

AQUELE QUE USA, AQUELE QUE CUIDA - AS DROGAS, SEU ABUSO E O TRATAMENTO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA VISÃO DE USUÁRIOS, FAMILIARES E PROFISSIONAIS.

Eixo temático: Psicologia, Saúde e Processos clínicos

Coordenadora: Vânia Monteiro de Menezes

Esta proposta de Sessão Coordenada reúne as pesquisas orientadas por duas professoras e desenvolvidas por quatro alunas do curso de psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) que se dedicaram a pesquisar, em seus Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), a temática das drogas sob diferentes aspectos e abordagens teóricas.

As pesquisas reunidas para compor a Sessão Coordenada são:

A. Usuários e Familiares de um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas: crenças sobre contato, sensações e importâncias no uso de substâncias psicoativas. Trata-se de uma pesquisa descritiva com as expressões de usuários em tratamentos e seus respectivos familiares de um CAPS ad quanto a contato, as sensações, as motivações, as imagens de si durante o período de uso de drogas e a frequência em um CAPS ad e seus desdobramentos.

B. A chegada em um Centro de Atenção Psicossocial: o olhar de profissionais e usuários adolescentes de álcool e outras drogas. Trata-se de uma pesquisa exploratória sobre o olhar de profissionais e usuários adolescentes de álcool e outras drogas acerca de como foi a chegada ao CAPS. Entendemos que é importante relatar o processo de chegada daquele que cuida e daquele é cuidado para identificar o possível potencial transformador dos CAPS sobre os sujeitos que os frequentam.

C. A mulher e a droga: investigações sobre a relação de objeto a partir de uma história de vida. Fundamentado teoricamente no referencial psicanalítico, trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa que se fez a partir da escuta de um sujeito, uma jovem com diagnóstico de alcoolismo, utilizando como estratégia metodológica a “história de vida”.

D. O olhar do outro: a convivência com o usuário de álcool e/ou outras drogas na

perspectiva de um membro da família. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa e de cunho exploratório, composta por uma entrevista aberta e a elaboração de um desenho, realizada com oito familiares de usuários de álcool e/ou outras drogas e tem como fundamentação teórica o referencial psicanalítico.

As pesquisas apresentam alguns pontos em comum, a começar pela sua circunscrição a temas relativos às drogas. Todas foram realizadas em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) do Estado de Mato Grosso. A escolha desse *locus* privilegiado de pesquisa não se deu por acaso: é política do curso de psicologia da UFMT inserir os alunos de graduação no âmbito da saúde mental pública, o que se dá a partir de uma carga horária de disciplinas teóricas com foco no conhecimento das políticas públicas de saúde e de disciplinas que juntam a teoria à experiência em campo, sobretudo no Estágio Básico em Contextos de Saúde. Dessa forma, podemos dizer que o interesse pelo CAPS, seus usuários e profissionais, bem como pelo tema das drogas surgiu nesse primeiro contato. Além disso, três das quatro pesquisas tiveram seu desenvolvimento ou pelo menos seu início articulado ao Programa de Ensino pelo Trabalho – PET-Saúde/ Saúde Mental/ Crack, Álcool e outras Drogas, realizado em parceria com CAPS especializados no tratamento de álcool e drogas (CAPS AD).

No entanto, mais do que os pontos em que os trabalhos se aproximam, nos interessam os pontos em que eles se afastam, encaminhando-se para partes distintas do território, segundo diferentes recortes, metodologias e fundamentação teórica. No conjunto dos trabalhos encontramos um estudo de caso centrado na escuta de um sujeito, o que permitiu um movimento de aproximação das singularidades deste, em uma espécie de “*close*”. Outros dois trabalhos realizam um estudo com familiares de usuários de droga, com foco nas relações estabelecidas com estes e nos movimentos subjetivos postos em ação no seio dessa família. O quarto trabalho abarca como sujeitos de pesquisa tanto usuários quanto profissionais, ampliando o foco da discussão ao ter como pano de fundo a política de redução de danos adotada no modelo de atenção psicossocial.

Reunir esses quatro trabalhos em uma sessão coordenada, abre a oportunidade que se cumpra o compromisso ético de divulgar os resultados a que se tem chegado por meio da pesquisa acadêmica. Nosso objetivo é propiciar a conversa entre pontos de vistas que ora convergem, ora divergem nas questões relativas às drogas, a partir do que se pôde conhecer das perspectivas dos usuários, familiares e profissionais da rede de saúde mental.

Drogas, usuários, familiares e CAPS

Drogas ou tóxicos, também denominados de substâncias psicoativas (SPA), são substâncias naturais ou sintéticas que ocasionam mudança no Sistema Nervoso Central (SNC), modificando sensações, percepções e comportamentos da pessoa que faz o uso. (Bucher, 1996, Diehl, Cordeiro, & Laranjeira, 2011).

Observa-se que os motivos para o uso de drogas estão associados às fugas e evitações, principalmente do desprazer: aliviar dores, tensões, angústias ou depressões. Muitas vezes os fatores de evitação têm uma relação com o que lhes é externo: pressão de pessoas ou grupos, situações econômicas e educacionais, etc. Pensar se o problema das drogas é de origem social ou individual é enfatizar tal dicotomia, deve-se pensar no indivíduo e sociedade como extremidades de um contínuo: o que acontece na sociedade afeta o indivíduo, e vice-versa, e não separadamente (Tomé & Alves, 2012, p. 5).

Entende-se que a família é o organismo mais próximo do usuário de SPA e devido a isso possui grande importância como rede de apoio no tratamento, funcionando como suporte para possíveis recaídas e para a reinserção do usuário no meio social. Além disso, sabe-se que as relações estabelecidas no âmbito familiar influenciam e são influenciadas pelo uso da droga e que a vivência em um contexto em que há uso e abuso de drogas acarreta sofrimento físico e psíquico a todos os envolvidos. Existem alguns fatores que são tomados como preventivos. Schenker & Minayo, (2003), dizem que no caso do domínio familiar, aspectos como fortes vínculos familiares, a qualidade dos mesmos, o relacionamento positivo, o estabelecimento de regras e limites claros e coerentes, o monitoramento e a supervisão, o apoio, a negociação e a comunicação, convencionalismo e equilíbrio são considerados como fatores que protegem o adolescente do uso de drogas, uma vez que quanto mais fortes forem tais fatores, menor será, por exemplo, a influência do grupo de usuários sobre o indivíduo.

Nos últimos anos, o crescimento exorbitante do uso e abuso de drogas, lícitas e ilícitas, tem causado grandes prejuízos tanto na esfera privada quanto na pública. Há pouco tempo esse problema passou a ser visto como uma questão de saúde pública e ainda continua gerando polêmica e discussão ao ser definido como doença e ao se questionar suas causas e tratamentos. Pode-se dizer que é um transtorno em que “predomina a heterogeneidade, pois afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias” (Ministério da Saúde, 2004).

Devido a sua complexidade e abrangência, o Ministério da Saúde adotou uma política de atenção integral a esse público que abrange novas estratégias de tratamento, inclui o reconhecimento das características de cada indivíduo e mantém uma atenção voltada para a rede de apoio deste. Com isso, objetiva-se implantar programas de prevenção, educação, tratamento e promoção de saúde.

Nos últimos anos, a estruturação do campo da saúde mental tem sido bastante influenciada pela Reforma Psiquiátrica, que se distancia do olhar biomédico e reconhece o lugar ocupado por fatores tanto genéticos como socioeconômicos, ambientais e psicológicos. Isso pressupõe uma mudança de atitude frente ao Ser, uma substituição da concepção fragmentária pela unitária. Assim, além da interdisciplinaridade no atendimento no campo da saúde, busca-se inserir a família e a sociedade no tratamento do doente.

Neste contexto, no Brasil, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que têm como propósito atender a essa demanda. Os CAPS constituem um instrumento da reforma psiquiátrica, que prioriza a atenção psicossocial, a desinstitucionalização, a reinserção do sujeito na sociedade e o trabalho em rede de serviços territoriais, eliminando gradualmente as internações. O indivíduo começou a ser visto como participante principal no seu tratamento, incluindo a família e, eventualmente, um grupo mais amplo também como agentes do cuidado.

O CAPS-Ad (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas) está, portanto inserido no contexto da reforma psiquiátrica como um novo modelo para a atenção integral à saúde de usuários de álcool e outras drogas, com preconizações diferentes daquelas antes usadas, marcando a passagem da ideia de doentes para a de cidadãos, adoção da redução de danos e outras estratégias para atenção integral justa e equânime, além da reinserção social e intersetorialidade das ações (Moraes, 2008, p. 121).

Consideramos ainda que conhecer as percepções das pessoas sobre o tratamento de usuários de álcool e outras drogas é importante para que o serviço possa ser condizente com as necessidades e possibilidades dos sujeitos e assim, estar apto a atender aquilo que esses cidadãos desejam e/ou precisam ou explicitam como sua demanda. Afinal, o modelo de atenção psicossocial e as diretrizes políticas para atenção a usuários de álcool e outras drogas são feitas para essa clientela (Pereira & Blum, 2012, p. 13).

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004*. 5ª Ed. Recuperado em 14 de junho, 2011, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf

Bucher, R. (1996). *Drogas e Sociedade nos tempos da AIDS*. Brasília, DF: Editora Universal de Brasília.

Diehl, A., Cordeiro, D. C., Laranjeira, R. (org). (2011). *Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas*. Porto Alegre: Artmed.

Moraes, M. (2008). O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepção de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 121-133.

Pereira, N. K. C. & Blum, V. L. (2012). Monografia não publicada: O modelo de atenção psicossocial: percepções de profissionais e usuários adolescentes de álcool e outras drogas.

Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 8(1), 299 – 306.

Tomé, A. M., & Alves, P. B. (2012). Monografia não publicada: Abuso de Drogas: A Visão de Usuários, Familiares e Técnicos de um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas.

Apresentação 1

**A CHEGADA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: O OLHAR DE
PROFISSIONAIS E USUÁRIOS ADOLESCENTES DE ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS**

Nayara Karoline Correa Pereira*

Vera Lúcia Blum

O uso de substâncias psicoativas sempre esteve presente na história da humanidade. O seu cultivo, sua divulgação e seu consumo representam um fenômeno cultural (Bucher, 1991, p. 17). São diversas as maneiras como essas substâncias foram colhidas, produzidas, usadas e significadas por diferentes sociedades ao longo do tempo (Fiore, 2007, p. 21). Cada época possui uma maneira singular de lidar e encarar os fenômenos saúde, doença, drogas, que são conduzidos de acordo com os conhecimentos e interesses de cada período histórico (Pratta & Santos, 2009, p. 203).

