corradi-Webster, C. M., Carvalho, A. M. P. & Furtado, E. F. (2013). Mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool: características sociodemográficas e clínicas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(2), 93-101.
- Faria, M. G. A., David, H. M. S. L. & Rocha, P. R. (2011). Inserção e prática religiosa entre mulheres: Aspectos protetores ao uso de álcool e violência. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 7(1), 32-37.
- Fiorentin, C. F. & Vargas, D. (2006). O uso de álcool entre gestantes e os seus conhecimentos sobre os efeitos do álcool no feto. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 2(2), 0-0.
- Galduróz, J. C., Noto, A. R., Nappo, S. A. & Carilini, E. A. (2001). *I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas*. São Paulo: CEBRID, UNIFESP, SENAD.
- Galduróz, J. C., Noto, A. R., Nappo, S. A. & Carilini, E. A. (2005). *II Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas*. Brasília: SENAD.
- Galera, S. A. F., Bernal Roldan, M. C. & O'Brien, B. (2005). Mulheres vivendo no contexto de drogas (e violência): papel maternal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(spe2), 1142-1147.

- Gouvea, P. B., Souza, S. N. D. H., Haddad, M. C. L. & Mello, D. F. (2010). Avaliação do consumo de álcool entre gestantes cadastradas no sisprenatal em Londrina/PR. *Cogitare Enfermagem*, 15(4), 624-630.
- Kassada, D. S., Marcon, S. S.; Pagliarini, M. A. & Rossi, R. M. (2013). Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(5), 467-471.
- Laranjeira, R., Pinsky, I., Zaleski, M., Caetano, R. & Duarte, P. C. A. V. (2007). *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira*. Brasília: SENAD.
- Lima, H. P., Braga, V. A. B.; Carvalho, L. V. & Moraes, A. C. O. (2010). Significados do feminino no discurso de alcoolistas e a interface com a saúde mental. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(3), 496-503.
- Lima, H. P., Macedo, J. Q., Braga, V. A. B., Lemos, A. M. & Silva Junior, I. A. (2011). Profile of women drug addicts treated at the psychosocial care center alcohol and other drugs: documental study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 10(2), 0-0.
- Matta, A., Soares, L. V. & Bizarro, L. (2011). Atitudes de gestantes e da população geral quanto ao uso de substâncias durante a gestação. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 7(3), 139-147.
- Misuhiro, S. S. & Laranjeira, R. (2011). Gestantes e perinatal. In A. Diehl, D. C. Cordeiro & R. Laranjeira (Eds.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 383-390). Porto Alegre: Artmed.
- Molina, L. & Souza, S. (2010). Alcohol consumption during pregnancy: actions of nursing in prenatal care: a bibliographical study. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 2(1), 655-665.
- Monteiro, C. F. S., Dourado, G. O. L., Graça Júnior, C. A. G. & Freire, A. K. N. (2011). Relatos de mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15(3), 567-572.

- Musayon, Y. & Caufield, C. (2005). Consumo de drogas e violência no trabalho feminino Zapallal - Lima/Perú. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(spe2), 1185-1193.
- Oliveira, G. C., Dellagnolo, C. M., Ballani, T. S. L, Carvalho, M. D. B. & Pelloso, S. M. (2012). Consumo abusivo de álcool em mulheres. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(2), 60-68.
- Oliveira, G. F. & Luchesi, L. B. (2010). O discurso sobre álcool na Revista Brasileira de Enfermagem: 1932-2007. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(Spec), 626-633.
- Oliveira, G. F. & Simões, S. M. F. (2007). O consumo de bebida alcóolica pelas gestantes: um estudo exploratório. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(4), 632-638.
- Pillon, S. C., Santos, M. A. S., Florido, L. M., Cafer, J. R., Ferreira, P. S., Scherer, Z. A. P. & Marchini, G. P. O. (2014). Consequências do uso de álcool em mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(2), 338-45.
- Rocha, R. S., Bezerra, S. C., Lima, J. W. O. & Costa, F. S. (2013). Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(2), 37-45.
- Roldán, M. C. B., Galera, S. A. F. & O'Brien, B. (2005). Percepção do papel materno das mulheres que vivem no contexto da droga e da violência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(spe2), 1118-1126.
- Santos, A. M. & Silva, M. R. S. (2012). A experiência de cuidar da mulher alcoolista na família. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 46(2), 364-371.
- Schiliching, S., Boog, M. C. F. & Campos, C. J. G. (2007). Almoço como momento terapêutico: uma abordagem de educação em saúde com mulheres alcoolistas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 384-390.

- SNPD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2014). Fatores de risco e proteção em diferentes grupos de usuários: mulheres, adolescentes, idosos e indígenas. In SNPD (Ed.), *O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1* (pp. 67-88). Brasília: SUPERA.
- Souza, J. G., Lima, J. M. B. & Santos, R. S. S. (2008). Alcoolismo feminino: subsídios para a prática profissional da Enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(4), 622-629.
- Vieira, L. B., Cortes, L. F., Padoin, S. M. M, Souza, I. E. O., Paula, C. C. & Terra, M. G. (2014). Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3), 366-372.
- Wolle, C. C. & Zilberman, M. L. (2011). Mulheres. In A. Diehl, D. C. Cordeiro & R. Laranjeira (Eds.). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 375-382). Porto Alegre: Artmed.
- Zilberman, M. L. & Blume, S. B. (2005). Substance use and abuse in women. In S. Romans & M. V. Seeman (Eds.), *Women's mental health: a life cycle approach* (pp. 179-90). Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.

8 Dependência às drogas em mulheres: a complexidade de um sintoma^(*)

Katia Varela Gomes
Maria Inês Assumpção Fernandes

Elas não têm gosto ou vontade.
Nem defeito, nem qualidade.
Têm medo apenas.
Não têm sonhos, só tem presságios.

Mulheres de Atenas, Chico Buarque.

Considerando que o sintoma é produzido numa dinâmica intersubjetiva, social e histórica, este trabalho tem como objetivo investigar os processos psíquicos (intrapíquicos e intersubjetivos) relacionados à produção de sintomas em mulheres dependentes químicas, através dos discursos produzidos em uma situação de grupo.

A problemática da dependência às drogas exige um olhar singular aos sujeitos envolvidos. Entre os grupos de usuários dependentes, consideramos a relevância da especificidade da dependência às drogas em mulheres, devendo nortear as pesquisas em busca de tratamentos, estratégias de prevenção mais eficazes e os benefícios de abordagens mais dirigidas (Hochgraf & Andrade, 2004).

(*) Trabalho da Tese de Doutorado, intitulada “Dependência Química em Mulheres: figurações de um sintoma”, defendida no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, em 2010.

Entre as especificidades desse grupo, citamos inicialmente algumas barreiras para a busca de tratamento e que estão relacionadas ao papel de esposa e mãe esperado pela sociedade: vergonha e culpa por seu comportamento adicto; o medo de perder a guarda dos filhos, ao assumirem a dependência; a dificuldade em encontrar uma infraestrutura adequada como creches para os cuidados com os filhos no período de tratamento; o temor do julgamento nas situações de uso durante a gravidez, principalmente por um receio da polícia de considerar como crime passível de detenção; o uso de drogas como uma forma de “medicação” e alívio aos sintomas de depressão, irritabilidade e ansiedade; a carência de recursos financeiros e sociais para buscar outras formas alternativas de satisfação e gratificação; o isolamento e a solidão diante de situações de violência e vulnerabilidade social (Brasilianno & Hochgraf, 2006).

Observa-se que as características específicas da problemática da dependência às drogas em mulheres incluem aspectos familiares e sócio-históricos, marcando a importância de uma compreensão que inclua diferentes perspectivas do conhecimento. Partimos, portanto, de um pressuposto da complexidade desse fenômeno, pois não é possível pensar o sofrimento dos sujeitos a partir de um único referencial teórico ou apenas a partir de uma dinâmica intrapsíquica. Portanto, os elementos: droga, sujeito (dinâmica intrapsíquica e relações intersubjetivas) e os aspectos sócio-histórico-culturais são incluídos no pensar sobre essa questão.

Percorreremos, neste trabalho, as perspectivas sobre o lugar social da mulher na atualidade; os efeitos da dependência na dinâmica intrapsíquica e intersubjetiva; e os lugares ocupados e revividos em situação de psicoterapia psicanalítica de grupo. Propomos discutir sobre como o dispositivo de grupo pode auxiliar na investigação da complexidade do fenômeno da dependência e favorecer uma intervenção e uma transformação do sofrimento psíquico, como também complementamos a exposição com a análise de alguns relatos de mulheres dependentes de múltiplas substâncias, em situação de psicoterapia de grupo em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD).

O grupo psicoterapêutico era uma das modalidades de tratamento oferecidas pelo serviço, com frequência semanal e duração de uma hora, aberto e homogêneo em relação ao sexo, coordenado por uma dupla de profissionais femininas do serviço, sendo uma delas, a própria pesquisadora.

As participantes do grupo eram pacientes em tratamento para a dependência às drogas (álcool, *crack*, cocaína e dependência medicamentosa). Na pesquisa, foram 16 (dezesesseis) sessões analisadas, com a presença de 16 (dezesesseis) mulheres, em momentos diferentes, com idades entre 25 a 60 anos. O registro do grupo era realizado após o término de cada sessão e a análise dos conteúdos foi discutida em supervisão clínica.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do município em que a pesquisa foi desenvolvida. As participantes aceitaram a participação na pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As características próprias de um dispositivo psicanalítico de grupo consideradas para a análise das sessões foram: a interdiscursividade e a linearidade dos enunciados; a transferência e a contratransferência; e a realidade psíquica do/no grupo (Kaës, 1997).

A Mulher e a Sociedade

Sobre o papel social da mulher, Kehl (2008) desenvolve que, na modernidade, a família ocuparia uma função importante de oposição ao espaço social – um lugar de intimidade, de privacidade e de relaxamento para o sujeito. Nesse contexto, o papel da esposa deveria ser a garantia da tranquilidade e da harmonia, sendo suas funções: a responsabilidade pelo lar, o cuidado com os filhos e o asseguramento da virilidade do homem burguês. Sugerimos que essa função poderia ser exemplificada pela frase “lar, doce lar”.

Mas, o lar não é tão doce assim como foi idealizado. Os discursos e as expectativas emergentes na modernidade revelam uma contradição com os lugares ocupados pela mulher-esposa: os ideais de submissão e docilidade feminina contrapõem-se aos ideais de autonomia do sujeito moderno; os ideais de domesticidade contrapõem-se aos de liberdade; a ideia de uma vida predestinada ao casamento e à maternidade contrapõe-se à dimensão de escolha de cada sujeito (Kehl, 2008).

Algumas mulheres dependentes de drogas expressam essa contradição e uma necessidade de corresponder ao lugar social imposto: “Quando eu bebia, eu fazia todo o serviço de casa com muita eficiência, minha casa parecia um brinco”. Outra complementa: “depois que eu usava crack, começava a limpar, limpar, limpar, não parava enquanto não estivesse tudo muito limpo. Acho que eu me sentia culpada, né?”.

Complementando essa perspectiva de análise histórica e social, Lipovetsky (2000) apresenta três momentos, ao longo dos séculos, que marcaram os lugares sociais e a identidade feminina. O autor analisa a organização de um princípio universal que marca a divisão social dos papéis atribuídos ao homem e à mulher.

O primeiro momento ou a *primeira mulher* são caracterizados pela dominação social da figura feminina pela figura masculina, caracterizando a hierarquia dos sexos dotando o masculino de um valor superior ao do feminino. Essas diferenças podem ser identificadas nas relações hierarquizadas no casamento, nas tarefas masculinas valorizadas, nas atividades nobres da guerra e da política reservadas aos homens. A participação das mulheres é sempre secundária, com exceção da função da maternidade. Mesmo nessa última função, a mulher continua sendo uma “outra” inferior e subordinada, tendo valor a descendência que ela gera: “a mãe, na Grécia, por exemplo, não é mais que a nutriz de um germe depositado em seu seio; o verdadeiro protagonista que concebe é o homem” (Lipovetsky, 2000, p. 232). O poder real e simbólico das mulheres pode aparecer nos mitos selvagens e no relato do Gênesis, como uma figura atribuída de um poder maléfico e misterioso.

No segundo momento ou a *segunda mulher*, na segunda metade da Idade Média, há uma valorização dos papéis e poderes femininos, nomeada como o *código*

cortês, enaltecendo a dama amada e suas perfeições. Nesse período, os seus poderes e papéis foram valorizados, através do lugar e identidade de *Musas inspiradoras* nas artes e na literatura. No entanto, essa idealização não transformou a hierarquia social dos sexos, pois as decisões importantes continuam a ser assunto dos homens e a mulher não desempenha papel na vida política. O poder feminino permanece restrito aos campos do imaginário, dos discursos e da vida doméstica (Lipovetsky, 2000).

No terceiro momento ou a *terceira mulher*, a autonomia da figura feminina caracteriza uma mudança significativa em relação aos momentos anteriores, pois os destinos pré-traçados passam a ser de sua própria escolha. E uma diferença fundamental dos momentos anteriores surge, enquanto, “a *segunda mulher* era criação ideal dos homens, a *terceira mulher* é uma autocriação feminina” (Lipovetsky, 2000, p. 237).

No entanto, o autor (Lipovetsky, 2000) apresenta duas tendências contraditórias na atualidade: uma se inscreve no imaginário tradicional da dependência da mulher ao outro e no “desapossamento subjetivo”. A outra, a partir das transformações sociais, sugere um reconhecimento da autonomia feminina e a “posse de si”. Isso significa que, mesmo no imaginário correspondente à autonomia feminina, vinculado ao projeto do homem moderno, a mulher procura as experiências de prazer e satisfação, a reivindicação e a supervalorização do amor continuam sendo a expressão do desejo em ser reconhecida e valorizada, dotada de uma subjetividade singular, insubstituível.

Portanto, diante da imprevisibilidade e contingência nas relações intersubjetivas, a promessa de realização pelo amor não se concretiza, permanecendo, muitas vezes, apenas a *servidão*. Caiaffa, Cartocci, Franco, Fuks e Sterian (2002) analisam essa situação através de uma articulação entre a mulher, o feminino, os apelos da contemporaneidade e a instauração dos laços sociais. Os autores discutem que as relações intersubjetivas na contemporaneidade são intermediadas por recursos para a aproximação de pessoas isoladas (meios de comunicação, internet, relações virtuais), encerradas em seu individualismo pleno. Como consequência, as relações

esvaziam-se de um convívio e de uma implicação pessoal, caracterizadas por uma “micropolítica narcísica de redução de custos afetivos da dependência amorosa e da alteridade” (p. 192). Nesse cenário, há um distanciamento físico e se prescinde de dados de identidade e de filiação – pouco importa quem é este outro, é apenas “um outro”.

Caiaffa et al. (2002) fundamentam que as relações amorosas, na atualidade, são também sustentadas por um pacto de denegação que buscam “deixar de fora e atrás”, nas gerações precedentes, um modelo de vínculo degradante marcado pela heteronomia, pelos vínculos simbióticos e traçados pela herança patriarcal. O ideal de liberdade e autonomia afugenta qualquer possibilidade de relacionamento que se aproxime desse “velho” modelo.

Consideramos que o ideário da modernidade oferece o contorno para as relações estabelecidas com o outro, marcadas pela individualidade. Isso implica a centralização dos sentimentos no próprio eu, oscilando entre o amor de si e o amor do outro, num jogo de atrações e repulsões permanentes (Birman, 2006).

Segundo Birman (2006), o mal-estar na atualidade não está mais centrado no conflito psíquico, que representava a oposição entre os imperativos dos impulsos e as restrições morais. Hoje, o mal-estar se evidencia nos registros do *corpo*, da *ação* e do *sentimento*.

Nos registros da ação, as individualidades são possuídas pelo excesso, que as impele para o ato como única forma de eliminar a excitabilidade excessiva. Caso contrário, seriam dominadas pelo excesso no psiquismo, provocando a angústia. São os sujeitos marcados pela explosividade, pela impulsividade e também pela violência. Outra forma de manifestação é a compulsão, em que se inclui a dependência às drogas lícitas e ilícitas (Birman, 2006).

