UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

As Representações Sociais do uso de drogas entre familiares de usuários em tratamento

Priscila de Lima Silva

Orientação: Prof. Dr. Antônio Marcos Chaves

Salvador
2007

PRISCILA DE LIMA SILVA

As Representações Sociais do uso de drogas entre familiares de usuários em tratamento

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Cognição e Representações Sociais

Orientador: Prof. Dr. Antonio Marcos Chaves

Salvador

2007

TERMO DE APROVAÇÃO

As Representações Sociais do uso de drogas entre familiares de usuários em tratamento

Priscila de Lima Silva

BANCA EXAMINADORA

_____
Profa. Dra. Mirian Santos Paiva

_____
Profa Dra Marilena Ristum

_____
Prof. Dr. Antonio Marcos Chaves (orientador)

Dissertação defendida e aprovada: ___/___/____

Às famílias que convivem com o uso de drogas.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal da Bahia e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia por proporcionarem a oportunidade de ampliar os meus conhecimentos e aprimorar a minha experiência em pesquisa.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização deste estudo.

Ao Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas (CETAD) e ao Centro de Assistência Psicossocial em Álcool e Drogas (Caps AD) pela disponibilidade para auxiliar na construção do conhecimento científico, abrindo suas portas e tornando possível a realização desta pesquisa.

A todos os profissionais de ambas as instituições. Em especial, a Gisele, Georgina e Amanda do Caps AD; a Isa e Tereza do CETAD que me deram suporte e facilitaram o desenvolvimento do meu o trabalho.

A Marlize Rêgo por me permitir uma experiência ímpar ao assistir sua desenvoltura e sabedoria no exercício do seu trabalho; por sua sensibilidade, por seu jeito peculiar e por suas preciosas contribuições que foram fundamentais para a concretização deste trabalho; por ter se tornado, além de tudo, uma amiga.

A todos os professores do Mestrado que com características singulares contribuíram de formas diversas, permitindo um diálogo entre os diferentes saberes.

À Prof. Dra. Marilena Ristum pelas cuidadosas e relevantes pontuações durante o processo de troca nos Seminários de Qualificação, compartilhadas e expostas com gentileza.

Ao Prof. Dr. Antônio Marcos Chaves por me iniciar no grande desafio em que consiste a pesquisa científica; pela paciência e serenidade em acompanhar a minha forma

peculiar de produzir e escrever; pela disponibilidade em acolher as minhas dúvidas, incertezas e dificuldades ao longo do processo; por sua imensa flexibilidade que permite integrar as grandes contradições na produção do conhecimento em Ciências Humanas, sem perder o rigor exigido na Academia; por sua sensibilidade que permite desenvolver a autonomia e reflexão crítica em uma atmosfera de afeto e cuidado.

Aos meus colegas do mestrado pela convivência acolhedora e solidária.

A Delma pela assessoria diante dos recursos tecnológicos.

A Lia pela imensa generosidade em compartilhar seu potencial e suas habilidades com doçura e senso de humor.

A todas as minhas amigas em especial Juli, Claudão, Mari, Xinho, Dani e Samai que estiveram ao meu lado, me apoiando nos momentos difíceis que se misturaram com a trajetória do mestrado; por conseguirem respeitar o afastamento necessário e se fazerem presentes mesmo quando ausentes.

Aos meus pais e meu irmão pelo apoio, pela cumplicidade e por acreditarem no meu potencial e realização.

A Deus, grande sabedoria e força, que me permitiu concluir esta difícil etapa da minha existência, encontrando esperança e alegria apesar de alguns dissabores do caminho.

À vida que em sua plenitude merece ser sempre celebrada.

Paciência

Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma
até quando o corpo pede um pouco mais de alma
a vida não para
enquanto o tempo acelera e pede pressa
eu me recuso faço hora vou na valsa
a vida tão rara
enquanto todo mundo espera a cura do mal
e a loucura finge que isso tudo é normal
eu finjo ter paciência
o mundo vai girando cada vez mais veloz
a gente espera do mundo e o mundo espera de nós
um pouco mais de paciência
será que é o tempo que me falta pra perceber
será que temos esse tempo pra perder
e quem quer saber
a vida é tão rara (tão rara)
mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma
mesmo quando o corpo pede um pouco mais de alma
eu sei, a vida não para(a vida não para não)
será que é tempo que me falta pra perceber
será que temos esse tempo pra perder
e quem quer saber
a vida é tão rara (tão rara)
mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma
até quando o corpo pede um pouco mais de alma
eu sei, a vida não para, a vida não para não...