Os Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS AD) constituem um instrumento da Reforma Psiquiátrica, regida por leis e normatizações que vão de 1992 a 2004, as quais priorizam a atenção psicossocial, a desinstitucionalização, a reinserção do sujeito na sociedade e o trabalho em rede de serviços territoriais, a fim de eliminar gradualmente as internações. Na Política do Ministério da Saúde (2004a), consta que na nossa sociedade existe um vácuo de propostas concretas e ausência de uma política clara de saúde voltada pra esse segmento e, com isso, foram sendo criadas diversas “alternativas de atenção” de caráter total, fechado e tendo a abstinência total como único objetivo a ser alcançado. O tema é atravessado por polêmicas e por desafios teóricos e epistemológicos devidos às inúmeras contradições que por ele perpassam, assim como pela complexidade de inter-relações nele envolvidas (sociais, psicológicas, políticas, orgânicas, etc.). Isto dificulta a delimitação do fenômeno, se comparado com a área da saúde que utiliza parâmetros mais propriamente orgânicos (Schneider, 2010, p. 688).

O objetivo deste estudo é relatar o olhar de profissionais e usuários adolescentes de álcool e outras drogas acerca de como foi a chegada ao CAPS. Entendemos que é importante relatar o processo de chegada daquele que cuida e daquele é cuidado para identificar o

possível potencial transformador dos CAPSs sobre os sujeitos que os frequentam.

A justificativa metodológica para a condução de nosso trabalho está calcada na concepção de percepção da Psicologia da *Gestalt*, sintetizada de maneira exemplar em Keller (1970). Conhecer o modo como as pessoas pensam e percebem as situações é importante pelo fato de os indivíduos se orientarem por aquilo que percebem da situação, as experiências vividas, denominada de ambiente comportamental ou fenomenal, e não de modo direto e imediato como o simples reflexo especular dos estados de coisas do mundo. Estados de coisas do mundo também conhecidos como ambiente físico ou geográfico. O comportamento humano, portanto, se regula pelo ambiente comportamental, pelo modo como o sujeito percebe e subjetiva a situação e só indiretamente pelas situações tais como são (o ambiente físico e geográfico).

O estudo foi realizado em um CAPS AD de Cuiabá (MT). Seu público é de adolescentes menores de 18 anos que fazem uso, abuso ou dependem de álcool e outras drogas. Foi realizada uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, com uma amostra intencional (por saturação e variedade de tipos) de seis profissionais do CAPS e quatro usuários. As entrevistas foram semidirigidas com questões abertas e o material, após ser transcrito, foi organizado em categorias por meio da análise qualitativa de conteúdo.

Os resultados desta pesquisa apontam que a maioria dos profissionais entrevistados não possuía o desejo prévio de trabalhar com a clientela de usuário de álcool e outras drogas. Alguns dos profissionais relataram que antes de trabalhar na instituição, viam os usuários como bandidos, marginais, coitados. A estada no CAPS para muitos implicou em mudanças nesse modo de ver, para então conseguir trabalhar no modelo de atenção psicossocial. Segundo a Política do Ministério da Saúde (2004a), as mudanças de crenças e normas sociais são necessárias para promoção de mudanças capazes de se manterem estáveis. Ainda o texto acrescenta que os estigmas, a exclusão, o preconceito, a discriminação e a desabilitação são agravantes do uso indevido de álcool e outras drogas, colaborando morbidamente para a situação de comprometimento global que acomete essas pessoas.

A percepção dos usuários sobre como foi a chegada ao CAPS revela que há uma acolhida positiva da equipe. O acolhimento dos usuários, segundo a percepção dos profissionais entrevistados, baseia-se num atendimento humanizado, um serviço de porta aberta assim como preconizado na política de Saúde Mental. Chegou ao CAPS a pessoa deve

ser acolhida e escutada em seu sofrimento (Ministério da Saúde, 2004b). Conclui-se que para profissionais e usuários, a efetivação da Reforma Psiquiátrica está ligada à neutralização do preconceito, da exclusão e da discriminação ao diferente.

Referências

Bucher, R. (1991). Visão histórica e antropológica das drogas. In. Bucher, R., coord. *Prevenção ao uso indevido de drogas*. Brasília, Editora Universidade de Brasília. 17-32.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004a). *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília, DF. Recuperado em 30 de maio, 2011, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_de_ad.pdf

Brasil. Ministério da Saúde (2004b). Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF. Recuperado em 26 de março, 2011, de: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf

Fiore, M. (2007). Uso de “drogas” controvérsias médicas e debate público. São Paulo: Mercado de letras.

Keller, F. S. (1970). *A Definição da Psicologia: Uma Introdução aos Sistemas Psicológicos* (R. Azzi, Trad.). São Paulo: Herder (Obra original publicada em 1965).

Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. dos. (2009) O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(2), 203-211.

Schneider, D. R. (2008). Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 687-698.

Apresentação 2

**A MULHER E A DROGA: INVESTIGAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO DE OBJETO
A PARTIR DE UM RELATO DE VIDA**

Vânia Monteiro de Menezes*

Vera Lúcia Blum

No Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) em que esta pesquisa foi realizada, há muito os profissionais vinham constatando a baixa procura do serviço e adesão ao tratamento por parte do público feminino e, baseados na experiência e na literatura existente sobre o tema, sentiam a necessidade de implementar atividades terapêuticas específicas para esse público.

Segundo Cesar (2006), o interesse pelo alcoolismo feminino tem sido crescente nos últimos anos, e a presença ou ausência de mulheres nos serviços de saúde tem sido o foco central das discussões. A revisão de literatura realizada por essa autora apontou uma significativa prevalência no número de alcoolistas homens nos serviços de saúde de nosso país.

Também no CAPS AD onde esta pesquisa foi realizada, a clientela é majoritariamente masculina. Podemos fazer duas suposições a respeito desse fato. A primeira é que fatores sociais relacionados a questões de gênero, ao engendrar uma moral diferenciada para homens e mulheres e impor a estas padrões mais rígidos, estariam influenciando o seu comportamento em relação à bebida. Neste caso realmente haveria menos mulheres alcoolistas do que homens. A segunda suposição (que não exclui a primeira) é de que a parcela de população feminina que procura os serviços de saúde específicos é expressivamente inferior à que apresenta problemas com álcool e poderia se beneficiar dos serviços oferecidos pelo CAPS AD. Verificar essas hipóteses não caberia no escopo desta pesquisa. No entanto, o que nos interessou foi a constatação feita pelos profissionais do CAPS AD de que dentre as mulheres que chegam a procurar o serviço e a assinar o Projeto Terapêutico Individual, poucas são as que dão continuidade ao tratamento.

O relato de experiência realizado por Brasileiro (2001) relacionou a natureza mista dos grupos psicoterápicos como fator para um baixo beneficiamento terapêutico das mulheres e para uma consequente falta de adesão ao tratamento. Na presença de homens durante os

grupos, mesmo que em número menor, a mulher se recolhia a um segundo plano, em geral dirigindo seus esforços para ajudar os outros, principalmente do sexo masculino.

Segundo Hochgraf, citada por Munduruca (2008), é possível considerar dois grandes grupos de mulheres alcoolistas segundo a idade em que começaram a ingerir álcool. O primeiro grupo corresponde às que iniciaram o consumo na faixa de 20 a 30 anos, no intuito de vencer a timidez e serem aceitas entre os pares. Já o segundo grupo corresponde a mulheres casadas ou separadas, que iniciam o uso por volta dos 40 anos, quando “se descobrem sozinhas e sem objetivo de vida depois que os filhos saem de casa ou quando se deparam com uma grande frustração” (Munduruca, 2008, p. 27).

A julgar por esses estudos, portanto, pode-se dizer que há uma especificidade na relação da mulher com a droga, embora em tal literatura essa especificidade apareça mais referenciada ao comportamento, influência e estigmas sociais – relacionando-se a questões de gênero – do que em relação a uma subjetividade que se inscreve como feminina e a um objeto com as peculiaridades da droga.

Fenômenos observáveis no comportamento também servem de base para o CID-10, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, utilizado como manual diagnóstico de referência no CAPS AD. Nesse manual não se encontra o termo toxicomania mas sim os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas. O diagnóstico principal é feito em relação à substância tóxica utilizada e o quadro clínico é definido em função do estado de abuso, dependência, intoxicação ou abstinência em relação ao tóxico que o indivíduo apresenta.

No entanto, o fato para o qual diferentes psicanalistas chamam a atenção é que o fenômeno da toxicomania, descrito em termos de comportamento humano, não é um conceito psicanalítico, mas uma categorização psiquiátrica na qual o fenômeno é entendido como algo que resulta da interação do organismo com determinantes ambientais (Gianesi, 2005). Pacheco (2007) coloca a questão nos seguintes termos: “Qual o lugar para o sujeito se a relação do indivíduo com o objeto estivesse determinada organicamente?” (p. 47).

Enquanto algumas abordagens dentro do campo psicanalítico associam a toxicomania à estrutura perversa, outras, partindo da consideração de Freud de que o recurso às drogas é uma maneira de lidar com o mal-estar, consideram que é somente “a partir da relação com a castração que o exame estrutural irá identificar a maneira pela qual cada sujeito

se inscreve nas estruturas psíquicas” (Alberti, Inem e Rangel, 2003, p.16), o que se torna importante para a compreensão do processo de construção dessas subjetividades, independente de elas estarem ou não ligadas ao consumo de drogas. Nesta concepção o que se conclui é que não é possível traçar um perfil do toxicômano já que este não se apresenta sob uma figura singular, passível de ser descrita como um tipo clínico, tal como é possível se fazer com o histérico, o obsessivo ou o fóbico.

Levando-se em conta as considerações acima, esta pesquisa se pautou pela opção e aposta na escuta do sujeito como forma de investigar a relação da mulher com a droga. Poderia a história de vida de uma mulher nos dar pistas que justifiquem pensar como hipótese a existência de peculiaridades na relação sujeito/mulher – objeto/droga?

Objetivos

Os objetivos deste trabalho foram compreender o lugar e a função da droga na vida psíquica de uma mulher em específico, bem como verificar se em sua fala se apresentaram elementos indicativos de uma demanda terapêutica e/ou uma resistência ao tratamento e, em caso positivo, como ambas se configuram.

Método

Esta pesquisa teve como sujeito uma jovem de 25 anos que faz uso abusivo de álcool há cerca de cinco anos e realiza tratamento no CAPS AD de uma cidade de Mato Grosso. Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. O instrumento utilizado na coleta de dados foi a entrevista não estruturada, usando como estratégia metodológica a *história de vida*, que consiste na narrativa feita pela pessoa que a vivenciou.

O sujeito atendeu ao convite da pesquisadora realizado no CAPS AD e foram marcados dois encontros. No primeiro foi solicitado à participante que contasse a história de sua vida, registrada em áudio com sua autorização. No segundo encontro foi solicitado à participante que lesse a transcrição feita a partir do áudio e que fizesse as alterações, ampliações ou cortes que julgasse necessários. Essa segunda entrevista também foi gravada em áudio e transcrita e serviu de base para a elaboração do relato de vida que consta neste trabalho.