A partir dessa exposição, qual a relação possível desses lugares e imaginários sociais com a dependência às drogas em mulheres? Relacionamos o fenômeno da dependência às drogas a uma tentativa da mulher de ocupar esses lugares e/ou corresponder aos imaginários sociais estabelecidos, construindo vínculos que repe-

tem os modelos presentes em sua história familiar, negando a heteronomia, os vínculos simbióticos e a violência cotidiana vivida. Consideramos que as adicções apresentam uma correspondência ao imaginário da dependência ao outro-sujeito ou outro-coisa-droga e remetem ao “desapossamento subjetivo”.

Nessa mesma linha de análise, Chagas (2003) procura discutir a diferença entre o homem e a mulher toxicômanos, sob uma perspectiva da teoria da sexuação. No caso da toxicomania masculina, há uma explosão de paixões e um excesso de excitação. Observa-se uma dissociação do vínculo e ação sexualizada, muitas vezes, tirânica. Na mulher, outro cenário se apresenta. A autora retoma as condições de acusação e marginalização a que ficou submetida a mulher no decorrer da história, na tradição judaico-cristã e na tradição islâmica. Nesse percurso histórico, a mulher assumiu lugares de bruxa, endemoniada e histérica, ordenados pelo discurso masculino.

Mas a mulher funda a revolução feminista e, no século XX, ela sai do contexto familiar e privado para participar da vida pública segundo um modelo masculino e constrói a sua independência e autonomia. No entanto, Chagas (2003) sugere uma curiosa relação entre a mulher adicta e mulher moderna: a mulher “engajada” na toxicomania é a expressão de rebeldia como protesto pelo lugar da mulher moderna. “A mulher toxicômana é a mulher de antes” (p. 84), ou seja, ela aceitaria a imobilidade feminina, preferindo uma segurança e uma estabilidade no amor-droga, estabelecendo uma relação passional.

No entanto, ainda que a dependência às drogas coloque a mulher em uma condição de submissão, consideramos que os efeitos psíquicos e intersubjetivos podem revelar algo além dessas características, que gostaríamos de desenvolver ao longo desse trabalho. Para tanto, outros elementos teóricos são necessários.

A Dinâmica Intrapsíquica e a Intersubjetividade

A partir de um referencial psicanalítico e de uma linha de investigação que privilegia as relações de sujeito-objeto, busca-se uma compreensão da relação de

assujeitamento e anulação do sujeito pelo objeto-droga. Piera Aulagnier (1985) discute a alienação do sujeito em uma relação assimétrica, cujo protótipo é a paixão. A relação que o toxicômano estabelece com a droga teria similaridade ao sujeito apaixonado?

Segundo Aulagnier (1985), na paixão amorosa, existe a espera de um prazer exclusivo e de uma satisfação que só o outro pode atender, mas depende do encontro entre dois corpos sexuados e dois prazeres presentes, aspecto que não é encontrado na relação com o objeto-droga. A autora analisa os conceitos de alienação e paixão como duas patologias particulares dos investimentos psíquicos, observados na relação com a droga, com o jogo e na paixão amorosa. O ponto comum entre a relação do toxicômano, o jogador e o apaixonado é a estratégia para evitar o conflito pulsional e o sofrimento psíquico, porém essa estratégia tem um preço a ser pago: um risco de morte efetivo, *um prazer que é levado até as últimas consequências*.

A partir da metapsicologia psicanalítica, a autora (Aulagnier, 1985) retoma as concepções da relação do Eu com a Realidade e com o Prazer. Na relação do Eu com a Realidade, o bebê exercita um poder de transformação da realidade para torná-la adequada aos seus desejos. Essa ação só é possível pela idealização do Eu pela mãe, sendo fundamental no desenvolvimento do ego e para a experiência de um *prazer possível* no contato com a realidade. Evidencia-se a importância do reconhecimento e investimento do outro nos objetos da realidade para as experiências de prazer, e que se apoia no encontro entre o corpo da criança e o Eu do outro (corpo materno). O “corpo-prazer” é o primeiro bem pessoal, a primeira posse investida pelo Eu, que garante a “possibilidade de um prazer vivido na realidade de sua carne” (1985, p. 99). No entanto, não é só a experiência de prazer que é vivida com o corpo, mas também, as experiências de sofrimento.

Segundo a autora (Aulagnier, 1985), é a partir desta última experiência – “corpo-sofrimento” – que o objeto-corpo se torna exterior, não-idêntico ao Eu e autônomo, impondo a “coisa corporal” como antinômica ao corpo pensado. É nessa relação ambivalente com o próprio corpo que o Eu é obrigado a conviver, considerando-o

como *seu* objeto: “Corpo amado ou corpo odiado – estes dois sentimentos demonstram que a única ligação ao corpo que o Eu não pode manter é a indiferença” (p. 103). Considera-se que a dualidade entre corpo-prazer e corpo-sofrimento revelam como o Eu poderá lidar com as fontes de prazer e sofrimento advindas de seu próprio corpo e da realidade. O corpo poderá representar toda a fonte de sofrimento e ser odiado. Mas como transformar essa condição, sendo que o Eu não pode fugir (desinvestir) dessa realidade insuportável, ação que equivaleria à anulação de sua própria existência?

A condição de transformação dessa realidade e a garantia do desenvolvimento do bebê estão apoiadas no discurso materno, como uma função intermediária. O Eu materno permite que a recusa do sofrimento seja acompanhada da preservação do investimento do corpo, investido por ela como um “corpo doente”, a ser cuidado e protegido (Aulagnier, 1985).

Essas concepções fundamentam o que a autora nomeia como *relação de simetria e relação de assimetria*, modalidade de investimentos próprios à relação amorosa e também às relações entre o toxicômano e a droga. Na economia psíquica própria à relação amorosa, o Eu investe na realidade e procura uma voz, um seio, uma carícia, ou seja, “coisas” que não são puramente fantasmáticas. Por isso, a relação amorosa se revela pela simetria e pela interdependência presentes entre os dois Eus. A simetria não é perfeita, mas suficiente a tal ponto de não colocar o Eu do amante em uma situação de dependência e angústia (Aulagnier, 1985).

Nas relações simétricas, é importante ressaltar também a vitalidade, o reconhecimento e o investimento do Eu do outro em uma *realidade compartilhada*. Na ausência desse *encontro*, o hiperinvestimento no objeto poderá ser um mecanismo de negação da separação e da perda de sentido, mas também configura uma “estratégia de sobrevivência” (Gurfinkel, 2007).

O hiperinvestimento no objeto como sobrevivência psíquica revela um dos pontos fundamentais para pensarmos as modalidades de relação assimétrica, pois há um deslocamento do objeto de prazer para o registro de necessidade, sendo que o objeto da paixão se torna insubstituível. Essa problemática obriga o Eu a só encon-

trar prazer se puder provar que o objeto está entre as categorias do necessário. A droga oferece uma realização pela fantasia, adequando a realidade à sua representação, sendo que a diferença entre representações da realidade criadas pelo pensamento e a dúvida sobre o verdadeiro e falso são anuladas: “a toxicomania é um compromisso entre o desejo de não mais pensar a realidade e a recusa ou a impossibilidade de recorrer à reconstrução delirante desta realidade” (Aulagnier, 1985, p. 152).

Além disso, argumenta Aulagnier (1985) que o estado passional, ao transformar o objeto de prazer em objeto de necessidade, libera o Eu de toda responsabilidade no registro da escolha – “objeto obrigado, prazer obrigado e sobretudo vida imposta” (p. 157, grifo das autoras). Observa-se, então, uma curiosa inversão de lugares na vida pós-moderna: o sujeito, que é fruto de uma luta pela liberdade de escolha e autonomia, torna-se escravo de uma vida imposta, sem nenhum vestígio da liberdade e autonomia outrora conquistadas.

Retomamos o caso de uma paciente mulher dependente de crack e que iniciou o uso com 12 anos de idade, ao sair de casa, expulsa pela sua mãe. No percurso do tratamento em CAPS AD, essa paciente buscava alguns pontos de apoio e referências identitárias. A primeira representação identitária surgiu através do apelido de “220 volts”, porque estava sempre “ligada”, uma associação ao seu constante uso e aceleração correspondente. Em um segundo momento, começou a usar o visor do seu celular como espelho, porque estava gostando de se ver, tinha interrompido o uso abusivo de substâncias psicoativas. Em outro momento, como uma segunda representação identitária, nomeava-se como a “mulher-placa”, associando ao trabalho que estava desenvolvendo aos finais de semana na divulgação de oportunidades de emprego no centro da cidade. O percurso dessa paciente sugere uma tentativa de se auto-representar, de se auto-investir, com as possibilidades que são oferecidas no encontro com outro Eu na realidade exterior. Essas construções identitárias procuravam “fazer viver um corpo” e são tentativas de saída de uma vida imposta.

Ainda nessa linha de pesquisa da relação sujeito-objeto, Gurfinkel (2007) analisa que as adicções configuram-se como uma defesa contra a perda do sentido de estar no mundo, como também, uma “doença” marcada pela relação do sujeito com a realidade. Isso implica uma inversão potencial entre sujeito e objeto, tornando-se o primeiro em sujeito-quase, “escravo de um objeto metamorfoseado em coisa, portadora esta de atributos que seriam próprios do homem” (p. 23).

Poderíamos supor que toda experiência toxicomaniaca é restrita a uma relação assimétrica e de escravidão. Mas também consideramos que a experiência subjetiva com as substâncias psicoativas pode expressar uma busca de autonomia feminina, através da possibilidade de exploração da sexualidade e dos prazeres sensoriais que a droga proporciona, como, por exemplo, a diminuição da censura e das instâncias superegóicas e morais pelos efeitos do álcool e a “hiperestimulação” das funções táteis nas relações sexuais com o uso do *crack*. Na tentativa de libertação, na tentativa de exploração dos prazeres de seu próprio corpo, essa *mulher quase-desejante*, que aspira autonomia, naufraga, restando alguém em sofrimento e que clama por resgate.

Outra função importante na relação mulher e substâncias psicoativas é a função de defesa diante do desamparo e de sua condição de vulnerabilidade. Cria-se uma “armadura simbólica” para corresponder ao ideal onipotente exigido. As drogas possibilitariam a criação ilusória de uma “força” para enfrentamento das adversidades, da solidão e da violência: “Meu marido, sempre que bebia, me batia, até um dia em que eu bebi e quase o matei, depois disso, ele nunca mais me bateu”, “Não há lei que nos defenda, mesmo com a Lei Maria da Penha, estamos sempre sozinhas, você não tem a quem recorrer”.

Ou na impossibilidade de existência singular, pode representar o caminho da anulação subjetiva: “Eu bebo e esqueço tudo, apago, acho que, às vezes, eu quero morrer”; “Eu fico, assim, nervosa, quando chega o final do mês, eu começo a ver que estou sozinha para pagar as contas e cuidar dos meus filhos. Eu tenho vontade de usar, mas tomo muito remédio e vou dormir, quero acordar só no outro dia”.

Notem a multiplicidade de funções do objeto-droga: ora cumpre o lugar de um outro objetalizado – “um amigo”, “um companheiro”, “um meio de fortalecimento e encorajamento”; ora cumpre a função de libertação das exigências superegóicas, possibilitando a exploração da vida sexual; ora exerce um poder tirânico contra o próprio eu, em um movimento autodestrutivo; ora silencia o turbilhão pulsional...

Um dos aspectos que queremos ressaltar sobre o fenômeno da dependência diz respeito à singularidade feminina e o que ela representa para determinado conjunto intersubjetivo. Pensamos que essa singularidade é denegada, não há um enaltecimento da figura feminina, como desenvolve Lipovetsky (2000), mas uma *impossibilidade de ser mulher*: “Eu fico pensando porque é tão difícil ser mulher, eu vejo a minha mãe e a minha avó, sofreram sozinhas, tendo que cuidar dos filhos, parece que eu carrego uma herança de sofrimento das mulheres da minha família”. Tal como desenvolvem Caiffa et al. (2002), essas mulheres são herdeiras de uma história familiar denegada.

No entanto, consideramos que as experiências de desamparo, as relações de prazer-desprazer, a anulação subjetiva e a *impossibilidade de ser mulher* podem ser revividas e ressignificadas em um espaço grupal, sendo que esse dispositivo poderá corresponder à função intermediária, necessária para uma transformação da realidade insuportável.

A Singularidade Feminina em um Dispositivo de Grupo

As estratégias e modalidades de intervenção no tratamento da dependência química devem ser diversificadas, levando-se em conta a complexidade do problema e a heterogeneidade dos usuários. Entre essas modalidades, destacamos o dispositivo de grupo.

No tratamento às mulheres dependentes, além de programas exclusivos, pois possibilitam sua participação integral, é indicada a utilização de grupos homogêneos em relação ao sexo. Os grupos mistos podem restringir os comportamentos, as oportunidades e a influência da mulher, sendo que os problemas das mulheres

podem ser negligenciados, considerando-se o maior número de homens em relação às mulheres no grupo (Brasiliano, 2003; Hochgraf & Brasiliano, 2010).

Para essas mulheres que, segundo Brasiliano (2003), vivem constantemente a estigmatização de seu sofrimento e o rompimento dos laços e vínculos familiares, o grupo homogêneo se configura como um alívio das críticas, dos julgamentos e das condenações sociais. O grupo funciona como um primeiro dispositivo de contenção, como um lugar de apoio e sustentação da subjetividade, “permitindo a emergência da angústia e a possibilidade do trabalho de elaboração psíquica” (p. 203).

Consideramos também que esse dispositivo pode oferecer a possibilidade de “reencontro” com objetos de um cenário interno e a possibilidade de elaboração desses conteúdos: “inserindo o sujeito em uma referência espaço-temporal nova e determinada pela mobilização de formações psíquicas que só se manifestariam no grupo” (Gomes, 2002, p. 111).

Essa modalidade de tratamento oferece uma possibilidade de elaboração dos vínculos, diferente de um lugar “mágico” que é ocupado pela droga, funcionando como um espaço potencial (Fernandes, 1994; Gomes, 2002). O grupo também funcionaria como um lugar articulador, funcionando como uma referência, como uma possibilidade de comunicação, diferente da ausência de apoio e sustentação das instituições sociais. Pensamos que esse espaço possibilita “falar de coisas que não se fala nem com a família e, talvez, falar de coisas que nem se sabe onde dizer” (Gomes, 2002, p. 113).

Entre os pacientes ou situações indicadas para o tratamento em um dispositivo de grupo, Kaës (1979, 2000) cita as crianças gravemente perturbadas, certas patologias na adolescência, as adicções e as sequelas traumáticas. Para esses sujeitos, esse dispositivo possibilitaria a estruturação e a atividade do pré-consciente, através da função pensante de um outro (ou mais de um outro) e da restauração da atividade da memória, da linguagem e da interpretação.

A partir dos conceitos da área transicional de D. W. Winnicott, Kaës et al. (1979) propõem o termo *transicionalidade* para designar uma zona intermediária de expe-

riência e um processo de passagem entre dois estados subjetivos. A *transicionalidade* é um princípio de funcionamento do aparelho psíquico; e, no contato com a intersubjetividade, configura os limites internos e externos.

Dessa noção, surge a Análise Transicional, um dispositivo capaz de produzir em cada sujeito condições para a elaboração da experiência de crise e que poderia operar sobre as alianças inconscientes. É utilizada como um método de investigação dos processos intrapsíquicos e intersubjetivos, como também de intervenção terapêutica. Esse dispositivo pressupõe a instauração de um *enquadre* e de funções a ele relacionadas (Kaës et al., 1979).

Esse método possibilita condições para a capacidade de restabelecer, na experiência de ruptura, símbolos de união. A transicionalidade é um processo, compreendendo algumas funções e ocupando um lugar determinante nos jogos da grupalidade e da individualidade. Em função de uma característica de ligação entre elementos opostos (dentro/fora, eu/não-eu), o processo da transicionalidade permite a elaboração de uma experiência de ruptura, restabelecendo a capacidade do sujeito para inventar (encontrar-criar) em uma realidade intermediária, nomeado por Winnicott de espaço potencial (Kaës et al., 1979).