(Lenine, cantor e compositor brasileiro)

RESUMO

Silva, Priscila de Lima. *As Representações Sociais do uso de drogas entre familiares de usuários em tratamento*. Salvador, 2007. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal da Bahia.

Trata-se de um estudo fundamentado na Teoria das Representações Sociais. O objetivo foi identificar o conteúdo e a estrutura da representação social do uso de drogas e descrever como a aproximação ao saber técnico-científico, através do tratamento, contribui para a reformulação desta representação entre familiares de usuários de drogas que buscam suporte em duas instituições especializadas, de Salvador (BA), no tratamento de adictos. Utilizou-se de abordagens metodológicas qualitativas e quantitativas complementarmente na coleta de dados, fazendo-se uso de diferentes técnicas: rede associativa, entrevista semi-estruturada, observação participante nas sessões de terapia de grupo para familiares em uma das instituições, diário de campo e um questionário sócio-demográfico. Os dados da rede associativa foram analisados pelo software EVOC 2005 e as entrevistas semi-estruturadas foram analisadas utilizando a técnica de análise de conteúdo. Foram participantes da pesquisa dois grupos: Grupo 1, dez familiares que estavam iniciando o tratamento e Gupo 2, dez familiares em tratamento há, pelo menos, três meses. Os resultados mostram que ocorre um processo de reconstrução das representações sociais. O campo representacional relacionado ao uso de drogas, na presente pesquisa, se desenvolve em torno de três eixos principais: as conseqüências do uso de drogas sobre o indivíduo, o usuário como pessoa e o usuário como membro da família. Observa-se que os participantes do Grupo 1 têm uma compreensão do uso de drogas praticamente restrita ao binômio pessoa-droga, enfatizando com maior freqüência os efeitos farmacológicos e o potencial negativo da substância. No Grupo 2, podemos observar uma maior diversidade nos discursos. A transformação inicia-se por uma introdução de maior complexidade na compreensão do vínculo pessoa-droga. As modificações começam pelo questionamento do enfoque sobre a substância. Os participantes que iniciam com uma representação de dependência de drogas, foco na substância, depois oscilam para a dependência, enquanto uma doença, foco no indivíduo considerado doente. Aos poucos, amplia-se a perspectiva, inserindo-a em uma dinâmica relacional, na qual tanto o sujeito como as drogas têm implicações significativas para que o vínculo abusivo se cristalize. Durante o processo de tratamento o discurso pronto e generalista muda para a busca de significados específicos para a adicção do familiar, reconhecendo as singularidades de cada caso. Introduzem o contexto familiar, como mais uma dimensão que está inter-relacionada com o fenômeno em estudo. Há uma reelaboração do papel da família. Desconstroem a idéia de que são os únicos responsáveis pela superação da adicção do familiar. Passam a compreender o papel do acolhimento e do suporte como necessários e efetivos, compreendendo os limites da sua ação, em relação ao outro. Essa compreensão não foi observada, plenamente em todas as participantes do Grupo 2. As diferenças entre os tempos de tratamento mostram as mudanças e permitem acompanhar o trajeto complexo no desenvolvimento de uma nova representação e novos comportamentos. Ajustes para ancorar novas informações e valores foram percebidos nos elementos periféricos. Nas análises do Grupo 2, enquanto uma totalidade, não podemos descrever uma nova representação social, compartilhada em torno de elementos centrais, mas indicam as oscilações no processo sutil de reconstrução das representações sociais do uso de drogas entre os familiares que recorrem ao tratamento. Comparando os dois grupos, identificamos tendências diferenciadas. No Grupo 1, o modelo explicativo fica restrito à farmacologia da substância ou a questões do indivíduo. A família aparece de forma superficial e periférica. No Grupo 2, inclui-se a perspectiva do contexto familiar. No Grupo 1, as conseqüências que se destacam são comportamentos delinqüentes ou a morte. No Grupo 2, as conseqüências são relativas ao tipo de uso e droga consumida. No Grupo 1, a família é a única responsável pela superação da adicção. No Grupo 2, o acolhimento e suporte são mais desenvolvidos e, aos poucos, surge o reconhecimento do limite entre a ajuda que quer ser dada e a que pode ser recebida. As expectativas em relação às intervenções terapêuticas, no Grupo 1, aparecem como possibilidades de encontrar respostas precisas e soluções rápidas para a superação do uso de drogas do familiar. No Grupo 2, durante o percurso no tratamento, se deparam com a necessidade do envolvimento e esforço para poder encontrar estratégias próprias para lidar com questões específicas e únicas. Nesse momento, compreendem a importância do suporte técnico dos profissionais. No Grupo 1 e no Grupo 2 está presente a dinâmica afetiva oscilante entre raiva e rejeição, em um pólo, e a culpa, em outro pólo. Contudo, no Grupo 2, para alguns participantes, a partir da aceitação que a escolha por interromper o consumo cabe ao usuário e que independe do seu desejo ou atitude, permite, entre os familiares, um posicionamento que possibilita suporte com afeto e limite.