Os dados foram analisados segundo os mesmos pressupostos metodológicos utilizados na clínica psicanalítica, que coloca para o analista a condição de uma escuta flutuante, que não se deixa aprisionar por temas definidos *a priori*; e “um recorte do texto privilegiando temas, expressões, brechas, palavras, ou quaisquer elementos que sirvam como cunha para desconstruir o texto; uma reconstrução desse texto que permita ao analista criar ali um sentido novo, inesperado, produzindo uma outra verdade sobre o texto” (Figueiredo & Minerbo, 2006, p. 263).

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi autorizada a gravação das entrevistas e sua divulgação no meio científico. O sigilo quanto à identidade do sujeito foi resguardado com a omissão de seu nome e outros dados que permitissem a identificação.

Resultados e Discussão

Relato de vida, nas palavras da entrevistadora

Nascida no seio de uma família que cultivava valores morais tradicionais, a jovem conta sobre seus atribulados vínculos e vivências familiares. Em certos preceitos morais e no que a família lhe oferecia como modelo a ser seguido ela viu também hipocrisia e disse não. Mas quem diz não, o diz sempre a alguma coisa. A jovem continua dizendo não, mas um não referenciado nos valores da família. Assim, sua vida continua orbitando em volta desse núcleo coeso, num movimento gravitacional, tão presa a ele e feita de substância tão parecida que a sua separação é apenas ilusória. De resto, não há nada que a defina. A jovem está buscando.

No início era a casa e a igreja, num círculo tão restrito que quase se opunha ao mundo. Quase, mas não realmente. A jovem cedo descobriu que as picuinhas mundanas também fazem parte da vida dos crentes, descoberta esta feita não sem mágoa: da igreja a jovem esperava o amparo que não veio. Quando sua família passou por dificuldades, a igreja não lhes deu apoio. A mãe, decepcionada, abandonou a igreja e entrou em depressão. O pai perseverou, nada o afastou de sua crença. Por um tempo, a jovem também perseverou. Seu universo cultural era formado pelos valores da família e da igreja, embora isso não a tenha impedido de experimentar bebida e cigarro na escola. Parou por aí. A maconha que também

lhe foi ofertada na época, a jovem recusou, por desconhecer as reações que a droga lhe causaria, por medo de perder o controle. Ela não quis “dar na vista” em casa, teve medo que seu pai descobrisse. A família impõe limites. A jovem transgride alguns, mas não perde a noção do perigo, o risco que assume é um risco calculado. Para além disso, nas regiões onde poderia perder o controle, onde os efeitos e reações são desconhecidos, ela não vai.

Nos primeiros anos da adolescência, começou a namorar um rapaz da sua igreja com quem pretendia se casar. Mas certo dia, em uma festa de família, alguém lhe perguntou: “É isso (que você está vendo aqui) que você quer para a sua vida, para o resto da sua vida?” Não, não era isso que ela queria para sua vida. O que queria, não o sabia, mas sabia o que não queria. Sendo assim, preferiu ampliar o círculo, preferiu abranger mais do mundo, procurar lá fora outros referenciais. São pequenos os movimentos: um piercing no nariz, uma tatuagem, o rompimento com o namorado evangélico, um novo namorado “mundano”. As pessoas da igreja a repreenderam. O conflito estava formado: ela a abandonou. O pai permanece, fiel e fanático segundo a filha; dedicado à religião, mas cego para as questões e os entes familiares.

A jovem foi para “o mundo”. Seu novo namorado era seu guia: lhe apresentou as festas, as baladas, as noitadas, os amigos circunstanciais e a bebida. A jovem ainda não bebia, era pouca a sua afinidade com o álcool. Mas o namorado insistia “se você não bebe você fica chata, quer ir embora cedo”. A jovem não queria ser vista como chata, nem por seu namorado, nem por ninguém. A bebida lhe trouxe isso. O álcool lhe abria inúmeras possibilidades de socialização, ela se sentia aceita e, mais do que isso, especial. Tinha sempre uma história para contar e quando não tinha, eram os outros que lhe contavam suas histórias. Nas disputas de quem bebe mais, quem aguenta mais sem cair, a jovem saía vitoriosa. Sua fama é de que bebe tanto ou mais que um homem. São disputas de um universo masculino, ao qual a bebida lhe dá acesso.

Mas o mundo masculino não é feito só de disputas, nele há também a camaradagem entre pares. “Ser mais que um homem” em alguma coisa lhe fez ser respeitada e aceita entre eles. Aos segredos, truques, engodos e falácias masculinas a jovem também tem trânsito livre. Quando participa das suas rodas de conversa, eles se sentem à vontade para falar sobre qualquer assunto na sua presença, “não medem palavras”. Ao mesmo tempo, a jovem sente que isso lhe deixa um pouco “molecona”. Ela tem uma vaidade que cultiva por meio do vestir-se e do arrumar-se cuidadosamente. Mas um comportamento que considera mais

feminino, a jovem o vê atualmente como algo ainda a conquistar, “eu não consigo ainda, eu não aprendi ainda a ser mais delicada”. Ela está buscando.

Em muitos lugares que ocupou, em muitas posições em que esteve, a jovem não se sentiu apoiada pelo pai – nos empregos, nos estudos, nas amizades, nos esportes. É torcedora de um time de futebol, participa de torcida organizada em um clube, clube este que tem um bar, cujos garçons lhe servem latinha de cerveja quando ela pronuncia com todas as letras que quer refrigerante.

O trabalho entrou cedo em sua vida. Com 13 anos já trabalhava como babá e com 17 teve seu primeiro emprego no comércio. Quando mais nova, ela não pode fazer nada para ajudar a família que passava por uma situação difícil. Agora, com seu salário, a jovem supria a si e à sua família com presentes. Vaidosa, gostava de roupas e calçados e gastava compulsivamente com eles, fazendo questão de portar todas as adereços do feminino. Aos poucos foi percebendo que presentear a família não lhe trazia nenhuma retribuição. Em um lugar de poder, daquela que ajudava a família em termos materiais, seu lugar de diferença foi sendo cada vez mais demarcado. A jovem foi habitando uma região outra, e foi cada vez mais se afastando, deixando de participar dos rituais da família. Comemorações de aniversário, casamento e batizado foram paulatinamente abolidos de sua vida. Seu estilo de vida, incompatível com a moral familiar culminou em discussões e brigas que a levaram a sair da casa dos pais.

Era então a independência. Morando com amigas, a jovem diminuiu seu ritmo de bebida. Trabalhava, ganhava seu dinheiro e pagava suas contas: era dona de sua vida e de seu nariz. Mas ainda lhe doía o juízo que o pai fazia de si, que seus familiares não a visitassem, que não vissem a moça batalhadora, responsável, alcoolista sim, mas também competente, séria. A imagem era distorcida, porque diferente do que a família sonhara para ela. A jovem queria ser vista, e achava que era digna desse olhar. Devido a várias circunstâncias, a jovem retornou para a casa paterna.

A jovem alcoolista é a única que a família vê. É a parte que destoa da moral familiar, que lhe faz mal vista. Ela paga o preço, não quer esconder nada. Para ela, isso é plenamente aceitável, sempre foi. Até o dia em que não foi mais.

Aconteceu que um dia a jovem acordou em uma casa estranha. De como fora parar ali, fazia apenas uma vaga ideia, mas do que se passara ali, ela não tinha a menor lembrança.

Como era comum acontecer, as histórias sobre si lhe eram depois contadas pelo círculo de amigos e conhecidos. Dessa vez a história não lhe agradou, o rapaz que a acompanhava saiu contando vantagens. Dessa vez ela não era a mulher igual a um homem na mesa de bar, mas a mulher para um homem. O companheirismo entre ela e os homens se esvaneceu, o lugar ocupado foi o da pura passividade.

Esse fato teve uma importância crucial para sua busca por um tratamento. Foi a partir daí que ela começou a considerar seriamente que talvez fosse bom se livrar do alcoolismo. Quando olha para o passado, a lembrança de uma avó alcoolista a assombra. A jovem se identifica com ela pela via do alcoolismo e sabe que esse não é o futuro que quer para si. Mas quando olha para esse futuro abstinente que quer, também lhe assaltam as dúvidas a respeito de quem ela será sem o álcool. Livrar-se do alcoolismo exigirá dela uma reinvenção de sua forma de ser no mundo.

Recortes

Em nossa entrevista uma forte impressão se impôs desde o início, o mesmo ocorrendo em relação à escuta posterior do material e sua transcrição. Essa impressão era de que a jovem não era alcoolista.

A ideia pode parecer disparatada, ainda mais quando se considera que a jovem faz uso abusivo de álcool com prejuízos para sua vida. O tratamento no CAPS AD lhe foi recomendado pela psicóloga de uma Unidade Básica de Saúde que, após algumas entrevistas, entendeu que a jovem fazia parte de um grupo de risco, devido a seu alto consumo de álcool. Ainda assim, resolvemos seguir a pista de nossa primeira impressão, e nos perguntamos o porquê, afinal, dessa ideia. Quando lhe perguntei o que a fazia se denominar alcoolista, a resposta foi:

“É o tanto que eu bebo, mas eu acho que tem algum problema também que é médico, que eu falo dos meus tios, da minha avó”.

Esses e outros parentes seus são alcoolistas, sendo que a avó faleceu por doenças decorrentes do uso abusivo de álcool. Vemos então que a jovem faz referência a uma hereditariedade do seu alcoolismo, ligado a determinantes orgânicos, afiliada ao discurso médico, o que a coloca como a vítima de um transtorno, como indivíduo assujeitado a uma

doença que lhe acomete.

Em seu discurso ela se denomina alcoolista e decerto assim se considera. No entanto, seus ditos de modo algum se circunscrevem às questões relativas ao álcool e ela não fala de um lugar de identificação com a alcunha (ou significante) “alcoolista”.

Na verdade, seu discurso se deslocou para outro tema, este sim, muito forte e presente: a família. Este é o tema que se repete, que atrai o discurso como um ímã. Embora o ato de beber seja repetitivo no repertório comportamental da jovem, ele não é a referência central de seu dizer. Por outro lado, a história que conta é sem dúvida uma história de dependências, a começar da dependência da família em relação à igreja, e da jovem em relação à família. O seu alcoolismo como um sintoma parece estar na medida exata de uma defesa contra o sofrimento que sente em relação à família e à dependência em que se encontra em relação a esta. O alcoolismo vem como amortização desse sofrimento:

“Eu não sou feliz lá na minha casa. Ai eu bebo pra esquecer, fico num outro mundo”.

Nesse contexto, o álcool cumpre duas funções: além de fazer com que a jovem amortize o mal estar que sente no ambiente do lar, um espaço que para ela se apresenta como pouco acolhedor, estressante e no qual ela não tem prazer de ficar, cria-se um outro mundo. Essa fala da jovem nos remete à observação feita por Gurfinkel ao abordar a questão da toxicomania à luz da passagem do princípio de prazer ao princípio da realidade: “Se por um lado cabe levarmos em conta, nesta forma clínica [a toxicomania], uma tentativa de ‘afastamento da realidade’, é também relevante considerarmos, nos diversos usos da droga, uma busca de ‘criação de realidades’” (Gurfinkel, 2007, p.21). Esse outro mundo referido pela jovem pode ser entendido como um espaço de alegria e de contato social. É ao mesmo tempo fuga do ambiente familiar vivenciado como opressor e abertura para um mundo de socialização, onde é possível manter trocas subjetivas menos tóxicas, apesar de se darem apenas por intermédio de um tóxico.