A Análise Transicional, apresentada por Kaës em 1979, decorre de uma compreensão sobre a constituição do sujeito psíquico como sujeito do grupo, apoiada numa metapsicologia que será consolidada mais tarde (1997), compreendendo o sujeito, como sujeito do vínculo (2015). O conceito que lhe permitirá avançar na construção teórica é o conceito de Alianças Inconscientes, que será, no campo do método clínico, seu operador central. Esse conceito define um conjunto de operações psíquicas destinadas, no nível intersubjetivo, a regular a economia psíquica do grupo; supõe que o recalque, como operação intrapsíquica depende, para sua constituição, de uma função que é exercida pelo grupo: função co-recalcante (Fernandes, 2005).

No campo clínico, Kaës (1997) define uma operação centrada nas modalidades de ligação entre os sujeitos de um grupo, de uma família, de uma instituição. As Alianças Inconscientes, como formações intermediárias, estariam a serviço dessa

regulação psíquica intrapsíquica e intersubjetiva e, portanto, são objeto da análise clínica.

É importante ressaltar que o grupo apresenta condições favoráveis para a enenação das fantasias do sujeito e também um lugar para a investigação do entrelaçamento subjetivo, considerando que essas fantasias representam lugares ocupados pelo sujeito em uma trama familiar e depois revividos em uma situação de grupo. Kaës (2011) parte da hipótese de que cada conjunto se organiza *positivamente* sobre investimentos mútuos, sobre identificações, sobre ideais e crenças comuns e sobre modalidades toleráveis de realização de desejos. Como também se organizam *negativamente* sobre alianças, pactos de renúncia e sacrifícios, sobre “apagamentos”, sobre recusas e recalques.

As alianças inconscientes impõem uma obrigação e uma sujeição dos componentes do grupo aos lugares ocupados no conjunto para a manutenção de um pacto denegativo e dos conteúdos recalcados, expulsando o indesejável e o intolerável da elaboração e transformação psíquicas e intersubjetivas. Esses conteúdos recalcados retornam através dos sintomas partilhados por vários sujeitos e servem como apoio às identificações (Kaës, 2011).

Nos grupos, há sempre atribuição e assunção de lugares inconscientes que representam conteúdos intrapsíquicos e intersubjetivos. Na configuração do vínculo e nos processos grupais, determinados sujeitos assumem a importante função de efetivar uma passagem entre os espaços psíquicos de cada um e os espaços psíquicos comuns e partilhados. Esses sujeitos encarnam e representam conteúdos e aspectos denegados pelo conjunto intersubjetivo, são as funções intermediárias como: porta-voz, porta-sintoma e porta-ideal (Kaës, 2011).

Ressaltamos a função do porta-voz como o depositário dos aspectos denegados do conjunto intersubjetivo e como proteção aos membros do grupo dos conteúdos indesejáveis e perigosos. Assim como o tabu, o porta-voz assume uma função social de ligação e compromisso, mas pode ser transformado em um elemento *intocável*, porque sua aproximação implica no desvelamento dos conteúdos indesejáveis e que foram “deixados de lado”. O porta-voz não é apenas o indicador ou o

analisador do funcionamento do grupo e de suas perturbações. Ele está incluído como sujeito desse grupo, participante de sua situação de conflito e dos seus mecanismos de defesa, ao mesmo tempo em que, ele é também o sujeito desse conflito. Uma das funções fundamentais do porta-voz para a cadeia associativa do grupo é ser o *portador da voz do outro*: “O porta-voz fala no lugar de outro, pelo outro, mas ele fala também pelo outro que está nele” (Kaës, 2005, p. 44).

Portanto, as formações, funções e produções no campo grupal fundamentam a concepção de um Sujeito do grupo. Não se trata apenas de pensar o grupo como instrumento metodológico, mas a investigação de um sujeito do Inconsciente e processos de subjetivação que dele se originam.

Entre os conteúdos revelados em situação de grupo, identificamos como manifestos pelo papel do *porta-voz*, os relatos de situações de violência intrafamiliar, identificando a vulnerabilidade e o desamparo vivido por essas mulheres, e os temas envolvendo a sexualidade, revelando os conflitos entre as funções da maternidade e a escolha nas relações amorosas:

Eu peguei os quatro filhos que viveram e sai pelo sertão para sobreviver. Não podia me separar, porque a mulher separada não era bem vista. Não era como hoje, o pai da mulher que se separava pegava a filha pelos cabelos e batia mesmo. Meu pai não ia aceitar. Tive que me virar pelo sertão, trabalhei para sustentar meus filhos.

Depois que meu marido me traiu, não confio mais em ninguém. Descobri uma foto e uma carta de amor na carteira dele, ela era de outro estado. Bati muito nele e ia tocar fogo no corpo dele, se não fosse sua família para evitar. Acabei namorando o amigo dele. Eu sou muito vingativa. Outra complementa: Eu sou muito passional.

Melhor ficar sozinha, por isso que eu prefiro. Não tem dor de cabeça. Eu tenho muito ciúmes da minha filha, eu acho isso muito ruim. Eu tenho muito medo de ficar sozinha, então eu fico fazendo chantagens com ela.

O meu irmão me apresentou esse pretendente, mas eu não quero ir com ele, o que vão pensar e falar de mim, que “ela largou os filhos para ficar com ele”. Se eles já estão sozinhos, com um pai, que não quer saber deles, já estão como estão por causa do pai deles. Não posso fazer isso.

Os dois temas constituem-se como um “jogo de forças” – o abandono e a sexualidade. Supõe-se que este “jogo de forças” está relacionado aos mecanismos de repressão e denegação da sexualidade. Este tema é “deixado de lado”, sobrepõe-se o abandono, a violência e a traição.

Essas mulheres foram “abandonadas” quando eram vítimas de violência em suas relações conjugais. Os atos de violência dos companheiros eram justificados pelos (possíveis) comportamentos da mulher, como se ela fosse a responsável pela sua própria agressão. Diante dessa situação, ficam entregues à própria sorte, não podem contar com ninguém, nem com a própria família. Na cena grupal, os papéis protagonizados se alternam entre vítima e agressor, entre quem abandona e quem é abandonado, entre quem trai e quem é traído, os dois papéis são intimamente interligados.

Entre as funções de *porta-ideal*, identificou-se a importância da criação de um lugar privilegiado, idealizado e valorizado pelas mulheres no grupo, representando o conflito entre atender às demandas e exigências sociais ou aos seus próprios desejos. Além de sua função identificatória, o *porta-ideal* expõe a anulação das diferenças e exclui a possibilidade de escolha, através da imposição do que seria o “certo”, de um ponto vista moral: “Todas estão namorando...” O lugar idealizado foi o da *Namoradeira*, impondo que todas deveriam namorar ou casar, representando o ideal da *Mulher de Verdade*. Aqui é interessante associar ao ideal de mulher imposta pela modernidade e o ideal da família burguesa: casar, ter filhos e cuidar do marido. Esse aspecto revela uma contradição entre uma “servidão” e a dependência ao outro e, por outro lado, o livre desenvolvimento das inclinações e desejos pessoais.

Outro elemento revelado pela função de *porta-ideal* foi o *Ideal da Maternidade*. Diferente de uma escolha pela experiência de ser mãe, para algumas mulheres, essa condição impunha-se como uma defesa contra a sexualidade, da imprevisibilidade e frustração das relações amorosas, o conflito era manifestado pela dualidade entre *ser mãe* ou *ser mulher*.

Queremos enfatizar que a função intermediária do *porta-voz* e do *porta-ideal* é revelar os elementos conflitivos e inconscientes em uma dinâmica intersubjetiva. Observa-se, pelos elementos apresentados, que os lugares cristalizados impõem aos sujeitos uma *escravização* e uma impossibilidade de escolha.

Entre as funções intermediárias, o *porta-sintoma* representa os conteúdos expulsos pelo grupo, portanto, trata-se não de um sintoma individual, mas de um sintoma partilhado, efeito das relações de determinado conjunto intersubjetivo (Kaës, 2011). Entre os conteúdos revelados, observou-se que *ser mulher* seria associado com a fragilidade e a vulnerabilidade, *ser mulher* seria vergonhoso e uma das formas de enfrentamento poderia ser o uso abusivo/dependente que as acompanha: “nós mulheres carregamos uma culpa e um sofrimento que vem da minha avó, da minha mãe e eu desejo quebrar essa cadeia”; “parece que há um espírito que ronda as mulheres da família e todas adoecemos”.

A ligação transgeracional associa a droga como forma de enfrentamento das condições de vulnerabilidade e desamparo, transmitidas de mãe para filha, através de diversas gerações. Pelos seus efeitos, a droga atua através da anulação do desejo e de um “apagamento” – relação constante expressada pelas mulheres –, tornando-se, dessa forma, um elemento fundamental de ligação no grupo. É através do objeto-droga ou da mulher dependente (*porta-sintoma*) que se efetiva a aliança inconsciente para a expulsão da figura da *mulher desejante*.

A droga representaria as experiências de prazer e desprazer, associadas à sexualidade, assim como aos conteúdos relacionados à morte. Ou seja, é associada ao amortecimento das sensações corporais e do pensamento (desejos sexuais): “Estou por um fio, sinto muita vontade de tomar muita medicação, de uma só vez, como fazia antes para dormir e me sentia aliviada”. Elimina-se, assim, não só o de-

sejo, mas o sofrimento (dor). Esses dois elementos são conjugados simultaneamente pelo prazer e desprazer.

Portanto, a *mulher desejante* é uma forma de resistência às restrições sociais e a dependência química assume, de forma ambígua, aquela figura que questiona e resiste ao assumir os lugares designados, bem como aquela que, através dos efeitos de anulação do desejo, exclui a possibilidade de uma existência singular. Esse conflito pode ser observado através dos lugares ocupados na cena grupal: *a namorada, a mulher de verdade, a mãe*.

O último elemento emergente do grupo que gostaríamos de discutir, diz respeito à diferença sexual e a relação homem-mulher. Em diferentes sessões de grupo, as mulheres relataram as situações de violência vividas nas relações parentais (pela figura paterna) e conjugais. No processo de discussão do grupo, revelaram as formas de enfrentamento dessas situações: “Eu percebo que eu me apaguei nesses anos todos, primeiro eu dependia do meu marido, depois que ele morreu foi o meu pai, até quando vai isso?”; “Eu nunca tive sossego na minha vida, desde criança a minha vida sempre foi uma bagunça” (Começa a contar de sua infância e da tentativa de seu pai para matá-la, crucificando-a em uma cruz, conta que ele não queria uma menina e sim um menino, e não a aceitava por isso); “A coisa mais horrível que tem é tirarem um filho de uma mãe”; “O meu pai nunca me deu uma boneca, eu sempre quis ter uma boneca, mas eu nunca tive, sempre tive brinquedos de meninos”.

Através desses relatos, observa-se que às mulheres foram designados alguns lugares e papéis na configuração familiar e social: a mulher abandonada, traída e agredida, com sua singularidade feminina negada. Um dos relatos representa esse aspecto de forma mais violenta, ser mulher representava uma ameaça a sua sobrevivência. Violência exercida pelo pai contra ela, utilizando rituais de sacrifício do bode expiatório – “crucificando-a em uma cruz”. Supõe-se que sua existência foi sustentada pela denegação de sua condição feminina e de sua vulnerabilidade.

Essa operação resultou em assumir uma postura viril e desafiadora nas situações de sua vida. Na maternidade, encontrava o resgate do ser feminino, mas perdeu a guarda dos seus filhos, resultando em uma queda vertiginosa em uma dimensão do *não-ser*, pois a mulher viril que enfrentava vizinhas, que buscava drogas *sem precisar de nada*, constituiu-se como defesa, diante da *impossibilidade de ser mulher* – “eu nunca tive sossego na minha vida, desde criança, a minha vida sempre foi uma bagunça”. Podemos supor que uma das formas de sobrevivência psíquica e existencial é a identificação com as figuras masculinas. “A coisa mais horrível que tem é tirarem um filho de uma mãe”, diz a paciente, supõe-se que essa situação é insuportável, porque ser mãe era a sua única garantia como existência feminina, ser mãe significava a única possibilidade de *ser mulher*.

Uma das saídas possíveis às situações de desamparo e negação da alteridade é sugerida por uma delas: “Depois, de uma história desta, é que eu quero nascer homem na próxima vida. Com um homem desses, para que ter um homem na vida”. Em determinadas sessões, o processo identificatório se configura através do desamparo e dos mecanismos de defesa utilizados. Elas relatam os diversos papéis que assumem em suas vidas, frente à situação de vulnerabilidade. Elucidam tentativas de defesa, ora se apoiando em figuras masculinas, ora assumindo a função e o papel social do homem. Há uma representação idealizada de completude vinculada ao “ser homem”, como se, para essa figura, *nada faltasse* (ser assexuado) e a condição de desamparo não lhe atingiria – “eu quero nascer homem na próxima vida”. Curiosamente, a figura masculina está vinculada à completude, o outro não é necessário, pois “nascendo homem, você não precisa de mais nada”.

A partir desses relatos em situação de grupo, procuramos refletir sobre a complexidade do fenômeno de dependência às drogas em mulheres. Através do dispositivo grupal, diferentes lugares e papéis puderam ser revelados, encenados, revividos e ressignificados.

Considerações Finais

Neste trabalho, as perspectivas teóricas discutidas partem de uma análise dos lugares sociais ocupados para uma dimensão que inclui a intersubjetividade do “acontecer psíquico”. A partir dessa linha de investigação, que inclui a perspectiva da intersubjetividade, inserimos o nosso trabalho como um prosseguimento e ampliação dessa vertente.

Levamos em conta, a concepção de sujeito como *sujeito do grupo* de René Kaës (1997), que supõe uma subjetividade constituída nos e pelos conjuntos intersubjetivos. Essa concepção supõe que o Inconsciente está apoiado num outro (ou mais de um outro) e, conseqüentemente, em formações e funções intermediárias, que se constituem como elemento de ligação, e de duplo investimento, do sujeito psíquico e dos espaços intersubjetivos.

Propomos que a dependência de substâncias psicoativas seria uma produção intersubjetiva, que se estabelece nas relações entre a mulher e os grupos de pertencimento, implicando a manutenção do sintoma e de determinados lugares pela rede de relações sociais.

Nossa hipótese sustenta que o sintoma seria uma formação intermediária – o *porta-sintoma* – representando conteúdos denegados dos conjuntos intersubjetivos a que pertence.

A mulher dependente química seria o *amalgama*, tal como as Mulheres de Atenas, que enlouquecem com os delírios do deus Dioniso, abandonam os filhos e os afazeres domésticos para se entregar às loucuras de todo tipo, mas também sucumbem à anulação dos desejos e paixões, evitando uma entrega arrebatadora aos prazeres. Nessa condição, evitam não só o desejo, mas a sua existência singular.

Finalizando, pensamos que a especificidade da clínica da dependência química em mulheres é um sintoma que revela aspectos intersubjetivos que são denegados: a dimensão do sensível, do corpo, da sexualidade, do desejo, da alteridade e da incompletude humana.