Palavras-chave: representações sociais, família, droga e usuário de droga.

ABSTRACT

Silva, Priscila de Lima. Social Representations of drug use among relatives of users in treatment. Salvador, 2007. Department of Psychology. Post-Graduation Program in Psychology. Federal University of Bahia.

This is a study grounded by the Theory of Social Representations. The aim was to identify the content and structure of the social representation of drug use and to describe how the contact with technical-scientific knowledge, through treatment, contributes to reformulate this representation among relatives of drug users who seek for assistance in two institutions in Salvador (BA) specialized in treating the addiction. Qualitative and quantitative methodological approaches were used, one complementing each other in data collection. The following techniques were utilized: associative networks, semi-structured interview, participant observation in group therapy sessions to drug users´ relatives in one of the institutions, field diary and a social-demographic questionnaire. The data from the associative network were analyzed by software EVOC 2005 and the interviews, using content analysis technique. Two groups took part in the research: Group 1, ten relatives who were initiating the treatment and Group 2, ten relatives who had been in treatment for at least three months. The results show that a process of reconstructing the social representations occurs. The representational field related to drug use, at the present research, develops along three basic axes: the consequences of drug use on the individual, the user as a person and the user as a family member. We observe that in Group 1 participants have an understanding of drug use almost totally restricted to the binomial person-drug, emphasizing more often the pharmacological effects and the substance´s negative potential. In Group 2, we can observe a greater diversity on speeches. This transformation begins by introducing more complexity at the comprehension of the person-drug bond. The changing starts by questioning the focus on the substance. The participants who begin with a drug dependence representation, focus on substance, then tend to dependence as an illness, focusing on the individual who is considered ill. Bit by bit, this perspective is broadened and turned into a relational dynamics, in which not only the person but also the drug has meaningful implications at the crystallization of the abusive bond. During the treatment process, the ready-made general speech changes to searching for specific meanings to the family member´s addiction, recognizing the singularities of each case. These meanings introduce family context as one more dimension inter-related to the phenomenon in study. Family role is re-elaborated, and the idea that they are the only responsible for their relative overcoming the addiction is deconstructed. They start to understand the roles of reception and support as necessary and effective, understanding the limits of their action, related to the other. This comprehension was not fully observed on all Group 2 participants. The differences between stages of treatment show changes and allow us to follow the complex path of developing a new representation and new behaviors. Adjustments to anchor new information and values were noticed in peripherical elements. In Group 2 analysis, as a whole, we cannot describe a new social representation shared by central elements, but the oscillations at the subtle process of reconstructing social representations of drug use among family members who appeal to treatment. Comparing the two groups, two distinct tendencies were identified. In Group 1, the explanatory model is restricted to the substance´s pharmacology or individual issues. The family appears in a peripherical superficial way. In Group 2, family context perspective is included. In Group 1, the main consequences perceived are criminal behaviors or death. In Group 2, the consequences are related to the kinds of use and drug consumed. In Group 1, the family is the only responsible for overcoming the addiction. In Group 2, reception and support are more developed, and bit by bit the limit between the help a person wants to give and the help a person can receive is acknowledged. Expectations related to therapeutical interventions in Group 1 appear as possibilities to find precise answers and rapid solutions to overcoming the relative´s drug use. In Group 2, during the course of treatment, people face the need to get involved and put efforts into finding their own strategies to deal with specific and unique questions. At this moment, they understand the importance of professionals´ technical support. In Groups 1 and 2, it is possible to see the affective dynamics oscillating between anger and rejection on one pole, and guilt, on the other. However, in Group 2, to some participants, when they accept that the choice to interrupt the consumption is the user´s and it doesn´t depend on their wish or attitude, this allows the family members to support their relatives with affection and boundaries.