Não estar no ambiente familiar desprazeroso e estar no ambiente público prazeroso é o que o álcool lhe proporciona. Esse movimento de fuga que propicia e é propiciado pelo exercício do embriagar-se só evidencia o quanto a família é balizadora dos posicionamentos

que a jovem assume em sua vida.

No início da entrevista, pedi à jovem que contasse a história de sua vida ao que ela me perguntou: *“Como começou tudo em relação ao álcool ou desde...?”* Como deixei a opção em aberto, ela escolheu começar a história por sua infância.

“Desde os meus seis anos de idade, a minha família entrou na igreja, eu frequentei a igreja evangélica durante vinte anos, só que a gente vivia muito, assim, num mundo paralelo...”

É interessante notar que a expressão usada mais tarde em seu discurso “um outro mundo” para onde a bebida a transporta, já aparece na frase acima como “um mundo paralelo” no qual a família vivia, o que nos faz pensar que ambos os espaços tem alguma ligação, embora em total contradição por suas características: o mundo reservado e regrado da igreja e o mundo público e desregrado do bar.

Conforme o discurso vai se desenvolvendo, vemos que a questão da independência em relação a essa família é crucial para ela. Há um grande desejo de separação e, no entanto, esse desejo não é realizado. Ela preza a independência, mas está em uma situação de dependência que lhe causa grande sofrimento.

Sua vida é tomada por uma angústia de separação, que vem acompanhada de uma angústia de intrusão. Para manter seu espaço, a jovem tem que estar restrita a um território dentro de sua casa, nem chegando muito perto dos outros, nem permitindo que os familiares cheguem. Tomando como referência o eixo narcísico proposto por Minerbo (2009), poderíamos situá-la como ainda transitando por um processo de autonomização. Dessa forma, a jovem é capaz de dar pequenos voos solo, mas ainda não está em situação de prescindir do apoio que a família representa. Nessa posição subjetiva, segundo Minerbo, há para o sujeito o reconhecimento de um terceiro, mas que é ao mesmo tempo percebido e recusado. Isso nos faz pensar na relação que há entre a jovem e o pai e entre este e a igreja. Percebe-se que a igreja aparece no lugar de um terceiro, que lhe rouba o pai:

“Era então da igreja pra casa, de casa pra igreja, e meu pai começou a ficar muito paranoico, a ponto de esquecer as pessoas de casa e ajudar as pessoas de fora”.

Além de uma concorrente pelo afeto do pai, a igreja é vista também como um objeto

frustrante, uma vez que quando a família precisou do apoio da comunidade evangélica, esta a abandonou:

“Aí nós passamos muita dificuldade, meu pai tinha perdido o emprego, e meu irmão era pequeno, mas ele era mais velho, eu não podia trabalhar pra sustentar em casa, nós passamos fome e tudo, e ninguém da igreja que a gente frequentava veio ajudar a gente”.

Ressaltamos dois trechos da fala, relativos a *“nós passamos muita dificuldade”* e *“eu não podia trabalhar pra sustentar em casa”*. Se a jovem diz que não podia trabalhar para sustentar em casa é porque, em algum momento, na cabeça da criança que ela era, isso deve ter lhe ocorrido. Ora, trabalhar para sustentar em casa é uma função parental. Isso nos revela a jovem, quando pequena, disputando o lugar com um dos pais, ou com os dois. Nessa idade, ela queria levar proventos à família, mas esse não era o seu lugar. De fato, assim que pôde, a jovem começou a trabalhar para garantir seu próprio dinheiro. E embora o dinheiro fosse usado para comprar suas próprias coisas, compulsivamente segundo a jovem, era usado também para prover a família de pequenos bens, situação que se perpetua ainda hoje. A jovem parece se colocar em relação à família em um lugar de responsabilidade por garantir seu bem estar, o que nos faz pensar numa repetição daquela situação vivida na infância, às vezes tornando difícil distinguir, na realidade, quem ampara e quem está na situação de ser amparado. Em seu discurso ela se coloca em uma posição de socorro à mãe. A jovem descreve a necessidade de ajudar a mãe como um dos motivos (senão o principal) para ter retornado à casa paterna:

“Eu falei, eu tinha falado pra minha mãe, que eu só ia voltar pra casa por causa dela. (...) Eu sei que minha mãe está sobrecarregada, e muitas vezes eu não ia trabalhar num período pra poder ficar com ela, cuidar dela, ajudar ela”.

A jovem identifica uma mudança na mãe a partir da decepção sofrida com a igreja, no episódio da ajuda que não veio:

“Aí minha mãe saiu da igreja, começou com sintomas de depressão, ficou ruim, hoje ela tem sintomas de pânico, sintomas de TOC e a depressão”.

A figura materna é, para a jovem, uma figura frágil, desvitalizada, que carece de seus cuidados, não dispensados por ninguém mais da família que, pelo contrário, só lhe aumenta a

carga de trabalho doméstico, sendo o pai, segundo a jovem, um dos que mais partilham desse descuido e desvalorização da mãe: *“ele [o pai] não apoia minha mãe em nada, não ajuda minha mãe em nada, e eu não aguento ver essa situação”*. Isso nos parece importante porque se a mãe ocupa para ela um lugar tão frágil, talvez este seja um impeditivo para que a jovem se identifique com ela.

A fragilidade da mãe, a infelicidade desta no casamento, o interesse do pai voltado exclusivamente para a igreja parecem ser coisas que realmente afetam à jovem:

“Eu queria na verdade ter uma resposta pra mim, sabe, porque... como ficar no meio do casamento do seu pai e da sua mãe? E sua mãe dizendo que não é feliz, você escutando tudo aquilo ali, como que a gente fica? Como que não dá vontade de beber, não dá vontade de sair dali?”

A jovem junta no mesmo enunciado a resposta que quer para si, o relacionamento dos pais e a infelicidade da mãe. É no meio do casamento infeliz que ela se coloca, atravessada por ele. Ao olhá-lo, a jovem formula uma pergunta cuja resposta não vem. Sabemos que é uma questão para ela a busca da feminilidade. Nos referimos no relato da história de vida ao seu sentimento de ser muito “molecona”, à falta que sente de ser “mais feminina”. Ao que parece, a jovem não encontra na figura materna uma imagem de mulher vitalizada o suficiente para com ela se identificar. Sua identidade de mulher é sustentada mais pela voz do pai, que com suas interdições e censuras às incursões que a jovem faz no mundo masculino, acaba por lhe fornecer um modelo de identidade feminina pelo negativo, pois se não lhe revela o que ela deve ser, lhe interdita aquilo que ela não é e não pode ser, contendo-a e ligando-a a uma identidade feminina.

Na falta de um modelo feminino para o qual se voltar, a jovem transita por um universo masculino ao qual a bebida lhe dá acesso. Com os homens, através da bebida, ela desenvolve uma relação de igualdade ou até de superioridade. O álcool produz então um ganho narcísico, lhe emprestando consistência ontológica. No entanto, trata-se de algo tomado de empréstimo, recursos retirados do mundo em um movimento de fora para dentro.

Nesse sentido nos perguntamos com que recursos internos a jovem contava quando de sua saída para “o mundo”. Isso nos remete a uma situação em que, naquilo que Figueiredo (2009) chama de intersubjetividade interpessoal, há uma falha na função do reconhecer. Na assimetria das gerações, cabe à mãe e ao pai o papel de cuidador e dentre as suas funções está

compreendida a do reconhecimento: “Muitas vezes, o cuidar é, basicamente, ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto dos cuidados no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho e, se possível, levando de volta ao sujeito a sua própria imagem” (Figueiredo, 2009, p. 138). A função do reconhecer, por sua delicadeza, pode até passar despercebida, mas a sua falta pode prejudicar e muito a instalação da autoimagem e da autoestima naquele que recebe os cuidados. A falha nessa sutil devolução ao sujeito de sua imagem acarreta uma fragilidade na sua auto sustentabilidade narcísica. O não-reconhecimento engendra um excesso de dependência em relação ao olhar do outro. Como esse outro falha na função de reconhecer, a busca pelo reconhecimento daquele que dele depende é perpétua. A jovem parece perceber isso ao dizer:

“Acho que eu ando meio deprimida também porque eu não consegui levantar ainda, acho que é isso, mas eu vou conseguir. Sem depender de ninguém, sozinha. (...) Eu tenho um defeito muito grande, como é que eu posso dizer, eu dependo emocionalmente dos outros, eu não quero ter mais essa dependência, das pessoas cutucando, empurrando você, ‘você tem que fazer!’, ‘vai lá, eu tô te dando apoio!’ Eu quero tirar isso de dentro de mim, com minha força de vontade, com tudo, é isso que eu quero. Só.”

O grau de paridade com os homens, a camaradagem com eles desenvolvida, o sentimento de “ser mais que um homem em alguma coisa” nos dão notícia da função de passaporte ao mundo dos homens que o álcool tem para a jovem. É como se a bebida tivesse para ela virtudes protéticas, fornecendo-lhe uma “identidade masculina de prótese”. Nos dão notícia sobretudo também de como o alcoolismo da jovem encontra subsídios para a sua perpetuação. Fica claro aqui a toxicomania como a produção intersubjetiva de que nos fala Gomes (2010):

Propomos que a dependência de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) é uma produção intersubjetiva, que se estabelece nas relações entre a mulher e os grupos de pertencimento, implicando a manutenção do sintoma – uso de drogas – e de determinados lugares pela rede de relações sociais (Gomes, 2010, p. 209).

Trata-se de uma produção intersubjetiva que se estabelece nas relações que a jovem mantém com seu grupo de amigos, com a torcida organizada da qual faz parte, implicando na

manutenção do sintoma. Mas trata-se também de algo que se produz na intersubjetividade de suas relações familiares. Aqui, o alcoolismo não é incentivado, é repreendido. Produz recriminações, isolamento e até atos de violência verbal e física, e ainda assim são forças que contribuem para a manutenção do alcoolismo da jovem, lhe conferindo um lugar muito bem determinado no seio dessa família – o lugar de contraventora. É um lugar desconfortável, mas ainda assim é um lugar, que a define como pertencente a essa família. O único modo que foi possível para a sua subjetividade e a subjetividade de seus familiares de ela existir ali.