Referências

- Aulagnier, P. (1985). *Os destinos do prazer: alienação, amor, paixão*. Rio de Janeiro: Imago.
- Birman, J. (2006). *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Brasiliano, S. & Hochgraf, P. B. (2006) Drogadicção Feminina: a experiência de um percurso. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Eds.), *Panorama Atual de Drogas e Dependências* (pp. 289-295). São Paulo: Editora Atheneu.
- Brasiliano, S. (2003). Psicoterapia Psicanalítica de Grupo para Mulheres Drogadictas: o que há de feminino? In M. Baptista, M. S. Cruz & R. Matias (Eds.), *Drogas e Pós-Modernidade: prazer, sofrimento e tabu* (Vol. 1, pp. 199-205). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Caiaffa, R., Cartocci, L., Franco, M. M., Fuks, M. & Sterian, A. (2002) A sexuação feminina da mulher na contemporaneidade. Da suposta libertação feminina à impossibilidade de sustentar o imprevisível na relação com o outro. In S. L. Alonso, A. C. Gurfinkel & D. M. Breyton (Eds.), *Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo* (pp. 191-200). São Paulo: Escuta.
- Chagas, S. S. (2003) A mulher toxicômana. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 24, 75-88.
- Fernandes, M. I. A. (2005). *Negatividade e Vínculo. A mestiçagem como ideologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fernandes, M. I. A. (1994). A subjetividade à luz de uma teoria dos grupos. *Psicologia USP*, 5(1/2), 285-296.
- Gomes, K. V. (2002). *O Mal-Estar do Encontro: um estudo sobre a toxicomania em uma Instituição Pública de Saúde*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Gurfinkel, D. (2007). Adicções: da perversão da pulsão à patologia dos objetos transicionais. *Psychê*, 11(20),13-28.
- Hochgraf, P. B. & Brasiliano, S. (2010). Mulheres e substâncias psicoativas. In S. D. Seibel (Ed.), *Dependência de Drogas* (pp. 1025-1042). São Paulo: Editora Atheneu.
- Hochgraf, P. B. & Andrade, A. G. (2004). A Questão do Gênero nas Farmacodependências. In T. A. Cordas & F. T. Salzano (Eds.), *Saúde Mental da Mulher* (pp. 85-103). São Paulo: Editora Atheneu.
- Kaës, R. (2015). *L'extension de la psychanalyse. Pour une métapsychologie de troisième type*. Paris: Dunod.
- Kaës, R. (2011). *Um singular plural: a psicanálise à prova do grupo*. São Paulo: Edições Loyola.
- Kaës, R. (2005). *Os espaços psíquicos comuns e partilhados: transmissão e negatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kaës, R. (2000). *Las teorías psicoanalíticas del grupo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Kaës, R. (1997). *O Grupo e o Sujeito do Grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kaës, R., Missenard, A., Kaspi, R., Anzieu, D., Guillaumin, J. & Bleger, J. (1979). *Crisis, ruptura y superación: análisis transicional en psicoanálisis individual y grupal*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.
- Kehl, M. R. (2008). *Deslocamentos do feminino*. Rio de Janeiro: Imago.
- Lipovetsky, G. (2000). *A terceira mulher: a permanência e revolução do feminino*. São Paulo: Companhia das Letras.

9 Diálogo entre Filosofia e Psicanálise: uma proposta focada em sintomas para o tratamento da dependência química

Luis Fernando Nascimento Rodrigues
Liana A Romera

O presente capítulo vem relatar, sucintamente, os esforços de conciliar a Filosofia e a Psicanálise com o propósito de encontrar instrumentos que facilitem o desenvolvimento do conceito de “espiritualidade” de acordo com os termos da filosofia Existencialista, e que pode ser traduzida como “interioridade”. O termo interioridade representa, grosso modo, o sentido ou o conteúdo de uma ação humana e pode ser bem entendido como a intencionalidade que subjaz à atividade do indivíduo. Para o senso comum, o emprego do termo “espiritualidade” possui várias acepções como, por exemplo, a de consciência moral ou de espírito (entidade metafísica, transcendental, que sobrevive à falência do corpo), porém, o objeto de problema que nos ocupará será o da discussão em torno da coerência do pensamento e da ação do sujeito adotando a filosofia Existencialista, principalmente, e a Psicanálise com olhos voltados para o estudo da dependência química.

Outro ponto essencial para início de discussão seria o uso do termo sintoma. Apesar de organismos internacionais da saúde tratarem a questão da dependência química como um transtorno, desde os trabalhos de Howard Becker (2008) e Henri Bergeron (2012), acentuou-se uma crítica contrária à adoção da nomenclatura de

termos patológicos para a dependência química. O movimento dos citados autores, que se desenvolveu com as premissas da Sociologia, defendia que a questão do uso e abuso de substâncias psicoativas pertenceria aos fenômenos ligados a grupos e aos valores sociais e culturais dos mesmos. Diante da dificuldade de estabelecer uma interface entre as fontes ligadas às áreas da saúde e das ciências humanas, convencionou-se adotar, neste capítulo, os usos da primeira em decorrência da observação clínica da Psicanálise no tratamento da dependência química. Cabe ressaltar que este trabalho apresenta apenas uma breve exposição das complexidades encontradas com o acompanhamento de casos que envolvem o dependente químico e a família.

A Filosofia entra nesse embate pela porta do pensamento de alguns autores através dos comentadores de suas obras, principalmente os existencialistas, que correspondem a um trecho da História da Filosofia bem recente. O interesse pela contribuição desses filósofos se atribui ao objeto de seus estudos, que definem o homem como um sujeito no mundo. Embora outros ramos da filosofia pudessem colaborar bastante, como a Filosofia da Mente, reservamos para publicações futuras os desenvolvimentos necessários que completem o entendimento das pesquisas desenvolvidas e a apresentação de caso clínico que motivaram o presente capítulo.

Segundo Sigmunt Bauman (2001), filósofo polonês, a virtude de nossa época se desenvolveu a partir da falta de consistência do grupo ou padrão dominante. Nesse contexto, permitiu-se o aparecimento de unidades sociais menores com identidades próprias, alargando o conceito de comunidade, fenômeno ao qual chamou de Modernidade Líquida.

Por outro lado, essa liberdade de pensamento, geradora de tantas formas de identidade, também foi resultado do esgotamento de antigas estruturas de poder em que um saber específico desempenhava o papel de ponto de apoio arquimediano que sustentou, durante a Modernidade, a crença de que a natureza seria uma fonte inesgotável de recursos e de que competia ao homem domesticar essas forças com a promessa de uma satisfação ilimitada. O domínio da matemática, pela

qualidade de ser exata, inspirou estudos que privilegiaram um aspecto da realidade objetiva, relegando à plano menor os saberes que possuísem objetos de interesse resistentes a essa visão científica. É fato que a habilidade de contar é tão antiga que se confunde com o aparecimento da própria escrita, porém, a importância e a antiguidade da Filosofia não podem ser esquecidas para a produção dos sentidos que emprestaram finalidade ao número e à representação mais primitiva da escrita. Segundo Allan e Souza (2011), a evolução do homem está diretamente ligada ao aperfeiçoamento dos instrumentos necessários para a sobrevivência, e a formação de grupo dependeu da capacidade de comunicar esses avanços pela aprendizagem⁽¹⁾. O aprendizado implica em reflexão madura sobre a possibilidade de mudança da qual dependeria não apenas a sobrevivência do indivíduo, mas também a própria espécie afetando diretamente a visão que o homem fazia de si e do mundo.

Porém, grosso modo, se na realidade da época que foi chamada por Bauman (2001) de "modernidade líquida", o que existe é o que apetece ao sujeito, qual seria o fio de Ariadne⁽²⁾ que poderia salvá-lo do labirinto de si mesmo? Como sair dos corredores da crença incrustada na personalidade como desejos e, até mesmo, fugas da realidade? Para saldar essa dívida de entendimento, foi necessário, de fato, atravessar mares de informações e navegar sem nenhuma forma de crença radical senão a diretriz da própria Filosofia. O filósofo é um navegante que faz da dúvida um ofício. Filosofia é a percepção da realidade através do melhor instrumento

(1) A atividade de transmitir conhecimentos depende do uso de representações de objetos. Haveria três vetores na cognição humana responsáveis pela aprendizagem descritos por Tomasello et al., como (a) a habilidade de compreender a intencionalidade das coisas, (b) o compartilhamento desta (linguagem) e, por fim, (c) a sua preservação através da história. A partir desta, formar-se-ia a cultura que nutriria as gerações futuras. Para os mentalistas como Arnao, o conceito de representação na história da Filosofia seria: (a) o ato de representar e as capacidades cognitivas dessa operação, (b) o representado e (c) a internalização da representação. A hipótese de Tomasello é de que o aparelho perceptivo humano possuiria uma variante de habilidade de planejamento de ação orientada a objetivos, e que essa habilidade decorreria, predominantemente, da organização cerebral (citados por Allan & Souza, 2011).

(2) Ariadne foi uma personagem mitológica da antiga Grécia, que ajudou o herói Teseu à escapar do labirinto do Minotauro, criatura com cabeça de touro, e devorador de homens.

que o homem possui para o exercício do conhecimento: o próprio pensamento. Portanto, nada mais antigo e atual do que a Filosofia para dirimir as dificuldades mais urgentes de nossa sociedade pluralista e individualista ao extremo. É preciso pensar! Pensar sem atavios é uma ginástica que, depois de duros e porfiados treinamentos filosóficos, produz o fruto do entendimento dos mais intrincados enigmas a respeito da vida e da consciência, com o propósito de superar e descobrir paradigmas mais adequados para os problemas estudados. Dentre os transtornos com os quais presentemente nos ocupamos, encontra-se a dependência química.

Novos Rumos

Muitas pessoas que procuram atendimento especializado no tratamento da dependência química simploriamente alegam que a solução do problema dependeria mais de força de vontade e de caráter do que propriamente de um complexo psíquico. A partir de uma visão psicanalítica compreende-se que, de acordo com o comprometimento com este transtorno, a força de vontade pouco tem a fazer contra essas partes autônomas construídas pelas escolhas que comprometeram o equilíbrio da psiquê. Essas partes autônomas funcionam na subjetividade na forma de objetos internalizados, ou seja, como sujeito histórico, os acontecimentos da vida relacional afetam a interioridade do homem e, enquanto não se operarem pontualmente os conteúdos desses complexos autônomos do inconsciente, baldados serão os esforços da vontade! O gérmen da vontade precisa ser reimplantado com o cultivo de uma mentalidade de horizontes alargados a respeito de si e do mundo, ou seja, essas partes constroem uma percepção de si e do mundo alterados pelos acontecimentos de sua história (Klein, 2006).

A cada sucesso da técnica, o homem ressentido a necessidade de uma nova corrente de pensamento que restaure sua aliança com as próprias essências, confrontando o espírito do tempo, ou seja, os sentidos que cada época carrega através dos padrões de comportamento em busca de felicidade, podendo afastá-lo do contato consigo mesmo. A imperiosa necessidade de possuir um determinado produto

pode manobrar o homem ao ponto de subvertê-lo a consumidor compulsivo. Sem sombra de dúvidas, a realidade objetiva requer pragmatismo a fim de resolver as questões da sobrevivência. Além disso, as mudanças cada vez maiores das ferramentas de trabalho exigem uma mão-de-obra especializada, instalando um conflito entre as necessidades dos postos de trabalho e a capacitação para os mesmos. É verdade que a educação avança em curva lenta se comparada às exigências do mercado que excluem um contingente considerável da população economicamente ativa. O resultado dessa operação desfavorável seria uma parcela não considerada de mão-de-obra desqualificada, mas potencialmente capaz para o consumo (Bauman, 2001). Essa marginalização econômica composta pelos que querem, mas não podem comprar é a responsável por uma tensão social que funciona como uma bomba-relógio, resultado da alienação decorrente do consumismo desenfreado que pode gerar um excesso de bens e serviços desnecessários e dos quais não se tira proveito, acrescido do risco de assumir compromissos que não se possa desembaraçar. A par disso tudo, a promessa de satisfação oferecida pelo consumo tem se mostrado equivocada com o aparecimento da compulsão que reflete mais o prazer de comprar do que a satisfação obtida e que está ligada a essa noção de ostentação.

Em meio a tudo isso, estudos estatísticos sugerem um aumento da violência (Chalub & Telles, 2006), que demonstra uma ligação com o abuso de substâncias psicoativas. O Estado, mesmo que empenhado na solução do problema das drogas, apresenta sinais inequívocos de esgotamento de recursos para a recuperação da população afetada, como as tentativas de controlar as “cracolândias” das grandes capitais. A alternativa utópica para diminuição desses índices dependeria de mudança de valores coletivos, com o entendimento dos fatores responsáveis pelo aparecimento dos sintomas que inclinam o indivíduo à violência e às drogas, acrescido da compreensão de que são os sintomas que precisam ser combatidos e não as pessoas, em um esforço para evitar ações que não resgatem a dignidade humana. É fato que o bem-estar social e o mercado de trabalho mensuram a tensão social, entretanto, com o aumento populacional e a longevidade crescente, as medi-

das tomadas pelas políticas públicas carecem de um modelo eficaz para recuperar essa massa esquecida, mas não invisível, da população.

Do ponto de vista da saúde mental, estamos vivendo um novo ciclo de encarceramento desse “refugio humano” excedente do mercado de trabalho. Na contramão da reforma manicomial, percebe-se um interesse pela segregação social como recurso impeditivo à reincidência do abuso de substâncias psicoativas. Apesar da importância desempenhada pelos espaços terapêuticos de internação na recuperação de parte desses pacientes, ainda faltam instrumentos que garantam a sobriedade após o término do estágio de internação. O escopo deste trabalho não se ocupa com modelos de recuperação por ter como objeto de interesse a reflexão sobre os sintomas que predisõem à dependência química, reservando para oportunidade futura melhor desenvolvimento. As iniciativas mais felizes que visam proporcionar a mudança desse cenário costumam repetir o modelo criado pelos Alcoólicos Anônimos (AA), seguindo a metodologia dos 12 passos e que representa um programa de recuperação dividido em estágios. A abordagem pioneira feita pela associação do AA tem produzido frutos que se multiplicaram no tratamento de outras adicções como, por exemplo, a dos Narcóticos Anônimos (NA) (De Leon, 2008). A abordagem psicanalítica e filosófica combinadas em um modelo de recuperação voltado para os sintomas sugere um resgate da espiritualidade do usuário e do familiar. A recuperação, ou resgate, proporcionado seria o da “interioridade”, que também representa um espaço próprio de reflexão, de autonomia quanto aos acontecimentos que foram internalizados e se mostram ligados aos transtornos de relacionamentos.

É verdade também que o conhecimento acerca dos riscos da ingestão de algumas substâncias como a maconha e o álcool não garante o efeito esperado de desestimular o uso das mesmas, despertando debates (Oliveira Júnior, 2010). Em primeiro lugar, isso se deve ao prazer que a droga proporciona e, segundo, porque existe uma mentalidade em que se baseia o estilo de vida do usuário. Em muitos casos, observa-se que o objeto-droga representa a parte visível de um modelo de vida carente de sentidos. A alarmante consequência do esgotamento nervoso pelos excessos das drogas é a perda da noção da própria espiritualidade (interiorida-

de). Além disso, a identidade sofreria um estreitamento de valor e a autoestima começaria a falhar. Esse estreitamento é o efeito da fixação pela dependência psicológica à droga de eleição. O prazer obtido quimicamente é sem sentido, direto e imediato, ou seja, por essa via a satisfação que trata dos investimentos de interesse feitos pelo usuário se estreita ao montar uma relação com o corpo e a droga como se lidasse com uma máquina (Conte, 2001). O adicto cuidaria dessa máquina visando repetir o prazer já experimentado ao manejar substâncias e dosagens, transformando este em um objeto narcísico que substituísse as relações com o mundo e, como um tirano, as demandas de prazer oriundas dessa montagem com o corpo e a droga estiolariam a sua vida psíquica, enfraquecendo a capacidade do indivíduo de dizer “não” ao objeto-droga que o aprisiona.

Contextos Sociais

A par disso tudo, o tratamento das adicções não deve ignorar que o homem é um ser social e o afastamento de seu grupo de amigos representa um exílio, uma perda ou um isolamento. As relações construídas no passado fazem parte da sua identidade no mundo e o trabalho de ressignificação dos laços mais saudáveis da família pode ser a solução para a necessidade de vínculos sociais. O fato é que a família precisa ingressar no projeto de ressocialização a fim de que a condição do ser social seja atendida. O encontro ou mesmo a convivência com os companheiros do período da alienação nas drogas compreende um estágio especial na consolidação da nova identidade na sobriedade. A sobriedade é o estado de equilíbrio ou temperança almejado pelo doente com respeito às drogas ou álcool, enquanto que a abstinência é a condição para a manutenção desta. Portanto, não sendo um sintoma a ser tratado, mas o objetivo de todo tratamento em dependência química, a sobriedade representa o corolário de uma caminhada em busca de conhecimento que não termina em si mesma, ao contrário, propõe novos mergulhos cada vez mais profundos em direção à própria espiritualidade (interioridade).