Keywords: social representations, family, drug and drug user.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Quadro de quatro casas para ordem de evocação do Grupo 1, em relação à palavra indutora “droga” 88

Figura 2 - Quadro de quatro casas para ordem de importância do Grupo 1, em relação à palavra indutora “droga” 89

Figura 3 - Quadro de quatro casas para ordem de evocação do Grupo 2, em relação à palavra indutora “droga” 89

Figura 4 - Quadro de quatro casas para ordem de importância do Grupo 2, em relação à palavra indutora “droga” 90

Figura 5 - Quadro de quatro casas para ordem de evocação do Grupo 1, em relação à palavra indutora “usuário de droga” 99

Figura 6 - Quadro de quatro casas para ordem de importância do Grupo 1, em relação à palavra indutora “usuário de drogas” 100

Figura 7 - Quadro de quatro casas para ordem de evocação do Grupo 2, em relação à palavra indutora “usuário de drogas” 100

Figura 8 - Quadro de quatro casas para ordem de importância do Grupo 2, em relação à palavra indutora “usuário de drogas” 101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Palavras complementares evocadas para *droga* nas categorias *Sentimentos, Relações Familiares e Conseqüências* no Grupo 1 91

Tabela 2 - Tabela de categorias do Grupo 1 para a palavra estímulo *droga* 92

Tabela 3 - Palavras complementares evocadas para *droga* nas categorias *Sentimentos, Relações Familiares e Conseqüências* no Grupo 2 93

Tabela 4 - Tabela de categorias do Grupo 2 para a palavra estímulo *droga* 96

Tabela 5 - Palavras complementares evocadas para *usuário de drogas* nas categorias *Conseqüência e Avaliação* no Grupo 1 103

Tabela 6 - Palavras complementares evocadas para *usuário de drogas* nas categorias *Conseqüências e Avaliação* no Grupo 2 104

Tabela 7 - Tabela de categorias do Grupo 1 para a palavra estímulo *usuário de drogas* 105

Tabela 8 - Tabela de categorias do Grupo 2 para a palavra estímulo *usuário de drogas* 106

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 14

1 **O FENÔMENO DAS DROGAS: MAIS DÚVIDAS DO QUE CERTEZAS** 26

2 **A FAMÍLIA E SUAS INTERSEÇÕES COM O CONSUMO DE DROGAS DE SEUS MEMBROS: CAMINHANDO PARA A RESPONSABILIDADE MÚTUA** 38

3 **A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: DA ESTRUTURA AO PROCESSO, DO INDIVIDUAL AO SOCIAL, UMA BUSCA PARA INTEGRAR POLARIDADES** 56