Quando acontece o episódio de a jovem acordar em um lugar estranho, sem lembrar de nada que aconteceu, na companhia de um rapaz que depois espalha histórias sobre ela (não importando se elas são verdadeiras ou não), há uma quebra de toda construção da jovem sobre seu lugar no mundo. Poderíamos falar mesmo numa queda desse lugar em que ela, bem ou mal, estava acomodada. Esse lugar, que a faz “molecona”, de repente fez um giro e a precipitou justamente para a radical diferença entre ser um homem e ser uma mulher. O irônico da experiência é que é a bebida, esse objeto que vinha funcionando tão bem na função de obliterar sua fragilidade e desamparo, que paradoxalmente a leva ao radical contato com o desamparo, deslocando-a da posição de sujeito da história para a posição de total dependência da vontade do outro. Na relação com um homem, veio à tona a vulnerabilidade de sua posição, e o que quer que tenha ocorrido naquela noite, não coube a ela contar.

Podemos supor que a experiência, ao colocá-la em contato com o total não saber, com o impossível da representação, a pôs em contato também com o seu ser de mulher, pois, como nos fala Gomes (2010), é na experiência do desamparo que se insere a feminilidade.

No entanto, a feminilidade é a outra face do desamparo – o desamparo erógeno, possibilitando ao sujeito novas formas de erotismo e de sublimação. Nesta condição, o sujeito é convocado a abandonar os emblemas fálicos, produzindo horror, diante de sua finitude. Mas é a condição de finitude e de insuficiência que lança o sujeito desejante ao mundo, desconstruindo o corpo narcísico e a ilusão de onipotência (Gomes, 2010, p.83).

Vemos então que o deparar-se com a situação de desamparo, por mais traumática e horrorizante que possa ser, guarda também um potencial criador. O impacto do destronamento do lugar seguro que a jovem vinha ocupando até então foi forte o suficiente para funcionar

como força motriz para que pensasse em uma mudança na sua posição subjetiva. Procurar um tratamento para o alcoolismo é apenas um reflexo disso, mas a questão vai além da questão da toxicomania. A questão relaciona-se à sua busca pelo seu ser mulher que ela é.

Considerações finais

Ao longo deste trabalho tentamos compreender a função do álcool na vida do sujeito da pesquisa. Podemos sintetizá-la como garantindo a essa jovem um lugar de paridade com os homens, numa disputa que ela parece ainda manter com o mundo, situando-se naquela posição subjetiva que Minerbo (2009) denomina de fálica. Vimos como isto se relaciona com a falta de uma referência feminina em que ancorar uma “transmissão” da feminilidade e também como isto lhe garante uma troca subjetiva menos tóxica que a mantida com seus familiares.

Um segundo objetivo de nossa pesquisa era verificar se em sua fala se apresentaram elementos indicativos de uma demanda terapêutica e, em caso positivo, como se configura essa demanda. A esta altura, podemos responder afirmativamente a essa questão. A jovem tem um discurso pontuado por queixas, por uma identificação com a figura da vítima, filia-se ao discurso médico que a assujeita como alguém acometido por uma doença. Mas, a partir de um certo ponto, a vimos também formular questões que a colocam como sujeito de sua vida. E, por vários momentos em seu discurso, vimos emergir o sujeito cindido, não idêntico a si mesmo, que formula questões acerca de seu desejo, sua angústia de viver, suas dúvidas acerca de questões subjetivas importantes – quem serei eu sem a bebida? O que é ser uma mulher que tem desejos diferentes daqueles expostos na vitrine de desejos da família? Onde está a minha vontade de viver (ou, formulado em outros termos, para onde aponta o meu desejo)? Baseadas nisso, podemos dizer não só que essa demanda terapêutica existe como também a análise seria muito indicada para a jovem, como meio de elaborar essas questões.

Um terceiro objetivo era verificar se em sua fala se apresentaram elementos indicativos de uma resistência ao tratamento e, em caso positivo, como se configura essa resistência. Para essa questão não há resposta prévia. O que se pode afirmar é que uma resistência se configuraria se o contato emocional com o aspecto da passividade radical que a jovem experienciou lhe seja tão insuportável que dele não queira mais saber. Nesse caso seria

possível falar em resistência e a jovem poderia escolher continuar acreditando nas virtudes protéticas do álcool, que magicamente venha elidir o trabalho necessário para conquistar sua independência e a construção de um si mesmo relativamente auto sustentável emocionalmente.

Referências

Alberti, S.; Inem, C. L. & Rangel, F. C. (2003). Fenômeno, estrutura, sintoma e clínica: a droga. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, ano VI, n. 3, pp. 11-29. São Paulo: PUC São Paulo.

Figueiredo, L. C. M. (2009). *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta.

Figueiredo, L. C. & Minerbo, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. *J. psicanal.* [online] vol.39, n.70, pp. 257-278.

Gianesi, A. P. L. (2005). A toxicomania e o sujeito da psicanálise. Em *Psychê* [online] vol. 9, n. 15, pp. 125-138.

Gomes, K. V. (2010). *A dependência química em mulheres: figurações de um sintoma partilhado*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Gurfinkel, D. (2007). Adições: da perversão da pulsão à patologia dos objetos transicionais. *Psyche (São Paulo)* [online] vol.11, n.20, pp. 13-28.

Minerbo, M. (2009). *Neurose e não-neurose*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Munduruca, G. O. (2008). *Contribuição para o estudo da constituição psíquica de mulheres alcoolistas*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Pacheco, A. L. P. (2007). O feminino e as drogas na atualidade. *Mental* [online] vol. 5, n. 9, pp. 47-61.

Apresentação 3

O OLHAR DO OUTRO: A CONVIVÊNCIA COM O USUÁRIO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS NA PERSPECTIVA DE UM MEMBRO DA FAMÍLIA

Cristiani Debacker*
Vera Lúcia Blum

A família, uma das mais antigas instituições, configurada de diferentes formas ao longo dos séculos, se firmou como um importante aparato do Estado durante a Idade Moderna. De acordo com Horkheimer (citado por Kalina, 1988), embora, atualmente, o pai não ocupe o topo da pirâmide hierárquica, a família patriarcal ainda é o núcleo básico da nossa cultura. É ela quem exerce o papel de mediadora entre indivíduo e sociedade. É a designada para transmitir os valores, as regras e as normas sociais a cada um de seus membros. Dessa forma, ela se constitui como a principal responsável pelo desenvolvimento humano.

Segundo Bertalanffy (1976), na abordagem sistêmica familiar, sistema é definido como um complexo de elementos em interação mútua, que pode se constituir de subsistemas e estar inserido em sistemas ainda maiores. Tomar a família como um sistema é compreender que cada um de seus membros constitui uma parte importante no funcionamento do todo. Assim, as relações estabelecidas entre seus membros influenciam, de maneira significativa, os comportamentos, crenças e sentimentos de cada um e, concomitantemente, são influenciadas por estes.

Frente a isso, acredita-se que cada parte do sistema familiar tem participação na formação e manutenção de um sintoma. A hipótese de Olievenstein em seu livro “A vida do toxicômano” (1983), é que o paciente identificado denuncia a falsa harmonia familiar, vivida como um mito. Destarte, o uso e abuso de drogas não deve ser apreendido de forma isolada, mas visto como um problema constituinte de todo o sistema familiar que denuncia algo envolvendo uma complexa rede de relações.

Para Silveira Filho (1995 citado em Sampaio, 2006), a dependência de drogas tem natureza complexa e tridimensional, constituindo-se a partir de três elementos: a droga, o indivíduo e o contexto sócio-cultural onde se realiza este encontro. Trata-se então, de uma perspectiva intrapessoal e interpessoal.

Nos últimos anos, o crescimento exorbitante do uso e abuso de drogas, lícitas e ilícitas, tem causado grandes prejuízos tanto na esfera privada quanto na pública. Devido a sua complexidade e abrangência, o Ministério da Saúde adotou uma política de atenção integral a esse público que abrange novas estratégias de tratamento, inclui o reconhecimento das características de cada indivíduo e mantém uma atenção voltada para a rede de apoio deste, principalmente a família. Com isso, objetiva-se implantar programas de prevenção, educação, tratamento e promoção de saúde.

Entende-se que a família é o organismo mais próximo do toxicomaniaco e devido a isso possui grande importância como rede de apoio no tratamento. Sabe-se que as relações estabelecidas no âmbito familiar influenciam e são influenciadas pelo uso da droga e que a vivência em um contexto em que há uso e abuso de drogas acarreta sofrimento físico e psíquico aos envolvidos.

Compreendendo que cada sujeito percebe a família e seus membros de forma única e diferenciada, este trabalho teve como objetivo geral pesquisar, através da fala de alguns familiares, as percepções destes acerca da convivência familiar com o usuário de álcool e/ou outras drogas e como objetivos específicos compreender como o familiar descreve a convivência na família com o usuário de drogas, discriminar o lugar e função designados ao usuário de drogas nas famílias entrevistadas e averiguar se a droga é apresentada como problema na convivência familiar e de que forma isso acontece.

Método

Para atingir o objetivo proposto, foi utilizada a abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2007), “as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e documentos” (p.57). Como técnica de coleta de dados foi optada pela entrevista aberta composta por uma questão norteadora e a representação gráfica do corpo humano, fazendo uma analogia ao sistema familiar.

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD) na cidade de Cuiabá/MT. A amostra foi escolhida aleatoriamente e composta por oito sujeitos: três mulheres e cinco homens, sendo uma mãe, duas esposas, três pais, um marido e um primo, todos com idade acima de 18 anos.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. A fim de proteger a identidade dos participantes, os nomes foram substituídos pelas letras F para feminino e M para masculino. A pesquisa foi realizada obedecendo todos os procedimentos éticos previstos para as pesquisas com seres humanos.

Resultados e discussão

Este trabalho buscou dar voz aos familiares para que eles expressassem sua visão a respeito do dependente químico e da convivência com este. Os dados foram apreendidos, observados e discutidos à luz da psicanálise. Os resultados obtidos, até o momento, foram agrupados em quatro categorias: 1. Droga: o problema familiar; 2. A droga como um Tabu; 3. A convivência com o usuário de drogas; 4. O lugar destinado ao usuário de drogas na família.

1. Droga: o problema familiar

Assim que a entrevista se inicia e peço ao entrevistado que “conte-me sobre sua família”, praticamente todos começam a falar sobre a estrutura familiar da qual fazem parte e em seguida centralizam seu discurso em torno da droga, identificando esta como o principal problema em suas famílias.

Além de ser apontada como o problema central no seio familiar, a droga também o é na vida desses usuários, segundo seus familiares. Sem a droga o sujeito é um bom pai, uma boa esposa, um bom filho, uma boa pessoa. Percebe-se que há uma dissociação entre o sujeito usuário e não usuário. Cria-se uma divisão entre a pessoa antes e depois do uso das drogas. Antes o sujeito era bom, legal, inteligente, capaz, calmo e, assim que se torna usuário, ele passa a ser mau, chato, incapaz, brigador. A droga é vista como um elemento externo que invade a vida desse sujeito e dele se apossa, transformando-o no oposto do que ele era.