As relações familiares desgastadas, mormente, são um grande obstáculo para a recuperação (Freitas, 2002; Nuñez, 2004). Geralmente, a família conhece o doen-

te, mas não se reconhece doente. Por comparação, o mesmo dar-se-ia em uma família que possuísse um histórico de diabetes ou outra doença crônica que exigisse mudança de hábitos alimentares para interromper o ciclo da doença, precisando compartilhar esse compromisso sem os mascaramentos tão comuns por trás da substituição da substância proibida – no caso, o açúcar. Um pudim diet ou light ainda é um pudim na aparência e representa um reforço negativo para a mudança alimentar. Essa observação é muito mais valiosa quando o doente recusa ajuda. Nesse caso, o caminho possível seria sempre o de começar o tratamento pelo lado de quem está demonstrando sofrimento. Com essa iniciativa, a mudança ocorrida na qualidade das relações tenderia a abrir uma porta para que os demais, ao seu tempo, sigam os mesmos passos.

Aproximações com a Psicologia Analítica

O caminho trilhado para promover o encontro com essa interioridade foi o diálogo com o Inconsciente Coletivo descrito por Jung (2011). A abordagem de orientação junguiana vem compor o quadro geral da tentativa de se estabelecer uma relação eficaz com o mundo interior e alavancar a interrogação que moveu a filosofia por muito tempo: o que é o homem? No percurso dessa caminhada, resgatou-se a filosofia de diversos pensadores como a de Jean Paul Sartre, que elaborou um conceito de Má-Fé, distinto do de mentira. Para Sartre (citado por Costa, 2011), mentira acontece quando o indivíduo falseia a sua crença, induzindo outro a crer naquilo que diz e guardando para si a verdade de forma cínica. A Má-Fé sartreana, por outro lado, seria quando o indivíduo induz outro a compartilhar uma crença que ele próprio não sabe ser falsa. Ainda sobre a Má-Fé, Sartre elucida que a crença de Má-Fé representa uma visão de mundo, enquanto que a conduta de Má-Fé é o estilo de vida nascido dessa crença. Segundo Sartre, o conceito de escolha significa ação de ordem subjetiva orientada para um fim, mesmo que injustificável, do qual o sujeito não pode escapar. Portanto, no vocabulário filosófico de Sartre, escolha não é o mesmo que livre-arbítrio, porque este permite a negação do ato. Para Sar-

tre, existe a responsabilidade total pela escolha e, portanto, autoria e comprometimento com a mesma, logo, escolha é concepção de realidade.

Do ponto de vista da filosofia sartreana (citado por Costa, 2011), o usuário é responsável pelas escolhas que faz, porém, nas relações familiares, a proteção excessiva pode dificultar que o indivíduo assuma as consequências de suas escolhas. Dessa forma, agora do ponto de vista do ser social, a capacidade de sentir culpa equivale à de responsabilizar-se pelos seus atos e qualquer avaria no desenvolvimento desta incorre em prejuízos à afetividade e à capacidade de se interessar honestamente por outra pessoa.

Contudo, o pensamento freudiano (citado por Martins, 2009) também vem em socorro de nossa concepção de tratamento da dependência química. Nos casos graves, em que a subjetividade mergulhou em um ostracismo que isolou o indivíduo do contato com a realidade do Outro, descobrimos a perversão narcísica. Essa patologia severa descrita por Freud significa, grosso modo, a ausência de vínculos ou atavios com a lei que o desobriga de obediência, portanto, de culpas pelas ações praticadas seguindo o princípio de haver razões suficientes.

Apesar de a filosofia existencialista levantar-se contra o fundamento da psicanálise – a existência do inconsciente –, pode-se sustentar que a psicanálise não sofreu prejuízos com o pensamento de Sartre, nem de Heidegger (2009), que desferiu críticas ao pensamento freudiano exatamente pela própria condição de toda filosofia, a de ser um exercício da dúvida. O questionamento dos existencialistas seria de que o inconsciente freudiano saberia mais do que a própria Consciência, o que seria um absurdo epistemológico. Portanto, a mentira a si sartreana também seria uma construção explicativa excludente desse inconsciente.

Antes de Sartre e do existencialismo francês, Kierkegaard (2011) desenvolveu o conceito de demoníaco, que, no vocabulário kierkegaardiano significa isolamento de discurso, associado à angústia. A angústia diante do bem. Segundo esse filósofo, o hermetismo das ideias de um indivíduo denota a ausência de liberdade para a mudança que o bem sugere. Portanto, o indivíduo que se encontra em pecado experimenta angústia diante do bem ou de quem o representa. Assim, quando Kierke-

gaard pensou o demoníaco, ele entendeu a falta de liberdade nascida desse hermetismo que o pecado sustenta por repetição. O pecado seria, em linguagem filosófica, o mau uso da liberdade e, por consequência, o aprisionamento ou hermetismo do próprio pecado. Outro conceito importante associado ao pecado seria o de interioridade. Este é a certeza de que o comportamento possui conteúdo. Como a angústia está intimamente ligada a um vazio, o pecador sofreria angústia diante do bem, ou seja, há intuição de que o seu comportamento carece de justificativa e, portanto, de conteúdo (Kierkegaard, 2011).

Essa experiência pode ser vivenciada na clínica psicanalítica quando, momentaneamente, o paciente se interroga sobre as razões que sustentam seu comportamento. E o caminho mais célere para esse encontro com as próprias essências dar-se-ia através do diálogo com o Inconsciente Coletivo. Essa instância do aparelho psíquico representa um estrato coletivo da evolução da espécie humana e a referência a esse aprendizado contido no inconsciente não-pessoal provocaria uma percepção do mundo interior, de valores para além do indivíduo e do grupo de referência do mesmo (Jung, 2011).

Sintomatologia da Dependência Química

Entretanto, além da passagem pela angústia no caminho da recuperação, o usuário apresentaria outros sintomas. Dentre esses sintomas, encontra-se o isolamento. A princípio, é a angústia que traria consigo o sinal de perda de identidade, que está associada à ameaça ao seu estilo de vida. Consequentemente, o isolamento é condição para permanência da Má-fé sartreana. As escolhas do indivíduo ficariam abaladas por esse confronto e uma resistência psíquica seria montada com o propósito de obscurecer outra realidade além daquela construída. O afeto angústia tem merecido mais de uma interpretação e, na terminologia filosófica de Sartre (citado por Costa, 2011), ficou privilegiado o sentido de perda de identidade e a consequente falta de motivos para as escolhas do indivíduo. Para Sartre, "motivo" é uma justificação para o ato e não sua causa, e o termo "situação" utilizado pelo filósofo representa um modo de operação da subjetividade em que uma condição

inicial é dada e tomada na relação conhecida com o outro, ou seja, a alteridade. A situação – descrita em termos de lugar, passado, arredores, próximo e morte – funciona como referência que norteia a construção do "projeto de si" feito pelo indivíduo e, para Sartre, a situação modeladora da percepção de si é conhecida com o nome de "próximo" (Costa, 2011 p. 37).

Outra vez, Kierkegaard (2011) ensinou que interioridade é um espaço de reflexão onde um conteúdo justificaria uma ação. Sendo a relação droga-doente puramente química, sem sentido ou justificativa para o instinto de vida (Eros), é, portanto, estranha ao impulso mais essencial do organismo. Por outro lado, também não ofereceria à pulsão de morte ou Tânatos, ao contrário do que se pensa, os menores atrativos. Todo organismo busca a homeostase ou extinção do prazer. O prazer prolongado produz dor. Nenhum organismo suporta uma curva ascendente de prazer sem agonizar. Portanto, a pulsão de morte representa, no vocabulário psicanalítico, o movimento de declínio do prazer necessário à recuperação do órgão e não um desejo de extinção. Sendo a droga estranha ao movimento de equilíbrio entre Eros e Tânatos, imperaria um estímulo que não conheceria antagonista.

Depois de percorrer os diversos sintomas conhecidos tanto do usuário como do familiar, chegaria o momento da abordagem ao inconsciente coletivo como caminho para a sobriedade desenvolvida a partir da técnica da imaginação ativa criada por Jung (2011). Essa técnica consiste em um diálogo com os arquétipos que será explicada, brevemente, ao longo do texto. A ideia do funcionamento desses arquétipos se explica como um psiquismo superior à volta do Eu e independente deste, com conteúdos específicos. O inconsciente coletivo difere do inconsciente pessoal freudiano. O primeiro seria constelado pelos arquétipos assim como a abóbada celeste pelas estrelas. Jung (2011), pelo fato de ter encontrado um elo comum e primordial nas grandes produções da mente humana, elaborou a explicação de que esses elementos historicamente repetidos em todos os continentes derivariam dessa tipologia arquetípica.

Contudo, as primeiras tentativas de diálogo com o inconsciente coletivo avivam as questões pessoais mais urgentes que requerem ressignificação ou integra-

ção no ego para depois seguir em direção ao descortino de um mundo interior. Vencida essa primeira etapa, o ego estará mais fortalecido e menos sujeito a regressões. Na prática, fazendo uso regular da imaginação ativa por meio do recolhimento interior em que o Ego se desidentificasse emocionalmente a fim de olhar objetivamente as cenas que o inconsciente sugerisse, o mundo interior adquiriria maior desenvoltura ao ponto dos arquétipos se apresentarem como entidades psíquicas autônomas.

Retorno à Filosofia

Segundo Hegel (filósofo alemão, 1770-1831), Sócrates (filósofo grego, 469-399 AC) pensava a virtude como um saber (Kierkegaard, 2013), ou seja, sendo a essência ou fundamento das ideias o Bem e, caso o homem chegasse a essa profundidade do ser, agiria conforme esse conhecimento-descoberto. Se para Aristóteles (filósofo grego, 384-322 AC), a virtude seria um ente à parte, em Sócrates, seria intrínseco ao homem transcendente (que alcançou a essência do ser partindo do particular para o universal). Além disso, Hegel e Aristóteles acreditavam na necessidade da vontade se adequar à Ética, e que apenas a empatia fundaria o sujeito ético. Essa seria a pedra no caminho da recuperação para os casos em que a perversão narcísica fosse identificada. Enfim, esse debate seria semelhante ao sustentado entre Sócrates e o sofista grego Protágoras sobre o ensino da virtude, ou seja, a virtude é uma descoberta em si mesmo (Sócrates) pelos caminhos da filosofia e não pode ser transmitida.

Entretanto, para Jung (2011), os arquétipos nada mais seriam além de partes essenciais do homem que comportariam aspectos tanto positivos como negativos havendo, nesse ponto, uma contradição com o ensino socrático (o bem, o belo e a verdade seriam instâncias últimas da transcendência do ser). No entanto, essa dificuldade poderia ser dirimida caso se somasse o fato de que o mal seria resultante de uma identificação do Ego com um arquétipo ou da introjeção de uma representação da personalidade. Acreditamos que o aspecto negativo seria uma introjeção de comportamento por identificação com o complexo de poder. Dessa forma, imagina-

mos haver correspondência com expressões populares como “fulano parece ter um rei na barriga” e que o psiquiatra suíço reconheceu ser esse o principal risco da identificação com os arquétipos. Desse modo, o conceito de mal no pensamento junguiano necessitaria de uma discussão mais ampla, não estando no escopo deste trabalho.

Diálogos entre a Psicologia Analítica e a Filosofia

Segundo Marie-Louise Von Franz (1985), a resposta ao mal não poderia ser a da bondade ingênua, mas condicionada à atitude do outro, senão alimentar-se-ia o mal. Quanto mais se insistisse nessa atitude sem reciprocidade, mais o comportamento indesejado cresceria estimulado pelas oportunidades que a bondade piedosa facultaria, oferecendo a compreensão de que a postura do familiar precisa ser aperfeiçoada em direção de cuidar mais de si. Essa reflexão necessita ser exaustivamente discutida durante o processo de tratamento dos sintomas do familiar, o que não implica em abandono. Nessa caminhada de mão dupla, o progresso de uma das partes retroalimenta o avanço do outro. Esse fenômeno se chama sincronicidade.

Com respeito à dinâmica familiar, é oportuno citar o arquétipo da sombra coletiva, que pode ser verificado na interação de grupos. A evolução de um grupo aumentaria a diferenciação dos conteúdos que identificam os membros ao mesmo, favorecendo uma subdivisão que projetaria no subgrupo "rival" a falta que feriu a coesão original (“o culpado é um estrangeiro”). A organização de grupo se baseia na agregação de valores em forma de um corpo simbólico compartilhado com os demais, que se associam emprestando maior solidez ao edifício das ideias. A aceitação desse bloco de pensamentos constrói o subgrupo (rival), que se esforçaria por alcançar uma hegemonia sobre o outro. Independente do número de indivíduos de um grupo, o que ocorre é a percepção de uma ferida grave responsável pela perda da antiga estabilidade, proporcionando o surgimento de lideranças e o esmiuçamento das ideias originais – uma forma de sectarismo. Esse movimento de organização social pertence à natureza humana, e uma relativa inconsciência dessa condi-

ção que aliena o grupo, garante o movimento crescente da vida social. Von Franz (1985) ilustrou com um caso pessoal o que seria a experiência de ser tomado por conteúdos internos (possessão pela sombra pessoal) e o caminho possível para esmaecer essas energias com a técnica da Imaginação Ativa ensinada por Jung (2011). Uma projeção da sombra coletiva (comportamentos proibidos e reprimidos pela moral do grupo e projetados sobre o estrangeiro) que contém o mal que lança sobre o "ausente" as suas mais terríveis fantasias destrutivas e, paradoxalmente, este assumiria esses estados como forma de pertencimento, às avessas, do grupo estabelecido, adotando o estigma de existir justamente por ser diferente. Essa forma de possessão no indivíduo pela sombra coletiva pode ser observada, amiudadamente, no contexto da dinâmica familiar onde um indivíduo, o mais isolado (o que não quer dizer, necessariamente, o menos amado), tornou-se diferente dos demais em um processo de envilecimento de suas ações pelo artifício de enxergarem neste o "ausente" ou o estrangeiro, ao ponto deste romper com sua autonomia consciente e assumir o posto que lhe foi conferido, e que tem a função de emprestar existência ao mal nele colocado o que, enquanto pessoa, significaria tornar consciente a própria sombra pessoal. Desse vingar, ou avivamento, de um conceito, obtém-se o aparecimento deste, se inexistente, como se a certeza da afirmação ou negação causasse mudança. "De tanto me dizerem o que sou, passei a sê-lo..." ou o contrário ("De tanto me dizerem que não sou, deixei de o ser...").

Um Futuro Possível

A filosofia da mente está cada vez mais perto do ponto onde Freud e Jung já estiveram: a descoberta do inconsciente. Estudos desenvolvidos pelo físico francês Costa de Beauregard apontaram para alguns conceitos comuns sobre a intemporalidade do inconsciente (Franz, 1980).

A Física demonstrou que o universo é regido pelo princípio da 2ª lei da termodinâmica, segundo a qual qualquer evento físico consumiria energia, a chamada Entropia. Esta asseguraria que a energia inicial será sempre maior que a final e, em decorrência dessa lei, haveria a irreversibilidade da energia, estabelecendo outra con-

dição, desta vez para o tempo, de ser linear e orientado para frente. Porém, para Beauregard (citado por Franz, 1980), existiria um mundo tetradimensional, onde o tempo não sofreria o efeito do decaimento da energia inicial, ao qual chamou "Alhures". Segundo Von Franz (1980), esse conceito é idêntico ao do inconsciente e concordaria com o princípio de que o tempo válido nessa instância do ser psíquico seria a da intemporalidade (Franz, 1980). Em linguagem kantiana, eterno. Beauregard era de formação católica e acreditava que, em Alhures, haveria puramente o bem, o belo e a verdade. A abordagem junguiana, ao contrário, postula que o inconsciente coletivo também teria entidades arquetípicas negativas (Jung, 2011). Na linha de pesquisa do presente trabalho, procurou-se permanecer dentro do platonismo do mundo das ideias, concordando, dessa feita, com o Alhures beauregardiano quanto à natureza positiva do inconsciente coletivo e discordando dos junguianos clássicos ao defender, ainda, que o mal nem seria um *Privatio Boni*⁽³⁾, nem tampouco consequência de uma personificação do mal como preconizou a antiga demonologia cristã. O mal seria efeito da ignorância, como ensinou Sócrates, e com a chancela de Aristóteles, que descreveu como a verdadeira tragédia humana a do castigo pelo erro da ignorância. Desse equívoco, formar-se-iam os complexos autônomos do inconsciente.