4 **METODOLOGIA** 70

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA 70

4.2 ASPECTOS GERAIS 71

4.3 OS CONTEXTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS 72

4.4 PARTICIPANTES 74

4.5 INSTRUMENTOS 81

4.5.1 REDE ASSOCIATIVA 81

4.5.2 ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA 82

4.5.3 QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO 82

4.5.4 OBSERVAÇÃO NO “ESPAÇO FAMÍLIA” 83

4.5.5 ANÁLISE DO LIVRO DE REGISTROS DA *INSTITUIÇÃO B* 83

4.6 COLETA DE DADOS 83

4.7 ANÁLISE DE DADOS 85

4.7.1 REDE ASSOCIATIVA 85

4.7.2 ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA 86

4.7.3 QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO 87

4.7.4 DIÁRIO DE OBSERVAÇÕES 87

5 **RESULTADOS DA REDE ASSOCIATIVA** 88

5.1 COMPARANDO O QUADRO DE QUATRO CASAS PARA A PALAVRA ESTÍMULO *DROGA* 88

5.2 COMPARANDO AS CATEGORIAS A PARTIR DAS EVOCAÇÕES DA PALAVRA *DROGA* ENTRE OS GRUPOS 90

5.2.1 OS SENTIMENTOS 91

5.2.2 AS RELAÇÕES FAMILIARES 93

5.2.3 AS CONSEQÜÊNCIAS DO USO DE DROGAS 94

5.2.4 AS JUSTIFICATIVAS PARA O USO DE DROGAS 95

5.2.5 OS EFEITOS DAS DROGAS 96

5.2.6 AVALIANDO A DROGA 97

5.2.7 DEMAIS CATEGORIAS 97

5.3 INTEGRANDO AS CATEGORIAS GERADAS A PARTIR DA EVOCAÇÕES PARA A PALAVRA *DROGA* ENTRE OS GRUPOS 98

5.4 COMPARANDO O QUADRO DE QUATRO CASAS PARA A PALAVRA ESTÍMULO *USUÁRIO DE DROGA* 99

5.5 COMPARANDO AS CATEGORIAS A PARTIR DAS EVOCAÇÕES DA PALAVRA *USUÁRIO DE DROGA* ENTRE OS GRUPOS 102

5.5.1 OS SENTIMENTOS 102

5.5.2 AS CONSEQÜÊNCIAS DO USO DE DROGAS 102

5.5.3 AS JUSTIFICATIVAS PARA O USO DE DROGAS 104

5.5.4 AVALIANDO O USUÁRIO DE DROGA 106

5.5.5 O EFEITO DAS DROGAS 107

5.5.6 A SUPERAÇÃO DA QUESTÃO 107

5.5.7 DEMAIS CATEGORIAS PARA O GRUPO 2 108

5.6 INTEGRANDO OS DADOS PARA AMBAS AS PALAVRAS ESTÍMULOS (*DROGA* E *USUÁRIO DE DROGA*) ENTRE OS GRUPOS 109

6 **RESULTADOS DAS ENTREVISTAS** 111

6.1 DIMENSÃO COGNITIVA 111

6.1.2 O QUE É DROGA, COMO SÃO CONSUMIDAS E ONDE OBTENHO MINHAS INFORMAÇÕES 111

6.1.3 TEORIAS SOBRE A DEPENDÊNCIA: O QUE DETERMINA A DEPENDÊNCIA, POR QUE AS PESSOAS CONSOMEM DROGAS E QUAIS AS CONSEQÜÊNCIAS DESTE CONSUMO 113

6.1.4 POR QUE AS PESSOAS USAM DROGAS? DIFERENÇAS PARA EXPLICAÇÕES SOBRE O USO DOS OUTROS E SOBRE O USO DO FAMILIAR 120

6.1.5 TRATAMENTO: AS POSSIBILIDADES PARA SUPERAÇÃO DA QUESTÃO 130

6.2 DIMENSÃO AFETIVA 136

6.2.1 SENTIMENTOS EM RELAÇÃO ÀS PESSOAS QUE USAM DROGAS 136

6.2.2 SENTIMENTOS EM RELAÇÃO AO FAMILIAR USUÁRIO DE DROGA: ENTRE A CULPA E A REJEIÇÃO, OUTRAS POSSIBILIDADES 139

6.3 DIMENSÃO DE CONDUTA 155

6.3.1 O QUE FAZER DIANTE DA DESCOBERTA DO USO DE DROGAS DE UM FAMILIAR: ERROS, ACERTOS E APRENDIZAGENS 155

6.3.2 O PAPEL DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO 161

6.3.3 AS EXPECTATIVAS SOBRE O TRATAMENTO 165

7. **RESULTADOS DAS OBSERVAÇÕES DURANTE AS SESSÕES DO ESPAÇO FAMÍLIA: DESCREVENDO O PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES** 170

8. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** 177

CONCLUSÃO 188

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 191

ANEXOS 198

ANEXO A – Termo de Consentimento Informado 199

ANEXO B – Roteiro da entrevista semi-estruturada 200

INTRODUÇÃO

Neste trabalho, tomamos como objeto de estudo as Representações Sociais do uso das drogas. Contudo, pesquisamos tais representações quando compartilhadas em um grupo muito específico de pessoas, entre aqueles seres humanos que vivenciam no seu cotidiano a experiência de conviver com usuários de drogas, marcados pela proximidade dos laços afetivos que perpassam a intimidade do contexto familiar. Partindo do pressuposto de que o campo afetivo determinado pela família implicaria em uma representação específica destas pessoas em relação ao fenômeno das drogas, temos como objetivo analisar e descrever como estes participantes, na sua busca por explicações, soluções e apoio, no meio das suas angústias, sofrimentos, questionamentos, ao encontrar o saber da ciência através dos seus representantes (profissionais técnicos especialistas) em instituições especializadas, transformam esse encontro em uma fonte de novas representações.