2. A droga como um Tabu.

No relato dos familiares chamou a atenção o fato da droga ilícita raramente ser nomeada. No lugar da palavra droga, maconha, cocaína, etc. o entrevistado dizia ‘essas coisas’ “*Meu marido já tem muitos anos que, que usa essas coisas e está cada dia pior*” (F1) ou porcaria “*Agora vocês que estão jovens, tem tudo na vida pra ser feliz, pra estar bem, vão usar uma porcaria dessa*” (M1). Mais ainda que nomear, o falar sobre parece ser

proibido, como se o fato de falar instigasse o dependente químico a usar a droga. Quando é possível e permitido falar sobre o assunto, o que permeia o discurso é o preconceito e o moralismo.

3. A convivência com o usuário de drogas.

Através do discurso dos familiares, podemos inferir que a droga é apresentada por todos como um problema familiar, porém, ela proporciona consequências negativas e positivas para essas famílias. As consequências negativas estão relacionadas àquelas que afetam o familiar nos seus projetos de vida, dos quais ele abdica para cuidar do dependente e àquelas que produzem sintomas físicos e psíquicos em outros familiares. De outro lado, aparecem as consequências positivas, tal como no exemplo a seguir, em que a droga serve como elemento aglutinador *“Então pelo menos uma coisa boa serviu. Ele passou a se interessar assim pra mim. Ele era meio distante, da minha família mesmo, ele era mais ligado assim” (M3)*. Com isso, é possível pensar que a droga apesar de gerar sofrimento e angústia, ela serve como um elemento que estabelece e mantém relações e possibilita algum ganho para os sujeitos implicados com o dependente.

Observou-se uma diferença no discurso sobre a convivência familiar com o usuário quando este possui outros problemas de saúde que não somente a dependência química. Nesses casos não foram citados sérios problemas no relacionamento entre os familiares. O que aparece é a droga prejudicando a vida do próprio usuário e, por conseguinte o afetamento da família em consequência disso.

4. O lugar destinado ao usuário de drogas na família.

Foi possível identificar o lugar que o usuário ocupa nas famílias entrevistadas, com base na forma como o familiar apresenta o usuário e o insere em seu discurso. Para tanto foi realizada uma varredura nas falas buscando identificar se o usuário aparecia como sujeito do desejo e atuante ou não, ou seja, se havia discursos diretos ou indiretos nos quais o familiar possibilitava a manifestação do usuário.

Percebeu-se que na maioria das entrevistas aparecem discursos diretos e indiretos indicando o desejo do sujeito e possibilitando que o usuário tenha voz e expresse o que pensa e sente. Porém, em três casos o familiar relatava apenas o seu desejo, não havia lugar para o

usuário. Esse movimento pode indicar a anulação do usuário, pois o seu desejo e possibilidade de decisão e escolha são impedidos pelo familiar de se realizarem.

Pode-se concluir que, embora haja nos discursos fragmentos que coloquem o dependente no lugar de sujeito, a partir do discurso total de cada familiar, fica evidente que o dependente não é visto como responsável por sua experiência inicial com a droga. Na fala dos familiares não existe um usuário que decidiu usar a droga. Esta aparece como algo externo ao sujeito e que se apossou dele. A forma como os familiares organizam seu discurso, dá a entender que a pessoa é tomada pela droga de forma abrupta, sem poder escolher, e conseqüentemente, não possui responsabilidade sobre isso. Todavia, se por um lado o usuário não é responsabilizado por experimentar a droga e se tornar dependente dela, por outro lado, ele aparece nos discursos como um sujeito, no momento em que procura uma forma de se livrar da droga, um tratamento.

Conclusão

Esta pesquisa ainda não foi concluída, portanto o conteúdo deste trabalho é uma parcela dos resultados obtidos por meio das entrevistas realizadas. O primeiro objetivo alcançado diz respeito à compreensão de como o familiar descreve a convivência na família com o usuário de álcool e/ou drogas. Podemos concluir que, para os entrevistados, conviver com um usuário de drogas implica na renúncia de alguns projetos pessoais e, em alguns casos, na produção de sintomas físicos e psíquicos em outros membros da família. Contudo, o usuário de drogas pode proporcionar alguns ganhos familiares, tal como a aproximação de seus membros. Quanto ao lugar e função designados ao usuário de drogas nas famílias entrevistadas, pode-se perceber que este ocupa um lugar de quem necessita de cuidado e proteção e que é visto como sujeito do desejo e responsável por suas escolhas, somente no momento de procura por tratamento. Todavia, não é em todos os casos que isso acontece. E por último, conclui-se que a droga é apresentada como o principal problema na convivência familiar e que é ela a responsável pelas grandes infelicidades e dificuldades dessas famílias.

Referências

Bertalanffy L. (1976). Teoria geral dos sistemas: aplicação à psicologia. In: Bertalanffy L et al., Editor. *Teoria dos sistemas*. Rio de Janeiro: FGV, 1976.

Kalina, E. & Kovadloff, S. (1980) *Drogadicção: individuo, família e sociedade* (3ª Ed). Rio de Janeiro, Francisco Alves.

Minayo, M.C.S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (10ª Ed). São Paulo, Hucitec.

Olievenstein, C. (1983). *A vida do toxicômano*. Rio de Janeiro, Zahar.

Sampaio, R.S. (2006). *O lugar do pai na família do dependente de drogas*. Dissertação de Mestrado, PUC-Rio, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Apresentação 4

USUÁRIOS E FAMILIARES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: CRENÇAS SOBRE CONTATO, SENSações E IMPORTÂNCIAS NO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Adriana Manrique Tomé*
Paola Biasoli Alves

Introdução

Drogas ou tóxicos são substâncias naturais ou sintéticas que causam mudanças psíquicas e comportamentais quando usadas, sendo que seu principal efeito é a alteração no Sistema Nervoso Central (SNC), modificando as sensações, o humor e/ou as percepções orgânicas, sendo que cada grupo de substância possui características e efeitos diferentes, variando conforme a substância química utilizada, o contexto em que ocorre o uso e as intenções do usuário (Bucher, 1991a, 1991b, 1992, 1003; Diehl, Cordeiro, Laranjeira, 2011).

Historicamente, em todas as sociedades há relatos de consumo de drogas, seja para fins sociais, medicinais, religiosos, culturais ou psicológicos. Estas finalidades de consumo não representavam perigo à comunidade, sendo vistos como fenômenos culturais. Para citar alguns exemplos do uso de drogas como sendo histórico e cultural: as bebidas alcoólicas são as drogas mais antigas de que se tem registro, já estando presente nas grandes culturas do Oriente Médio e documentos egípcios antigos já registravam o uso de vinho e cerveja. Na China, a papoula, planta que oferece o ópio, era um símbolo nacional, trazendo, simbolicamente, uma “adoração das forças sobrenaturais, um compromisso social profundo, sendo que os referidos cultivos e consumo participam da vida cultural da população como peça fundamental” (Bucher, 1991a, p. 22). Na Grécia antiga o uso do ópio era divino enquanto símbolo mitológico poderoso, sendo considerado como uma dádiva dos deuses destinados a acalmar os enfermos. Na Malásia, o ópio é usado contra dores nas enfermidades somáticas, além de tranqüilizante e pelas suas propriedades euforizantes. É também utilizado como instrumento de relaxamento e de sociabilidade, sendo consumido em agrupamentos populares. A coca é uma espécie de arbusto que cresce em partes da América do Sul, especialmente nas regiões andinas. Suas folhas são mastigadas pelo menos há 4 mil anos,

principalmente pelas populações indígenas. Este hábito, conhecido como ‘coquear’, não é a única função social desta planta: “ela ocupa um lugar de destaque na cosmologia, na esfera comunitária e ritual dessas populações” (Bucher, 1991a, p. 23). Mastigar a folha da coca tem por objetivo, antes de mais nada, evitar o cansaço, considerável devido à altitude dos Andes; evitando assim, as sensações de sede e de fome, e ajudando a suportar o frio, muitas vezes intenso. A cafeína é um composto químico muito usado em nossa sociedade, sendo encontrada em uma grande quantidade de alimentos, como chocolate, café, guaraná, cacau e chá-mate e que estimula o sistema nervoso, favorecendo o estado de alerta.

Com as mudanças sociais, políticas e econômicas, além dos avanços tecnológicos e dos meios de comunicação houve modificações nas interações sociais e os modos de convivência, além de novas substâncias químicas e o fácil acesso a elas. Para alguns estudiosos (Bucher, 1991a, 1991b, 1992, 1993, 1996; Bergeret & Lebranc, 1991; MacRae, s.n.) nas sociedades industrializadas e de alta concentração urbana, o nível do consumo de drogas representa um indicador do desequilíbrio, nas suas interações, na insatisfação dos cidadãos quanto à sua existência e angústias associadas a diferentes demandas. Segundo Bucher a:

carência de modelos referenciais, a falta de líderes responsáveis, a crise moral de valores e normas, a perda de credibilidade dos políticos e das autoridades e outros fatores provocam uma sensação angustiante de desamparo, de ausência de sentido e firmeza e de instabilidade, reforçada pelo desequilíbrio econômico, pela pressão da miséria, do desemprego, da migração e da pauperização contínua de amplas faixas da população (1996, p. 15).

Estudos mostraram que, além do uso por prescrições médicas, existem três funções sociais básicas para o consumo de drogas: 1) superar a angustia existencial, pois permite que o usuário “esqueça” seus problemas cotidianos/rotineiros, 2) buscar pela transcendência, com a pretensão de superar seus limites e entrar em contato com forças superiores; e 3) a obtenção de prazer (Bucher, 1991a, p.18).

Observa-se que os motivos para o uso de drogas estão associados às fugas e evitações, principalmente do desprazer: aliviar dores, tensões, angústias ou depressões. Muitas vezes os fatores de evitação têm uma relação com o que lhes é externo: pressão de

peessoas ou grupos, situações econômicas e educacionais, etc. Pensar se o problema das drogas é de origem social ou individual é enfatizar a dicotomia dualista, deve-se pensar no indivíduo e sociedade como extremidades de um contínuo: o que acontece na sociedade afeta o indivíduo, e vice-versa, e não separadamente.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2004) existe a distinção entre dois tipos padrões de uso: o uso de risco, em que o uso é ocasional, repetido ou persistente, podendo ocasionar futuros riscos à saúde física e mental do usuário; e o uso prejudicial, em que o uso é continuado e já está causando danos à saúde, física e mental do indivíduo, assim como tendo repercussões em suas relações sociais.

No Brasil, a atual Política de Atenção Integral ao usuário de Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, apresenta as substâncias lícitas - álcool e o tabaco - como as substâncias mais consumidas em todos os segmentos sociais, sendo seguidas em grande diferença percentual pelas substâncias conhecidas como ilícitas – maconha, cocaína, pasta base, entre outros. Alguns estudos (Jorge, 2002; Silva, 2008; Cortez, & Baltieri, 2011) associam o uso de substâncias psicoativas, principalmente o álcool a comportamentos anti sociais como os acidentes de trânsito, prática de violência doméstica, homicídios e inconstância em atividades laborais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) calcula que 50% dos danos relacionados ao consumo de substâncias são feitas por pessoas que não são classificadas como alcoolistas ou consumidores prejudiciais, mas que, pelas consequências da ingestão de bebidas alcoólicas, causaram algum dano a si ou outrem.

No Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS ad) são instituições públicas de saúde participantes do programa de tratamento antimanicomial. O ingresso na instituição pode se dar conforme a demanda própria do usuário ou por demanda judicial, associada à Justiça Terapêutica que é uma das medidas judiciais adotadas pelo sistema judiciário brasileiro que implica na aplicação e o monitoramento de um tipo de pena-tratamento onde o poder judiciário encaminha os usuários de substâncias psicoativas, como parte do cumprimento das medidas legais, a realizarem o tratamento com o propósito de se livrar do uso. Encaminhado para o tratamento o usuário deve cumprir a frequência e participar das atividades propostas pela instituição segundo o seu plano terapêutico individual. As pessoas em tratamento por demanda própria caso venham a abandonar o serviço não sofrem punições formais, já no caso das que estão pela Justiça

Terapêutica, caso venham a abandonar o tratamento, a equipe profissional da instituição encaminha um relatório ao juiz e este último se encarregará das punições formais.

Dentro da instituição, o tratamento aos quais os dois grupos são submetidos é o mesmo, sendo diferenciado conforme o seu plano terapêutico individual: participação em grupos, atendimentos individuais com diferentes áreas profissionais, além da participação da família no tratamento.

Nos contextos de abuso de substâncias psicoativas, atualmente, observa-se o quão é importante a família no papel tanto de co-autora no surgimento do abuso de drogas quanto de criadora de possibilidades de intervenção e saúde, junto aos CAPS ad, na permanência e tratamento dos usuários, partindo do princípio de que as relações com a família e outros contextos da pessoa podem ser saudáveis ou adoecidas, sendo o último caso, facilitador ao uso de drogas (Azevedo, & Miranda, 2010; Bernardi, & Oliveira, 2012; Cavalcante, Alves, & Barroso, 2008; Guimarães, Hochgraf, Brasiliano, & Ingberman, 2009; Schenker, & Minayo, 2003; Souza, & Kantorski, 2009).

Os contextos pelos quais transitam a pessoa, incluindo a família, estão interligados, de forma que a mudança acontecendo em um deles, trás reflexos na mudança do outro (Schenker, & Minayo, 2003; Souza, & Kantorski, 2009). A participação da família no tratamento de usuários de SPA se dá como um apoio no tratamento, mas também como um suporte para a volta diária deste aos meio sociais (Azevedo, & Miranda, 2010; Cavalcante, Alves, & Barroso, 2008). O preparo da família se dá também para as possíveis recaídas do usuário, para que esta não o marginalize, para que se mobilize e forme com o usuário uma aliança na busca de sua recuperação.

Objetivos

Mostrar um quadro descritivo com as expressões de usuários em tratamentos e seus respectivos familiares de um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS ad) quanto a contato, as sensações, as motivações, as imagens de si durante o período de uso de drogas e a frequência em um CAPS ad e seus desdobramentos.

Método

A metodologia proposta para esse projeto trouxe procedimentos que consistiram no levantamento de dados, criação de categorias de análise e composição de quadro descritivo, valorizando-se os relatos e expressões de opinião dos participantes. Para tal, fez-se uso de sentenças incompletas.

As sentenças incompletas consistem em frases sem fim sempre escritas em primeira pessoa do singular, que o pesquisador inicia e o entrevistado dá continuidade, trazendo suas vivências e opiniões de forma direta e sucinta (Alves, 2002, p. 25). Segundo Alves e Koller (2007) e Venturini, Bazon & Biasoli-Alves (2004) os participantes receberão instruções de que “o pesquisador iria ler para ele algumas sentenças que ele deveria completar com a primeira frase que lhe viesse à cabeça, sem preocupações com a forma da resposta, ou sua exatidão, porque não havia respostas certas ou erradas”.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Julio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso sob processo de número 077/CEP – HUJM/2011 e sua aprovação final foi no dia 14/09/2011.

A coleta de dados foi feita nas dependências do CAPS ad de Várzea Grande – MT, com cinco usuários e seus respectivos familiares que estavam frequentando o grupo de família.

Todos os estudos/entrevistas foram feitos após a apresentação da pesquisadora e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, sendo as coletas gravadas em áudio e os dados posteriormente transcritos para uma maior fidedignidade dos relatos obtidos.

As análises dos dados são apresentadas de acordo com o modelo de análise de conteúdo proposta por Biasoli-Alves (1988), Alves (1998, 2002), Alves e Koller (2007) e que consiste na leitura exaustiva das respostas obtidas, seguida da criação de categorias exclusivas nas quais as respostas serão adicionadas pelos sentidos apresentados e quantificadas. Em seguida foi possível realizar a análise qualitativa, salientando aspectos da literatura e do conteúdo da fala dos participantes.

Resultados e Discussão

Na sentença 1 “Acredito que meu primeiro contato com as drogas foi...” os usuários mostraram 6 respostas, divididas em 3 categorias sendo que *curiosidade/diversão* estiveram presentes em 3 discursos, *companhia* em 1 e *idade* em 2; para os familiares a sentença “Acredito que o primeiro contato de (nome do familiar) com as drogas foi...” teve como categorias a *amizade* em dois casos, por *perda* em 1 e *não soube informar* em 2 casos.

A baixa faixa etária de início de uso, como mostrado nas entrevistas, aparece também como indício em outras pesquisas em que o primeiro contato com a substância se dá principalmente na adolescência, momento de mudanças orgânicas e psíquicas dos indivíduos, em que a curiosidade/diversão (outra categoria levantada pelos usuários) esta diretamente associada também a faixa etária, por ser na adolescência que os indivíduos vão atrás de novas experiências e formam grupos de amigos conforme características comuns (Bergeret, & Lebranc, 1991; Cavalcante, Alves, & Barroso, 2008; Hermeto, Sampaio, & Carneiro, 2010; Schenker, & Minayo, 2003, 2004).

Os familiares associam o início de uso de substâncias às amizades. Tem-se como características do grupo entrevistado que o uso de SPA se deu na adolescência, período do desenvolvimento que se tem maior valorização das amizades, e estas possuem influencia no comportamento do adolescente. A categoria de perda também esta associada à amizade, à perda de uma pessoa a quem se era muito próxima, como uma forma de escapar desta realidade (Bergeret, & Lebranc, 1991; Bucher, 1991a, 1991b, 1992, 1993, 1996; Hermeto, Sampaio, & Carneiro, 2010; Mazuca, & Sardinha, 2000; Schenker, & Minayo, 2003, 2004).

Na sentença 2 “Lembro que ao usar pela primeira vez, senti...” obtivemos 5 respostas distribuídas em 2 categorias, sendo que 4 usuários *perceberam diferenças* e 1 *não sentiu nada*; A sentença para os familiares “Lembro que ao saber que (nome do familiar) usou pela primeira vez, senti...” os famílias ao saberem do uso tiveram *reações de culpa* em 3 casos, *reação de ajuda* em 1 caso e *não soube informar* em 1 deles.

Os usuários referem à sensação de algo diferente, no entanto não sabem nomear o que é. Outros referem não ter havido mudança no primeiro uso, somente nos usos posteriores, e que esta sensação passa rápido. Esta diferença nas sensações se dá conforme a substância e quantidade utilizada e intenções do usuário (Bergeret, & Lebranc, 1991; Bucher, 1991a, 1991b, 1992, 1993, 1996).

Os familiares tiveram reação de culpa, por associarem o uso de SPA dos filhos à falha deles enquanto familiar (geralmente os pais). Houve também a tentativa de ajudar, buscando auxílio na religião e em serviços públicos, corroborando a literatura (Azevedo, & Miranda, 2010; Bergeret, & Lebranc, 1991; Bezerra, & Linhares, 1999; Bernardi, & Oliveira, 2012; Garbado, Junges & Selli, 2009; Hermeto, Sampaio, & Carneiro, 2010).

Na sentença 3 “Acredito que eu experimentei drogas porque...” os usuários trazem respostas em 4 categorias, com 5 respostas: *problemas com a família* esteve presente em 2 deles, *estresse do cotidiano* em 1, *companhia* em 1 e por *questões pessoais* em 1; para a sentença “Acredito que (nome do usuário) experimentou drogas porque...” os familiares, por sua vez, trazem respostas em 3 categorias e 6 respostas: *problemas na família* em 2 casos, *curiosidade* em 2 e *influência de terceiros* em outros 2 casos.

Os usuários referiram problemas de convívio com a família devido ao período de desenvolvimento que se encontravam – adolescência – e as mudanças que nesta ocorrem, muitas vezes não sendo aceitáveis pelos pais. A fuga do estresse cotidiano que era muito rígido. A companhia categorizada diz respeito a pessoas de confiança do usuário, ao qual este não queria magoar e então fez o uso. Autores referendados trazem estas informações em suas pesquisas (Bergeret, & Lebranc, 1991; Garbado, Junges, & Selli, 2009; Hermeto, Sampaio, & Carneiro, 2010; Mazuca, & Sardinha, 2000; Schenker, & Minayo, 2003, 2004).

Os familiares expressaram problemas na família, não reconhecendo a si, mas relacionando a outra pessoa do contexto nuclear. Houve também associação com a curiosidade por influência de terceiros como amigos ou outros conhecidos que não souberam nomear. A curiosidade enquanto categoria já foi definida anteriormente.

A sentença 4 “naquele momento o mais importante para mim era...”, foi dirigida apenas aos usuários e as respostas puderam ser divididas em 4 categorias: a *drogas em si*, com 1 resposta, a *companhia* em 1 resposta, *fazer o que era condizente com a vontade própria* em 2 casos e *nada era importante* em 1 caso.

Os usuários referiram a droga em si, como sendo o mais importante. Esta referência de retorno à substância se dá devido aos benefícios trazidos ao ser usada como prazer, relaxamento entre outros. Companhia vem aqui com referência ao uso de SPA como sendo uma prática em grupos, e não pelo uso individual. A categoria de fazer o que era de vontade própria aparece também como uma característica da adolescência em que existe uma negação

e tentativa de emancipação por parte do próprio indivíduo. A categoria nada era importante esta associada à visão negativa de si, em que se algo fosse importante para ele, não teria feito o uso de SPA, que hoje vê como prejudicial (Bergeret, & Lebranc, 1991; Bucher, 1991a, 1991b, 1992, 1993, 1996).

Na sentença 5 “continuar a usar drogas foi...” as respostas dos usuários podem ser classificadas em 3 categorias, sendo que se ver com uma *auto imagem ruim* esteve presente em 3 resposta, *culpa da família* aparece em 1 resposta e *outras respostas* com 1; para os familiares a continuidade no uso da droga se deu pela *fuga do estresse* em 2 casos, *efeito da substância* em 1; *influências* em 1 caso e *outros* em 1 caso.