Além disso, o mundo psíquico funcionaria segundo outras regras, substituindo a Entropia pela Negentropia. Um evento negentrópico, ao contrário de consumir energia, produziria-a e, por isso, o tempo não estaria direcionado exclusivamente para frente⁽⁴⁾. O Alhures, entretanto, seria uma dimensão física superior, objetiva e detectável, também. Essa detecção foi possível depois da construção dos modernos aceleradores de partículas que apresentaram ao mundo aquilo que os físi-

(3) *Privatio Boni*, é uma expressão latina que significa a privação do bem como causa do mal semelhante à ideia da escuridão como efeito da ausência da luz.}

(4) A seta para trás do tempo é como a seta para frente, somente a direção é diferente. Em uma situação normal de causalidade, o passado está fixado, mas o futuro não é. Em uma situação retro causal do tempo, porém, o futuro está fixado e o passado não é, por isso, no caso de uma hipotética viagem no tempo, as intervenções no momento mudariam simultaneamente o passado. Contudo, o correto seria dizer que algum futuro e alguns eventos passados podem ser influenciados por uma intervenção (Peijnenburg, 2007).

cos teóricos previram: a existência de partículas vindas do futuro para o presente. A reversão do tempo existe e pode ser vista nessas janelas abertas pela colisão atômica.

Ainda não se pode afirmar, categoricamente, mas suspeita-se que a natureza esteja revelando grandes ilações filosóficas sobre o entrelaçamento desses dois territórios distintos do mundo natural. Seria correto afirmar que a Negentropia fundamentaria o conceito da intemporalidade do inconsciente? Essa seria a razão para haver mudanças na personalidade do analisando, provando que a viagem no tempo já aconteceria no set analítico? A dissolução da dor de um trauma em um “como se nunca tivesse acontecido” poderia ser um efeito demonstrável da intemporalidade do inconsciente?

Voltando ao ponto das semelhanças entre o inconsciente e o Alhures, Marie-Louise Von Franz (1980) discordou de Beaugregard quando este afirmou serem as representações mentais que criariam os estados superiores de energia, porque, segundo a autora junguiana, Beaugregard perdeu-se na superficialidade de suas deduções quando não distinguiu as representações conscientes e inconscientes. Para Von Franz, os arquétipos correspondem às instâncias psíquicas capazes de produzir energia psíquica, ao contrário dos fenômenos ligados aos complexos autônomos inconscientes.

É sabido que a atenção despendida nos conteúdos conflituosos rebaixa a capacidade do indivíduo de se orientar no mundo objetivo. Porém, apenas a qualidade da energia, e não sua quantidade, pode ser observada. De acordo com Jung (2011), essa energia seria denominada de Libido, todavia, sem o caráter sexual como discriminado por Freud, porque, no seu surgimento, antes de percorrer os caminhos dos instintos – que o coloriria com os alvos para os quais estão apontados –, seria puro movimento de expansão e retração muito semelhante ao modelo pulsional freudiano.

Portanto, sendo o arquétipo uma unidade de energia constante do inconsciente coletivo, e a sua influência capaz de produzir uma mudança de qualidade da energia do Ego compreende-se que a relação com a constelação arquetípica po-

derá afetar os complexos psíquicos autônomos (Enantiodromia). De outro modo, segundo observação do próprio Jung, o Ego sofreria uma identificação perniciosa ao equilíbrio do aparelho psíquico acarretando prejuízos para a vida de relação. O mal advindo do próprio homem seria um desequilíbrio dessas instâncias psíquicas afetando a personalidade deste. Os complexos psíquicos, depois de equilibrados através dos arquétipos, produziram o efeito de mudar as estruturas psicológicas do indivíduo. Porém, apenas essa atuação terapêutica não seria suficiente enquanto o Ego, sinceramente, não ingressar no próprio mundo interior em busca do Self.

À Guisa de uma Nova Introdução: Conclusões que Abrem Caminhos

Nos dicionários (Koogan/Houaiss, 1994), a palavra malícia é um substantivo feminino para a aptidão ou inclinação de fazer o mal; habilidade de enganar, astúcia. No teatro, a malícia foi representada na peça Fausto⁽⁵⁾ (2003), do escritor alemão Goethe (1749 - 1832), que descreveu o descontentamento de Fausto nascido da decepção com os conhecimentos de sua época. A ignorância, enfim. A história de Fausto é a de um homem na busca pelo sucesso que se afastara tanto da própria natureza que se tornou obsessivo nos estudos. Perder a alma é uma expressão junguiana que representa uma ruptura severa do homem com uma parte essencial de si ao projetar no mundo a realização plena da vida, perdendo a noção e o valor do mundo interior.

(5) Fausto é uma peça de teatro dividida em duas partes, que inicia com uma aposta entre Mefistófeles e Deus, disputando a alma de Fausto. Este era um favorito de Deus e que se devotava exclusivamente ao conhecimento científico, mas deprimido com as limitações da ciência de sua época. Em troca do atendimento de qualquer pedido, Fausto aceitou penhorar a própria alma mediante uma condição: o pagamento seria cobrado apenas caso desejasse que seu pedido perdurasse indefinidamente. Mefistófeles, depois de uma primeira tentativa frustrada ao apresentar Fausto a um grupo de estudantes bêbados com o interesse de que os sentidos turvados pelo vinho levassem a termo o seu projeto, perseguiu seu intento de vencer, desta vez apresentando o herói deprimido a uma bruxa que lhe emprestou a aparência de um homem jovem e belo. Depois, conhece Margarida, jovem inocente que enganada por Mefistófeles, a pedido de Fausto, além de perder a família, encontra fim trágico na morte. A alma de Margarida, porém, permaneceu impoluta apesar dos sofrimentos acumulados. Notabilizado como sábio, Fausto torna-se protegido do imperador e este o desafia a trazer do mundo dos mortos o espírito de Helena de Tróia. E, ao atender o pedido do imperador, Fausto apaixonou-se por Helena, ocasião em que a condição para o pagamento da dívida com Mefistófeles foi cumprida. Porém, o socorro dos céus salvou-lhe no instante final com a intercessão da Virgem Santíssima, com ajuda do espírito de Margarida, entrando com esta no mundo celeste (Goethe, 2003).

O problema do mal seria, metaforicamente, uma peça de dois atos. O primeiro, encenado pelo herói (Ego), que, por ignorância, ferira a si mesmo ao quebrar a harmonia natural, aturdido pelos desafios do mundo objetivo. A dor, as perdas ou as satisfações encontradas pelo caminho recrudesceram um aspecto de sua personalidade comprometendo o futuro. Um destino que poderia ser evitado, caso soubesse como proceder, e que pode ser reduzido a uma única ação: a de perceber as forças que o arrastam para uma escolha que vai mudar sua vida interior. O homem, representado no herói da saga pessoal, carece de sabedoria, todavia, mesmo com os melhores instrutores, faltar-lhe-ia a tomada de decisão (livre-arbítrio) para colocar em movimento as predisposições certas de sua alma, nada impedindo de viver a tragédia que martiriza o peregrino do Si-mesmo, a de não saber o futuro, e, por isso, ignorar o mau passo que está prestes a dar. Inevitáveis fracassos esperam o artífice do Si-mesmo. Em contrapartida, inúmeras serão as oportunidades para mudar as predisposições exaltadas pelas escolhas malfadadas.

O segundo ato da saga pessoal do herói – o qual cada um é em sua vida –, seria o de não saber quanto da visão de mundo ficou distorcida. O que lhe é espontâneo e natural é mera interpretação que não passa a limpo a realidade exterior. O homem se torna prisioneiro de seus fados e lamentos tendo como raiz o arrependimento, essa forma de aprisionamento no ato praticado, sofrido, ou da oportunidade desperdiçada. Esses três modos de arrependimento aprisionam o sujeito no instante da oportunidade que se lamenta ter aproveitado, ou perdido. O arrependimento é, do lado da consciência, a lembrança de um acontecimento e, pelo lado do inconsciente, a marca da ação perpetrada – ou da inibição desta – que não cessa de se repetir na intemporalidade do inconsciente.

Assim, a visão estruturalista do psicanalista Jacques Lacan (1901-1981) não seria a única forma de perceber o inconsciente. O mundo interior, obviamente, não poderia ser mero andaime da linguagem, mas também um lugar onde o conceito de espaço e tempo funciona nas coordenadas do inconsciente pessoal e coletivo. Dessa forma, a mudança da cadeia de significantes, que aprisionaria o sujeito do dis-

curso, estaria em perfeita harmonia com a filosofia existencialista e a teoria junguiana.

Além disso, a ação consciente e bem-sucedida dessa forma de perdão afetaria a existência da causa geradora do arrependimento no inconsciente como se jamais tivesse sido acionado o fato causador da ofensa; havendo uma ressignificação da ação, antes ofensiva, para uma ação sem efeitos. Essa reflexão sobre a eficácia desse perdão em dissolver os núcleos duros da personalidade, nascidos dos acontecimentos ofensivos às essências do ser, mudariam a visão de si e de mundo postos na personalidade, como se tais registros fossem transformados.

O remédio para o mal – no contexto defendido neste estudo, de uma deliberação da vontade nascida da Má-Fé sartreana –, estaria na experiência com o inconsciente coletivo permitindo uma atualização do projeto de si, entretanto, restaria fazer a prova que validaria a transformação interior. A repetição da experiência no mundo objetivo outorgaria, em definitivo, a liberdade antes perdida pelo aprisionamento do discurso na seara do destino, e o homem, assim testado, sentiria uma sensação de alívio de ser o que se quer em harmonia com o recôndito arquetípico do Ser. Por isso, a neurose de destino descoberto por Freud favorece a percepção do eterno retorno nietzschiano da busca de transcendência.

Referências

- Állan, S., & Souza, C. B. A. (2011). Intencionalidade em Tomasello, Searle, Dennett e em abordagens comportamentais da cognição humana. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(2), 241-248. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722011000200015&lng=en&tlng=pt
- Bauman, S. (2001). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Becker, H. (2008). *Outsiders. Estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Zahar
- Bergeron, H. (2012). *Sociologia das drogas* (T. J. R. Leme, trad.). São Paulo: Ideias e Letras.
- Chalub, M. & Telles, L. E. B. (2006). Álcool, drogas e crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(Suppl. 2), s69-s73. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000600004&lng=en&tlng=pt
- Costa, V. H. R. (2011). *Má-Fé e psicanálise existencial em Sartre* (Dissertação de Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria. Recuperado de <http://w3.ufsm.br/ppgf/wp-content/uploads/2011/10/V%C3%ADtor-Costa-M%C3%A1-f%C3%A9-e-psican%C3%A1lise-existencial-em-Sartre.pdf>
- Conte, M. (2001). O luto do objeto nas toxicomanias. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 21, 91-107. Recuperado de <http://www.apboa.com.br/uploads/arquivos/revistas/revista21.pdf>
- De Leon, G. (2008). *A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Edições Loyola.
- Franz, M. L. V. (1985). *A sombra e o mal nos contos de fada*. São Paulo: Paulus.
- Franz, M. L. V. (1980). *Adivinhação e sincronicidade: A psicologia da probabilidade significativa*. São Paulo: Cultrix.
- Freitas, L. A. P. de (2002). *Adolescência, Família e Drogas: A função paterna e a questão dos limites*. Rio de Janeiro: Maud.
- Goethe, J. W. V. (2003). *Fausto*. Recuperado de http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=2650.

- Heidegger, M. (2009). *Seminários de Zollikon*. Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (2011). *A natureza da psique* (8ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Kierkegaard, S. (2011). *O conceito de angústia: Uma simples reflexão psicológico-demonstrativa direcionada ao problema dogmático do pecado hereditário*. Petrópolis: Vozes.
- Kierkegaard, S. (2013). *O conceito de ironia: Constantemente referido a Sócrates*. Petrópolis: Vozes.
- Klein, M. (2006). *Inveja e gratidão*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kougan, A. & Houaiss, A. (1994). *Dicionário Enciclopedia*. Rio de Janeiro: Delta.
- Martins, A. (2009). Uma violência silenciosa: considerações sobre a perversão narcísica. *Cadernos de Psicanálise*, 31(22), 37-56. Recuperado de http://www.cprj.com.br/imagenscadernos/04.Uma_violencia_silenciosa.pdf
- Nuñez, M. E. (2004) Toxicomania e família: amor de mãe, amor de mais... In L. A. Tavares, A. R. B. Almeida & A. Nery Filho (Eds), *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo* (pp 145-151). Salvador: CETAD/UFBA
- Oliveira Junior, H. P. D. (2010). *Avaliação do perfil de comorbidades, gravidade da dependência e motivação para o tratamento em uma amostra de usuários de maconha que procuram tratamento*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de <http://www.teses.usp.br>
- Peijnenburg, J. (2007). Regret and retroaction. *Homo Oeconomicus* 24(2), 295-313. Recuperado de <http://www.homoeconomicus.org/lib/getfile.php?articleID=47>

10

A epidemia do crack: a quem interessa?*

Regina Medeiros

Este texto objetiva discutir o fenômeno chamado “epidemia do *crack*” que nos últimos anos foi pauta central nas diferentes áreas de produção de conhecimento e de intervenção de políticas públicas. Antes de tratar especificamente do tema aqui proposto, é importante esclarecer o sentido original da palavra “epidemia”, usado por Hipócrates no século VI a.C., que tem origem grega: epi (sobre) + demos (povo).

O conceito de epidemia é empregado particularmente na área da saúde para explicar a incidência de determinada doença, em curto período de tempo, em uma sociedade específica. Ou seja, a epidemia tem como características a intensidade, a abrangência e a visibilidade. É, então, um evento de fato, que pode ser comprovado por meios estatísticos e não apenas por uma perspectiva ou probabilidade. Em geral, no campo da saúde, a epidemia está relacionada às doenças infecciosas de natureza transmissível que atingem espacial e temporalmente um grande número de pessoas em um território particular. Ao longo da história, as epidemias provocaram milhões de mortes. As mais importantes foram a peste negra, que assolou a Europa e a Ásia entre os anos de 1333 a 1351; a varíola, entre os anos de 1896

(*) Esse artigo é produto de pesquisa financiada pela FAPEMIG “*Dando voltas pela cidade. Um estudo sobre a trajetória dos consumidores problemáticos de drogas em Belo Horizonte*”, em andamento.

a 1980; a gripe espanhola em 1918; a Aids, nos anos 1980, e a epidemia do *crack* nos últimos 10 anos (Sournia & Ruffie, 1964; Ujvari, 2003, entre outros).