Para os usuários perceber-se com a auto-imagem negativa esta associado a maneira como ele é visto pelos outros. Esta associação negativa é internalizada pelos sujeitos e influencia na adesão ou não ao tratamento. As relações conflituosas entre os usuários e seus familiares também estiveram presentes como justificativa a continuidade do uso de SPA, sendo que os usuários atribuíram a culpa ao familiar por não lhes dar o que queriam /necessitavam, e por não prover tratamento para o usuário (Bezerra, & Linhares, 1999; Garbado, Junges, & Selli, 2009; Mazuca, & Sardinha, 2000).

Os familiares admitem que os dias de hoje são muito corridos e que por isso a juventude recorre a droga como fuga do estresse. Os benefícios do uso de substancia são vistos também como responsável pela continuidade do uso. As influencias categorizadas estão ligadas também a outras pessoas fora da família, mas que fazem parte do convívio do indivíduo (Hermeto, Sampaio, & Carneiro, 2010).

Na sentença 6 “durante esse tempo eu me via como...” os usuários disseram se ver *sem problemas* em 3 casos e em 2 casos nos deram *respostas associadas à droga*; para os familiares, categorias como *preocupação* estiveram presentes em 2 respostas, *impotência* em 2 casos e *incômodo* em 1.

Ao referirem ver-se sem problemas os usuários entendem o uso de SPA como sendo algo normal, pois as outras pessoas de seu meio de convívio também fazem uso de substâncias, sem prejuízos. As categorias associadas à substância estão diretamente ligadas à forma negativa pelo qual são reconhecidas as pessoas usuários de SPA: “noiada”, “alcoólatra”, entre outros.

Os familiares se viam preocupados, impotentes por não terem percebido o uso, por

terem deixado fazer o uso e por não conseguir fazê-los enxergar que o uso não traz aspectos positivos. Também se sentiram incomodados pelo uso, pois este uso era visível no meio social que sempre retornava ao familiar pedindo que tomasse alguma atitude para o uso. Diversos autores apresentam as questões relacionadas à percepção do meio social quanto ao usuário e seus familiares (Bergeret, & Lebranc, 1991; Bernardi, & Oliveira, 2012; Bucher, 1991a, 1991b, 1992, 1993, 1996; Hermeto, Sampaio, & Carneiro, 2010).

A sentença 7 “O CAPS ad surgiu na minha vida quando...” os usuários referiram *tempo de frequência* em 3 respostas, *vontade própria* em 1 e *ordem da justiça* em 1; os familiares referiram *indicação* em 3 casos, *experiência própria* em 1 e *encaminhamento judicial* em 1.

Os usuários referiram que o CAPS surgiu nas suas vidas assim que começaram a frequentá-lo, não tendo sido de conhecimento anterior. As categorias *vontade própria* e *ordem da justiça* são formas de ingresso à instituição que, no entanto, não diferencia no tratamento recebido.

Para os familiares, o CAPS surgiu como indicação de terceiros: amigos, vizinhos, outros familiares. Por *experiência própria*, em que um familiar havia estado em tratamento e trouxe o irmão. A categoria *encaminhamento judicial* se refere à Justiça Terapêutica que é uma das medidas judiciais adotadas pelo sistema judiciário brasileiro que implica na aplicação e o monitoramento de um tipo de pena-tratamento onde o usuário de SPA é encaminhado para tratamento, como parte do cumprimento das medidas legais, a realizarem o tratamento com o propósito de se livrar do uso.

A sentença 8 “penso que o tratamento para usuários de drogas é...” os usuários *qualificaram* em 4 casos e *não soube informar* em 1 caso; os familiares por sua vez pensam que o tratamento para usuários é uma forma de *negociação*, *apoio*, que *depende do usuário*, pensam ser *efetivo* e de *condição de sucesso*, todos com 1 referencia cada.

Os usuários classificam o tratamento de forma positiva, sendo que referem sentir melhoras após terem iniciado o tratamento. Os familiares pensam que o tratamento para SPA só será efetivo se o usuário realmente tiver interesse e dedicação para seguir o que lhe for proposto. O tratamento é visto como um apoio para a abstinência, mas que sozinho não é possível, sendo necessária a responsabilização do usuário pelo próprio tratamento. O tratamento também é visto como uma forma de negociação em que usuário é submetido ao

invés de ser preso. As categorias de efetividade e condição de sucesso inclinam para o sentido de que o tratamento por si surte efeito àqueles que lhe são submetidos (Azevedo, & Miranda, 2010; Silva, 2005).

Conclusão

A família, sendo vista como representante social mais próximo ao usuário, é responsável pelo retorno deste aos meios sociais e tem papel fundamental (mas não principal) na continuidade dada ao tratamento. Sendo assim vê-se como necessário que usuários e familiares tenham visões convergentes a respeito do uso de substâncias psicoativas e que saibam mediar os conflitos em suas relações.

Percebe-se, no grupo estudado, que quando o assunto é o uso de substâncias psicoativas, usuários e familiares não se conhecem, o que desfavorece a ajuda mútua. Vê-se o conflito latente entre usuários e seus familiares, sendo a família reconhecida como presente no início do uso de SPA, mas não vista como auxiliar no tratamento.

Referências

Alves, P. B., & Koller, S. H. (2007). *Completar Sentenças: uma proposta lúdica e rigorosa para pesquisa em Psicologia*. Manuscrito não publicado, Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

American Psychological Association. (2001). *Manual de publicação da American Psychological Association*. (4ª ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

Azevedo, D. M., & Miranda, F. A. N. (2010). Práticas Profissionais e Tratamento Ofertado nos CAPS ad do município de Natal – RN: com a palavra a família. *Revista de Enfermagem*, 14 (1), 56-63.

Bergeret, J., & Lebranc, J. (1991). *Toxicomanias uma visão multidisciplinar*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Bernardi, C. C. F., & Oliveira, M. L. F. (2012). Uso de Drogas por Jovens Infratores: Perspectiva da família. *Ciência Cuidado e Saúde*, 11, 168 – 175.

Bezerra, V. C., & Linhares, A. C. B. (1999). **A Família, o adolescente e o uso de drogas**. In: Schor, N., Mota, M. S. F. T. & Branco, V. C. (Org.). *Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 184-196. Recuperado em 29 de maio, 2012,

de <http://www.abmp.org.br/textos/340.htm>

Biasoli-Alves, Z. M. M. (1988). Intersecções das abordagens quantitativas e qualitativas. Em Souza, D. G., Otero, V. R., & Biasoli-Alves, Z. M. M. (Orgs.) *Anais da 18ª Reunião anual de Psicologia da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto*, 487-489.

Brasil. (2004a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde*. 2.ed. rev. ampl.– Brasília:Ministério da Saúde..

_____ (2004b). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde*. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde.

_____ (2004c). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília: Ministério da Saúde.

_____ (2005a). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004*.

_____ (2005b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília.

Bucher, R. (1991a). *Prevenção ao uso indevido de Drogas*. Volume 1. (2ª.ed.) Brasília, DF: Editora Universal de Brasília.

_____ (1991b). *Prevenção ao uso indevido de Drogas*. Volume 2. (2ª.ed.) Brasília, DF: Editora Universal de Brasília.

_____ (1992). *Drogas e Drogadição no Brasil*. Porto Alegre, RS: Artmed.

_____ (1993). *A Droga à luz da razão*. (1ª.ed.). São Paulo, SP: Secretaria da justiça e da defesa da cidadania e conselho estadual de entorpecentes.

_____ (1996). *Drogas e Sociedade nos tempos da AIDS*. Brasília, DF: Editora Universal de Brasília.

Carlini, E. A., Galguroz, J. C. F., Noto, A. R., & Nappo, S. A. (2002). *I*

Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País – 2001. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo.

Cavalcante, A. B. P. T., Alves, M. D. S., & Barroso, M. G. T. (2008). Adolescência, Álcool e Drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. *Revista de Enfermagem*, 12 (3), 555-59.

Corradi-Webster, C. M., Minto, E. C., Aquino, F. M. C., Abade, F., Yosetake, L. L., Gorayeb, R., Laprega, M. R., & Furtado, E. F. (2005). Capacitação de Profissionais do Programa de Saúde da Família em Estratégia de Diagnóstico e Intervenções Breves para o Uso Problemático de Álcool, *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 1(1), 1-10.

Cortez, F. C. P., & Baltieri, D. A. (2011). Consumo Nocivo de Álcool e Violência. *Revista de Criminologia e Ciências Penitenciárias*, 1(2).

Diehl, A., Cordeiro, D. C., Laranjeira, R. (org). (2011). *Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas.* Porto Alegre: Artmed.

Fiorelli, J. O., Fiorelli, M. R. & Malhadas, M. J. O. (2008). *Psicologia Aplicada ao Direito.* (2ª. ed.). São Paulo, SP: LTR.

Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., Nappo, S. A., & Carlini, E. A. (2005). Uso e Drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13, 888-895.

Galduróz, J. C. F., & Caetano, R. (2004). Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 3-6.

Garbado, R. M., Junges, J. R. & Selli, L. (2009). Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 91-97.

Gil, A. C. (2009). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa.* (4ª.ed.). São Paulo, SP: Atlas.

Guimarães, A. B. P., Hochgraf, P. B., Brasiliano, S., & Ingberman, Y. K. (2009). Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. *Revista Psiquiatria Clínica*, 36(2), 69 -74.

Hermeto, E. M. C., Sampaio, J. J. C., & Carneiro, C. (2010). Abandono do uso de drogas ilícitas por adolescentes: importância do suporte familiar. *Revista Baiana de Saúde*

Pública, 34(3), 639-652.

Jorge, M. H. P. M. (2002). Violência como problema de Saúde Pública. *Ciência e Cultura*, 54(1). Recuperado em 30 de maio, 2012, de http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252002000100024&script=sci_arttext

MacRae, E. (s.n.). *Abuso de drogas: Problema pessoal ou social?* Manuscrito não Publicado.

Manzini, E. J. (s.n.) *Entrevista Semi-Estruturada: Análise de Objetivos e de Roteiros*. Manuscrito não Publicado

Mazuca, K. P. P., & Sardinha, L. S. (2000). Dependência do Álcool: a importância da família no tratamento e na prevenção de recaída. *Revista do Programa de Iniciação Científica*. (sem edição), 10-12

Meloni, J. N., & Laranjeira, R. (2004). Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 26, 7-10.

Moraes, M. (2008). O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepção de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 121-133.

Pinho, P. H., Oliveira, M. A., & Almeida, M. M. (2008). A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Revista Psiquiatria Clínica*, 35, 82-88.

Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 8(1), 299 – 306.

Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2004). A importância da família no uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Caderno de Saúde Pública*. 20(3), 649 – 659.

Silva, M. B. B. (2005). Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, 15(1), 127-150.

Souza, J., & Kantorski, L. P. (2009). A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 43(2), 373 – 383.

Zaleski, M., Laranjeira, R. R., Marques, A. C. P. R., Ratto, L., Romano, M., Alves, H. N. P., Soares, M. B. M., Abelardino, V., Kessler, F., Brasiliano, S., Nicastri, S., Hochgraf,

P. B., Gigliotti, A. P., & Lemos, T. (2006). Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 28(2), 142-148.