Em momentos e dimensões diferentes, essas epidemias provocaram na população o sentimento de vulnerabilidade, medo e ameaça, especialmente pelo brusco aumento de casos, o descontrole pelo poder médico e, em especial, pela decadência da imagem do corpo agredido pela doença e a anunciação e aceleração da morte. O sujeito acometido pela enfermidade epidêmica é visto como vítima⁽¹⁾ de um mal, de natureza conhecida ou não, mas que foge ao controle do próprio enfermo, com exceção da Aids (quando transmitida pelo contato sexual⁽²⁾) e, do *crack*, que remetem a um dano provocado pelo próprio indivíduo que busca prazer, transcendência, alteração do estado emocional e físico, deleite e hedonismo, sentimentos e comportamentos estes desprezados pela maior parte das religiões e associados à perversão. “A perversão não é só algo condenável; é também algo perigoso, pois tem a capacidade de romper com as fronteiras morais e ceder às tentações da carne. Aponta à fuga do controle da honra e o safar-se dos deveres, ameaçando o poder das classes dominantes” (Medeiros, 2000, p. 13). A perversão carrega em seu conteúdo um caráter moral e religioso, que leva o sujeito sofredor e vítima a ser visto como transgressor das normativas sociais, dos bons costumes e da doutrina religiosa. Foucault (2002), em seus estudos sobre as intensas campanhas antimasturbatórias do século XVIII, ressalta que, dado o teor moral da época, o foco das campanhas era ancorado em imagens de pessoas masturbadoras com “fisionomia cada vez mais decomposta, devastada, esquelética e diáfana do jovem masturbador que se esgota” (p. 297), o que expressava a maldição que o prazer sexual por meio da masturbação poderia causar individualmente. Com efeito, os estímulos sexuais, ainda que secretos, provocavam a desgraça que de fato era uma forma de

(1) Vítima é a pessoa que sofre um dano por culpa de terceiros ou por causa acidental. O termo vem do latim *victimia* e *victus*: vencido, dominado. Portanto, vítima é a pessoa que necessita de outros para falar por ela – já que não tem voz - e para defendê-la (Medeiros, 2010).

(2) Embora exista uma variedade de formas de contaminação do vírus HIV, como transfusão de sangue, materno-fetal entre outras, no imaginário social o que prevalece é a transmissão por via sexual.

punição e, quando apresentada publicamente, produzia eficácia simbólica no controle do corpo do sujeito.

Na atualidade, o interesse pelos estudos da epidemia tem estropolado o campo da medicina para diferentes áreas de conhecimento, como as ciências sociais e a história. A epidemia se configura como um evento dramático que remete à propriedade de reprodução inconsciente de ações e papéis desempenhados por alguns personagens em um determinado palco e, como tal, mobiliza crenças, valores e percepções de mundo. Na leitura de Roland Barthes (1990), trata-se de um teatro, de um “cálculo do lugar olhado das coisas” (p. 85), que inclui os espectadores, os personagens e as coisas e, para garantir sua eficácia, é necessário o cuidado com o caráter estético, a performance. São exemplos as vestimentas, os alimentos, objetos, músicas, movimentos e corpos, o cuidado com a forma do que é apresentado ou expressado visando a ativar o imaginário coletivo e a aproximação da própria realidade dos espectadores.

Turner (1996), no prefácio à segunda edição de *Cisma e Continuidade*, datado de 1968, afirma que os dramas sociais pretendem ligar a compreensão do processo social à estrutura da sociedade, numa sucessão coordenada de eventos entendidos como “perfis sincrônicos que conformam a estrutura de um campo social a cada ponto significativo de parada no fluxo do tempo [...] os dramas representam uma complexa interação entre padrões normativos estabelecidos no curso de regularidades profundas de condicionamento e da experiência social e as aspirações imediatas, ambições ou outros objetivos e lutas conscientes de grupos ou indivíduos no aqui e no agora” (p. XXI e XXII). Segundo o autor, o drama social é recorrente em ocasião de crise, especialmente quando o sistema social se encontra abalado. O intuito de Turner, ao longo de suas obras, é descrever um modelo de interpretação do social que assume caráter estético a partir daquilo que as pessoas mostram no ritual vivido. Propõe Turner que, para a análise de um ritual, convém levar em conta os processos descontínuos e desarmônicos, as ações discrepantes, regras de costumes, significados compartilhados que emergem na sociedade por meio de performances teatrais, organizados com personagens, enredo, narrativas, signifi-

cados compartilhados, linguagens e o público que, numa complexa interação contínua, pode compreender e ver a possibilidade imaginária ou real de mudança dos papéis por eles desempenhados nos grupos em que estão inseridos.

O drama remete a um desenrolar das ações dentro de uma moldura temporal e espacial nítida. Langer (2003) define o drama como a ação, produzindo a ilusão do ato. É causal, pois provém de um passado composto de experiências, estabelece um presente e aponta para uma perspectiva futura ou um destino necessário. Nessa perspectiva, trata-se de um processo que inclui um presente resultante de experiências ou acontecimentos armazenados que possibilita a continuidade da ação no futuro, articulando assim uma complexidade temporal entrelaçada e contínua entre o passado, o presente e o futuro.

O drama é apresentado em forma de espetáculo que, na linguagem debordiana (Debord, 1997), consiste na multiplicidade de ícones e imagens mostrada publicamente por meio da comunicação de massa, pelos rituais políticos e religiosos, pelos comportamentos etc. O espetáculo é registrado nas aparências e mobiliza a habilidade de pensar, fantasiar, criar e reproduzir significados sociais. É a mostra de uma realidade estampada no reino das imagens. A dramatização provoca uma ruptura na rotina da sociedade ao apresentar imagens da desordem, por meio dos personagens, papéis e dos lugares sociais e, ao mesmo tempo, denuncia valores e crenças de uma coletividade. Por outra parte, revela os interesses sociais, políticos, religiosos e morais ocultos e as possibilidades de uso das situações dramáticas na ação das instituições públicas. A epidemia como drama assume formas e significados diferentes, de acordo com os diversos contextos – social, político, cultural e histórico, origens – e com os dispositivos de veiculação dos conteúdos discursivos. Nas dramatizações, a comunicação tem papel central na mediação das imagens e mensagens que visam a transformar a realidade no mundo das aparências, mobilizando sentimentos e ofuscando os aspectos estruturais que estão nos bastidores do cenário real.

Como drama, uma epidemia reafirma as diferenças sociais, os valores, hierarquias, classificações e percepções sociais reforçando, sobretudo, a fragilidade do

indivíduo, o medo, o terror, os preconceitos, a discriminação e, ao mesmo tempo, a proximidade do risco espetacular e dramático dos “normais” à realidade epidêmica. Por seu caráter público, o processo dramatizado incentiva respostas institucionais e de determinados segmentos sociais, que envolvem traçar um conjunto de ações, organizar-se, dar resoluções múltiplas e mobilizar uma série de recursos que, em geral, são ancorados na racionalidade científica e técnica, nos preceitos e mecanismos religiosos e morais. Essas ações são justificadas pela susceptibilidade particular de determinados grupos e indivíduos, legitimando valores sociais que orientam o comportamento humano em uma sociedade e motivando medidas repressivas, severas e discriminatórias direcionadas aos atingidos pela epidemia em nome da proteção e segurança dos demais cidadãos. Simultaneamente, tais ações motivam a reação dos grupos atingidos, que buscam estruturar movimentos coletivos e comportamentos individuais de resistência, principalmente por meio de deslocamentos contínuos em busca de recursos para autodefesa, autoproteção e para reunir elementos fundamentais para a construção de identidades fechadas que, com efeito, retroalimentam o preconceito e os sentimentos de horror e perigo.

Assim, as epidemias servem para compreender a conexão entre as representações sociais, as condições básicas de vida cotidiana, os sistemas políticos, econômicos e sociais, as respostas institucionais ao fenômeno, as medidas de controle, as fronteiras de conflito, as crenças e a lógica de sua constituição. Ou seja, o estudo sobre as epidemias é uma forma de leitura analítica e interpretativa da sociedade, das percepções e manifestações subjetivas dos cidadãos, das relações sociais, das formas de interação, de poder, da demarcação de territórios e dos sistemas de significados.

Falando da epidemia do *crack*

A epidemia do *crack* surge na discursiva política no Brasil nos anos 2000 e, como as demais epidemias marcadas na história, implica necessariamente a interrelação complexa de processos sociais e culturais de maior abrangência, e suas manifestações sociais que podem dar origem às identidades: dependente (no caso da clíni-

ca/doença: aquele que necessita de cuidados), marginal (no caso da justiça: delinquência), transgressor ou culpado na religião: pecador), indecorosa/obscena (na moral: falta de decoro) e perigosa/descontrolada (na segurança: ameaça). As identidades assim construídas estão diretamente relacionadas à experiência social com o fenômeno epidêmico e com seu impacto sobre a vida cotidiana da população, de acordo com as representações presentes e reproduzidas por meio de formas culturais coerentes com os contextos sociais.

Nesse processo, a forma como a mídia articula suas narrativas intencionais assume um papel significativo na construção dos eventos epidêmicos e em sua associação a determinadas ideias e efeitos, bem como na apropriação das mesmas por parte dos grupos e atores sociais (Herzlich & Pierret, 1989).

A mídia, seguindo uma gramática ideológica, na forma como explicita as notícias, cria um fluxo que acaba por cumprir ação pedagógica prolixa na forma de “imposição de um arbitrário cultural” (Bourdieu & Passeron, 1977, p. 5), que pode ser entendido pela legitimidade que caracteriza, primeiramente, o conhecimento médico-científico e, em segundo lugar, a autoridade cultural na qual os meios de comunicação de massa definem seu poder como fonte de informação confiável. Portanto, o poder de imposição simbólica da imprensa advém de sua circulação social e da incorporação de um arbitrário cultural reelaborado de outras fontes. As formas diferentes de ação pedagógica resultantes de várias agências e instituições podem se reforçar mutuamente por meio de seus próprios efeitos de dominação, isto é, da circulação de um arbitrário cultural que tem tendência à imposição e reproduz a violência simbólica (Bourdieu & Passeron, 1977).

A epidemia do *crack* - denominação surgida a partir do discurso político e reforçado pelos representantes do mundo médico-científico -, especificamente, foi criada por um fluxo de informações diversificadas e capazes de penetrar nos mais diferentes rincões sociais do território brasileiro, com base sólida e sobrecarregada de representações culturais, imagens e significados simbólicos visando à construção de um desenho estereotipado do usuário de *crack*. Essa configuração é coerente com os comportamentos estranhos quando relacionados aos normais, produzindo

e reproduzindo modos de vida, ideias, imaginários, valores e cotidianos particulares do grupo de craqueiros. O conteúdo difundido pela mídia tem sólida argumentação para fazer circular pontos de vista que condensam princípios e visão dominantes (Bourdieu, 1990) do contexto social apoiados em valores simbólicos e concepções culturais. No caso do *crack*, circula a imagem trivial do craqueiro em que se destaca a degradação passiva e certa dos usuários como viciados (popularmente), dependentes (esfera científica), marginais (jurídica), pecadores (religiosa) ou insolentes e ameaçadores (moral). Ademais, demarca territórios crônicos na cidade (Medeiros, 2010), situados nas periferias ou centros urbanos e habitados por negros, pobres, sem vínculo formal de trabalho e com laços familiares e afetivos afrouxados. As narrativas mostram personagens em formas de monstros que inspiram temor especialmente pelo caráter destrutivo do *crack*, com marcas no corpo, sujos, dedos e lábios queimados, pele seca e manchada e magreza, configurações essas que se assemelham a uma figura malformada e deficiente, quase desumana, animalesca e oposta às noções do ser humano. Essa monstruosidade desmedida, ao mesmo tempo em que provoca asco e horror, desperta fascínio, curiosidade e desejo, sobretudo pelo desafio do controle, domínio, da subordinação e até mesmo pela sedução para destruir o monstro.

A figura do craqueiro assim construída se apoia nos mitos de origem do uso da droga - americanos, trabalhadores, pobres, moradores em periferia das cidades - e nos dados estatísticos devastadores que tendenciosamente explicam a violência urbana, as mortes cruéis, crimes e assaltos cometidos pelo craqueiro, fazendo uma associação quase imediata com essa população de risco que provoca balbúrdia especificamente nos centros urbanos e, ao mesmo tempo, é vítima da incapacidade de cuidar do próprio corpo e de suas ações (Medeiros, 2010). Assim, de acordo com essas imagens destacadas, o usuário de *crack* oscila entre provocador de problemas sociais e vítima de sua incompetência particular para dominar o uso da referida substância. Esses discursos estimulam a mobilização das diversas instituições que, ancoradas em sua ideologia, buscam respostas à sua moda para a solução dos problemas sociais gerados por esses sujeitos. O provocador e a vítima necessi-

tam de porta-voz, seja para falar, decidir e definir por ela (vítima), ou para executar o controle de seu descontrole, ainda que por meio de medidas punitivas: castigo, violência simbólica e real, condenação social, repressão, reclusão, humilhação e, inclusive, invisibilidade social. Estando no lugar de provocador ou na posição de vítima, de acordo com as imagens construídas socialmente, esses sujeitos, por um lado perdem o controle sobre o uso de substâncias, a noção dos lugares adequados para utilização, a capacidade de fazer escolha entre as drogas lícitas e ilícitas, a percepção do corpo, da higiene, da moral, das referências simbólicas, da família, do respeito às coisas e às pessoas. Por outro, prevalece o desejo incontrolado de uso repetitivo ou compulsivo, a abstinência e a fissura. Portanto, no imaginário social, esses sujeitos não têm condições de responder por si mesmos e “invocam” pessoas ou instituições para representá-los.

Nessa perspectiva, as instituições públicas implantam medidas que, em sua discursiva, visam a “socorrer” o “desvairado e descontrolado” usuário de *crack*, como também falar por ele. Dessa forma, contribui com outros dispositivos na definição de categorias e lugares sociais situados em certos territórios urbanos consentidos socialmente - como exemplo craqueiros/cracolândias; moradores de rua/viadutos e pontes - agregando, condensando e estigmatizando as pessoas com as mais diferentes trajetórias de vida e experiências culturais e subjetivas, rotulando-as de forma homogênea e absoluta e recomendando tratamentos iguais e coletivos para sujeitos com experiências distintas.

Sob o signo do estigma (Goffman, 1988), a figura do usuário de *crack* - viciado, dependente, doente, ameaçador e delinquente - é exibida nos canais de comunicação por meio de um corpo decadente, sujo e nojento que anuncia uma morte bárbara e violenta em espaços públicos e visíveis das cidades (drama social), forjando a ideia de epidemia. Essas imagens são mostradas com o propósito de formar ideias, valores e representações a partir de conexões lógicas, por meio das quais comportamentos e identidades ganham inteligibilidade social. Servem também para demarcar as regras e sua contravenção, e para capturar e se apropriar de códigos usados para a atribuição de categorias sociais e valores operantes. Com efeito, provocam

pânico em determinados grupos sociais e, ao mesmo tempo, estimulam empolgados aplausos de outros agrupamentos, retroalimentando as diferenças sociais, os discursos ideológicos e os contrastes culturais. Nas variadas maneiras de compreensão sobre a tragédia social, essas molduras são captadas e utilizadas de forma abusiva em nome da lei, da moral, dos bons costumes e da boa ação por políticos, religiosos, polícia, médicos, sanitaristas e outros integrantes da sociedade civil com os mais diversificados interesses. Nessa perspectiva, a representação social construída dos usuários de *crack* tem um caráter ambíguo e oscila entre os opostos binários construídos pelo contraste e a interação, fazendo surgir conceitos de saúde e doença, o bom e o mal, o forte e o fraco, o limpo e o sujo, o seguro e o perigoso etc. O conjunto dessas categorias contribui enormemente para edificar as percepções e interpretações da epidemia do *crack* e para criar a diferença social ou "objetos de percepção" (Bourdieu, 1990). Ademais, são importantes marcadores simbólicos da chamada epidemia, pois além de contribuir para a delimitação de territórios, forjar visibilidade aos sujeito e à substância -, especialmente por seus efeitos simbólicos dominantes -, os situa em determinados lugares sociais de onde eles passam a falar. Dessa maneira, contribuem para legitimar as diferenças sociais e caracterizar os aspectos fundantes de uma epidemia, ou seja, doença que atinge certo número de pessoas em um determinado lugar e tempo e que provoca estado de tensão, ameaça, perigo ambulante de transmissibilidade, contaminação, decrepitude corporal e morte física e social.

Embora o uso do *crack* não seja exclusivo das classes sociais baixas, residentes na periferia das cidades (Medeiros, 2010), a mídia tem a tendência de focar a chamada "epidemia" em determinados e restritos grupos sociais e espaciais que vivem nas grandes metrópoles, onde a densidade populacional é mais visível e as redes de interação social nos aspectos da autoproteção, de influência, de sociabilidade e solidariedade são complexas e difusas. É verdade que a população marginal socialmente se agrupa nos lugares permitidos das cidades, que não são muitos, formando laços e redes sociais. Aí se misturam moradores de rua, alcoolistas, prostitutas, "loucos" e "bandidos", entre outros, dando a impressão de um volumoso nú-

mero de usuários de *crack* e criando assim as chamadas “cracolândias”. São, como explica Magnani (2002), lugares sombrios em que é preciso cruzar rapidamente, sem olhar para os lados. A cracolândia, espaço demarcado pela população que faz uso de *crack* ou pela epidemia, tem caráter distinto dependendo do contexto social, da lógica de organização, das relações que ali se estabelecem e das representações sociais. Assim, não é possível falar de cracolândia no singular e sim no plural. De toda forma, são espaços urbanos de moradia, comércio, empresas e instituições públicas, como qualquer outro lugar da cidade, e não abrigam somente os usuários de *crack*, como é comumente apresentado. Ali vivem famílias, trabalhadores, crianças, artistas, estudantes, desempregados, indigentes, dentre outros, que fazem uso ou não da substância. Por se tratar de um lugar estigmatizado, assim como todos os que têm essas características, acolhe e é escolhido por um contingente populacional marcado por inúmeras carências que, em busca de sociabilidade, proteção, recursos de sobrevivência, identificação e pertencimento social, ajunta-se. Esse cenário explica e comprova que determinados problemas sociais podem se transformar em problemas humanos (Epele, 2010). Essas imagens criadas pela mídia e incorporadas pela sociedade civil são arquétipos - e não sujeitos reais - que circulam de um lugar a outro sob o rótulo de craqueiro, bandido, doente e perigoso, nomenclaturas classificatórias que variam de acordo com o lugar por onde circulam, por quem são vistos e de onde essas pessoas falam. São sujeitos marginais, que estão no limite e que oscilam entre estar dentro e estar fora do sistema social, “que permanecem sempre inseridos, ainda que colocados à parte” (Thomas, 1997, p. 200) mas, não são os excluídos, ou seja, aqueles que estão de fora. Na condição ambivalente em que se encontra esse indivíduo e no lugar que ocupa, é que a sociedade agrupa importantes indicativos na construção de um imaginário social que serve para retroalimentar os preconceitos e discriminações e para definir e classificar as diversidades que compõem a paisagem urbana. Como problemas humanos, esses personagens são mostrados com a aparência de verdadeiras assombrações urbanas, malcheirosas, poluidoras, enroladas em farrapos de panos, que se deslocam de um lado a outro, dispersando-se com frequência para escapar das medidas coercitivas e interventivas vindas de múltiplos segmentos sociais, principal-

mente da polícia. Essa performance funciona como marcador operacional emblemático no complexo sistema de atribuições e classificações e, ao mesmo tempo, como estimulador de constantes deslocamentos dos próprios sujeitos.

O movimento itinerante que dá dinâmica e vida à paisagem urbana estática e “sedentária” (Fragella, 2010, p. 42) – expressão da ordem estabelecida, apesar de pulverizado – é localizado em determinados espaços urbanos permitidos (Medeiros, 2012). Ou seja, são os lugares que Perlonger (2008, p. 198) denomina como “territorialidade itinerante”, que são áreas específicas de determinados espaços públicos das cidades que podem ser ocupadas temporariamente por certos grupos sociais, de onde podem deslocar-se tanto pelas situações e arranjos internos como por pressão externa ao grupo. Nesse movimento oscilatório é que se observam as noções deleuzeguattarianas de “desterritorialização”, que se constitui no movimento de afastamento de um determinado território – que não se dá em um processo individual e isolado, inclui a vizinhança, encontros, memórias, agenciamentos – e de “reterritorialização”, que implica um conjunto de artifícios, códigos e sociabilidades. De acordo com os autores, a terra deixa de ser terra e tende a se tornar simples “solo ou suporte” (Guattari & Deleuze, 1994, p. 174). Este é profundo e tem complexos movimentos que agem, que coordenam e que colocam os corpos em conexão. Nesse movimento contínuo por espaços geralmente localizados no centro das cidades, o craqueiro transforma em rotina o rompimento de laços, o afastamento das relações de sociabilidades tidas como respeitáveis e moralmente reconhecidas pelos sujeitos, voltando-se à aproximação de outros códigos, de outras pessoas e de lugares variados. Assim, a territorialidade está relacionada às representações sociais e aos projetos. Melhor dito, implica na flexibilidade, mudança, arrastos espaciais e categorias sociais inscritas e expressas na materialidade de corpos e no mapa espacial que indicam por onde as pessoas podem e devem transitar, de onde recebem os atributos marcadores de posições e valores que acabam por definir sua legibilidade. São espaços de mobilização e não de apropriação, ou seja, os errantes ocupam esses lugares sem instalar-se neles e sem capitalizar. Esses territórios são também nomeados segundo a noção de “região moral”, que são os luga-

res em que os frequentadores não residem nem se fixam necessariamente, mas são conhecidos e de certa forma, familiarizados. São aqueles por onde passam repetidamente e que "tendem a segregar-se, não apenas segundo seus interesses, mas ainda segundo seus gostos e temperamentos" (Park, 1979, p. 66). Segundo Park, trata-se de um território residual para o qual convergem interesses, gostos e temperamentos ligados à ideia de liberdade dos desejos reprimidos, do uso de drogas, da independência das obrigações de trabalho formal e da responsabilidade com a família. No caso dos usuários de *crack*, é o lugar da rua, da não residência, onde é possível escapar das repressões, transgredir os limites e os cercados e encontrar a possibilidade do livre acesso e uso da droga e de construção de laços de solidariedade.

Segundo Matza (1964), são "zonas de deriva", lugares de controle social frouxo, que consentem a adesão temporária a normas, valores e condutas associadas que caracterizariam as "subculturas de delinquência" presentes de forma subterrânea na própria sociabilidade. As pessoas que se situam nas referidas zonas reagem de maneira ambivalente entre as demandas da "norma" e as do "desvio", protelando compromissos e escapando de tomadas de decisões que podem definir sua posição entre uma e outra. A entrada nesses locais não se dá por uma escolha consciente, mas de forma acidental, não prevista e, muitas vezes, nem percebida pelos próprios sujeitos. Daí as ambiguidades de seus posicionamentos, definições e adesões às normas e ao desvio se expressarem de maneira alternada entre as possibilidades existentes e seus interesses e necessidades particulares e pontuais. Assim constituídos, esses agrupamentos confundem as percepções da população que valoriza e que caracteriza os referidos lugares como locais a serem evitados e as pessoas como uma espécie de objeto inanimado, quando não perigoso, reforçando o preconceito social e justificando a chamada epidemia do *crack*.

O sujeito itinerante ou "incerto entra em atrito com a ordem estabelecida" (Frangela, 2010, p. 42), de maneira "consciente" e principalmente por falta de outras alternativas devido à sua condição de nômade. Em suas narrativas, os informantes explicitam conhecimento dos códigos normativos e das instituições de poder e, no

caso dos usuários de substâncias ilícitas, em particular aqueles que usam o *crack*, sabem sobre a legislação brasileira e as possíveis sanções sociais a que estão sujeitos e sobre as instituições de tratamento. Porém, por diferentes motivações, fazem uso da substância em lugares sociais públicos e visíveis. Ainda que se trate de um grupo de fácil localização pelos lugares opacos e disformes que percorre na urbe, é difícil sua caracterização dada a não fixação de residência, heterogeneidade cultural, diferentes procedências, etnia, sexo e idade. E as narrativas midiáticas tendem a homogeneizar e rotular esses indivíduos como grupo de craqueiros, transmissores do terror, de enfermidade, provocadores de violência, ameaça e todas as demais mazelas contemporâneas. Não são vistos como pessoas e sim como um perigo ambulante e, nesse rastro, rotulam os territórios que ocupam como perigosos, poluídos, degradados e incômodos.

A epidemia do *crack* assume um caráter plurideterminado e complexo, escapa à compreensão dos próprios atores sociais e confere poder às instituições de intervenção e de controle sobre os “outros”. Estas, a pretexto de uma epidemia, quando é de interesse político, aplicam medidas sanitárias legais e arquitetônicas e, com arranjos discursivos, justificam e implantam a revitalização urbana, a “limpeza” e a estética metropolitana visando ao consumo visual (Sennet, 1997). A título de exemplo, são comumente observados atos violentos em relação aos grupos sociais considerados perigosos, principalmente os craqueiros, com a prática de queima dos pertences e de moradias provisórias (casas de papelão) debaixo dos viadutos ou de marquises, a lavagem desses mesmos espaços com produtos químicos agressivos como a soda cáustica, a colocação de espetos de ferro, pedras e bolas de cimento, sobretudo debaixo dos viadutos, além de encaminhamentos agressivos para internações involuntárias, dentre outras medidas atroz. As instituições se cruzam em seus propósitos, ganham sentido e instalam novas cenas com os mesmos personagens. Com efeito, provocam uma dispersão obrigatória e motivam o trançar contínuo e desvalido dos sujeitos assustados acometidos pela “doença” de um lado a outro da cidade. Essa dispersão é uma meta proposital do poder público, que visa debandar de forma desordenada e confusa os incômodos das ruas,

levando à ruptura e obstrução dos lugares, sobretudo das redes e dos laços de interação e coagindo a vinculação forçada de e com outras pessoas e lugares, criando uma situação de absoluta vulnerabilidade e de risco incessante. Essas medidas são dilaceradoras dos direitos humanos, antiéticas e ineficazes. São descontínuas e irregulares, baseadas no comportamento de determinados sujeitos, na substância - *crack* - e na discriminação. Elas não apresentam alternativas reais para a solução dos problemas, mas dificultam sobremaneira a compreensão do sistema de significados desses sujeitos, o contexto sociocultural e sua subjetividade. Em consequência, impossibilitam e até ofuscam as iniciativas de redução de riscos e danos sociais, a prevenção e a busca espontânea do sujeito por uma condição de vida mais equilibrada e justa.

Ao contrário, no processo de ocupação dos espaços urbanos consentido pelo Estado, a economia marginal é mantida, não só no que concerne ao comércio de drogas, em particular do *crack* e do álcool em altíssima quantidade e com baixa qualidade, mas também de outros produtos consumidos pela população que ali se agrupa. Ocorre o incentivo à prostituição de rua, a manutenção de baixa condição de vida, de higiene e de saúde. Ademais, as instituições públicas criam e possibilitam a implantação de variados tipos de programas assistenciais institucionais ou de grupos sociais com propostas paliativas, pontuais, vazias de significados e totalmente incoerentes com os desejos individuais dos craqueiros. Assim, são pouco eficazes para as necessidades de qualquer ser humano, mas fundamentais para a visibilidade de ações políticas, caridosas e jurídicas na sociedade brasileira, em que a violência e os homicídios estão relacionados aos conflitos estabelecidos nas disputas pelo mercado ilegal e pelas operações policiais no enfretamento com o comércio varejista das drogas, provocando as mortes frequentemente noticiadas.

Centrado na epidemia do *crack* e na culpabilização do usuário, o poder público desvia a atenção dos problemas estruturais que perpassam o próspero mercado das drogas (sobretudo as ilícitas) que atua na clandestinidade, sem compromisso jurídico e sem limitação reguladora de suas atividades e da qualidade ou adulteração do produto comercializado. No mercado ilegal, não há controle sobre a qualida-

de dos produtos comercializados, o que acaba por produzir problemas graves e danos à saúde dos que fazem uso de drogas.

Assim, a epidemia, que tem como característica a intensidade, a abrangência e a visibilidade, no caso específico do *crack*, não se concretiza por razões óbvias. As estatísticas continuam apontando que a maior incidência de uso de drogas no Brasil é de álcool, substância legalizada no território brasileiro e, embora o discurso do uso de *crack* seja centrado na população negra, de baixa renda, jovem e moradora de periferia, o que se conhece é que existem outros perfis de usuários que não são divulgados. Por fim, a morte anunciada acontece, mas não pelo uso de crack: pelas guerras entre gangues, acidentes de carro, entre outros motivos.

Não é arriscado dizer que, em razão da ideia de epidemia, uma parcela da população - sobretudo as elites políticas e os traficantes - tem ganhos fabulosos, enquanto que, para a outra parte - os usuários -, é notória a produção de um estilo forçado de vida urbana marcado por inúmeros e variados rituais, que são reforçados por explicações fantasiosas e moralistas baseadas nos enunciados científicos, nas hierarquias e relações de poder. Os ditos culpados acabam sendo legitimados pelos demais cidadãos, por autoridades, instituições, categorias profissionais, técnicos de saúde, autoridades jurídicas, instituições públicas e religiosas, dentre outros. Do lugar de culpados, fazem uso do *crack* e de muitas outras drogas de péssima qualidade, em precárias condições de vida e de saúde, o que repercute diretamente no seu cotidiano e inflige sofrimento. Este pode ser traduzido pela explicitação da experiência individual e coletiva dos “drogados” que insistem em viver em uma sociedade hostil à sua presença, que dispõem dos mínimos recursos e condições básicas de sobrevivência, mas que, ainda assim, querem preservar a própria vida.

Referências

- Ariss, R. (1997). *Against death, the practice of living with HIV*. Amsterdam: Gordon and Breach.
- Barthes, R. (1990). Diderot, Brecht, Eisenstein. In R. Barthes (Ed.), *O Óbvio e o Obtuso: Ensaios Críticos (pp.)*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1990). *In other words*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. & Passeron, J. (1977). *Reproduction in education, society and culture*. London: Sage.
- Chales, R. (1995). *Explaining Epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Debord, G. (1997). *A sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto..
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1994) *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. 5v. São Paulo: Ed. 34.
- Epele, M.(2010). *Sujerar la herida. Uma etnografía sobre drogas, pobreza e salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Fragella, S. M. (2010). *Corpos urbanos errantes*. São Paulo: Fapesp/Annablume.
- Foucault, M. (1990). *The history of sexuality*, v. 1. Harmondsworth: Penguin.
- Foucault, M. (1991). Governmentality. In G. Burchell, C. Gordon & P. Miller (Eds.), *The Foucault effect* (pp. 87-104). Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Foucault, M. (2002). *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Goffman, E. (1988). *Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Herzlich, C. & Pierret, J. (1989). The construction of a social phenomenon: AIDS in the French press. *Social Science and Medicine*, 29(11), 1235-1242.
- Langer, S (2003). *Sentimento e forma*. São Paulo: Perspectiva.

- Magnani, J. G. C. (2002). De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 17(49), 11-29.
- Matza, D. (1964). *Delinquency and drift*. New Jersey: Transaction Publications.
- Medeiros, R. (2000). *Hablan las putas*. Barcelona: Vírus.
- Medeiros, R. (2010). Clínica e Croni(cidade): impactos do uso/abuso de crack na configuração urbana e nos tratamentos da toxicomania. In L. F. Saporì & R. Medeiros (Eds.), *Crack: um desafio social* (pp. 165-218). Belo Horizonte: Editora Puc-Minas.
- Park, R. (1973). A cidade: sugestões para investigação social no meio urbano. In O. G. Velho (Ed.), *O fenômeno urbano* (pp. 26-67). Rio de Janeiro, Zahar.
- Perlonher, E. N. (2008). *O negócio do michê*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.
- Sennet, R. (1997). *Carne e pedra: o corpo e a cidade na civilização ocidental*. Rio de Janeiro: Record.
- Sournia, J. C. & Ruffie, J. (1964). *As Epidemias na História do Homem*. Lisboa, Edições 70.
- Thomas, H. (1997). *La production des exclus - politiques sociales et processus de désocialisation socio-politique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Turner, V. (1987). *Dramas, Fields and Metaphors: Symbolic Action in Human Society*. Ithaca and London: Cornell University Press.
- Turner, V. (1996). *From Ritual to Theatre: The Human Seriousness of Play*. New York: PAJ Publications.
- Ujvari, S. C. (2003). *A História e suas Epidemias*. Rio de Janeiro: Senac Rio Editora.