A relação entre indivíduo, sociedade e o fenômeno das drogas têm perpassado toda a existência da humanidade. Desde a pré-história, o ser humano vem fazendo uso de substâncias psicoativas para múltiplas finalidades que se estendem desde o seu emprego lúdico, com fins estritamente hedonistas, até o desencadeamento de estados de êxtase místicos, religiosos, assim como tem sido de grande importância seu uso para fins curativos, seja no âmbito das práticas religiosas tradicionais, seja no contexto médico da atualidade (Macrae, 2002). Até o final do século XIX, esses usos foram raramente concebidos como ameaçadores à ordem social constituída (Bucher, 1989; Escohotado, 1994; Macrae, 2002). Dessa forma, o mau uso, o abuso socialmente desintegrado é um fenômeno da contemporaneidade.

A conotação patológica das drogas, com especificidades morais e de efeito, é construída junto com o desenvolvimento do Cristianismo, da Medicina e das relações internacionais de comércio. Seu caráter lícito ou ilícito é modificado ao longo do tempo, baseando-se em interesses políticos e econômicos (Lei Seca nos Estados Unidos em 1920; guerra do ópio entre o Reino Unido e China em 1839, restrições severas às áreas em que é permitido o uso de tabaco, assim como a sua publicidade etc). Não há sociedade sem as suas drogas, a qualidade dessa interação vai depender do contexto cultural ou do momento histórico utilizado como referência (Macrae, 2002;

Escohotado,1994; Bucher, 1989).

Assim, precisamos estar atentos ao significado do consumo de drogas na configuração social atual, pois este representa uma das (sub)produções altamente diferenciada e rica de ensinamentos sobre a organização da sociedade e seus infortúnios (Bucher, 1996) . A questão moderna das drogas não é um fenômeno periférico ou alheio à sociedade, não é algo trazido de fora por inimigos externos, é produzida e destilada por ela mesma, “pelo seu modo de produção e distribuição de bens e rendas, pelas metas de lucro a qualquer preço, pelas ambições descontroladas, se não perversas de ganâncias fáceis, pelas leis de mercado, da oferta e da demanda, apoiadas em uma legalidade duvidosa” (Bucher, 1996, p.46).

Podemos considerar que o funcionamento social é tão doentio quanto as doenças que produz. Bucher (1996) problematiza posicionamentos que levam a conclusões unilaterais, apontando que precisamos ir além dos questionamentos que buscam explicar e justificar como o usuário de drogas interfere na vida da família, da comunidade e da sociedade onde vive, nos permitindo, também, analisar como essas organizações interferem na vida desses sujeitos ao ponto deles se verem excluídos, marginalizarem-se ou entregarem-se às drogas. Pois, seguindo uma lógica unilateral, o usuário, de exposto a fatores de risco, é transformado em fator de risco para os outros.

Na busca por explicar essa realidade, diante da complexidade do fenômeno, a ciência vem tentando justificar a problemática relação da sociedade e de seus indivíduos com as diversas substâncias psicoativas que se apresentam de forma cada vez mais abundante nos espaços sociais.

Na atualidade, podem ser descritas, pelo menos, três abordagens que coexistem no discurso científico, apontadas por Agra (1997). A primeira se instala sob o signo do combate, declarando-se uma guerra contra as drogas, na qual está presente o princípio de erradicação e o ideal de uma sociedade sem drogas. As intervenções têm caráter coercivo e moralista.

Na segunda abordagem, o princípio da erradicação desloca-se do plano social (uma sociedade sem drogas) para o plano individual (o ideal de uma *vida sem drogas*). Atingir este ideal passa a ser possível exclusivamente se ordenado pelo saber técnico, emergente das ciências médica, psicológica, social e jurídico-penal (Agra, 1997). O usuário passa a ser descrito enquanto doente-delinqüente oscilando no seu diagnóstico

entre essas duas polaridades.

Na terceira perspectiva possível, o uso de drogas não é mais concebido como sendo determinado exclusivamente pela farmacologia das substâncias, o fenômeno passa a ser analisado dentro de uma dinâmica relacional entre sujeito, droga e meio sócio-cultural (Oliverstein,1983). O usuário deixa de ser estigmatizado enquanto marginal ou portador de uma psicopatologia e passa-se a considerar distintas formas de consumo: experimental, recreativo, habitual e a dependência onde a quantidade, a freqüência, enfim, o tipo de relação do sujeito com a substância é que vai determinar se o uso é problemático ou não (Zinberg, 1984; Bucher, 1989; Oliveira, 1989). O ideal da erradicação tende, cada vez mais, a ser substituído pela política realista da redução: redução da procura, redução dos riscos e redução dos danos.

Diante de tão diversificadas possibilidades, neste estudo, a questão do consumo de drogas é abordada, evitando-se a forma reducionista que considera apenas o viés jurídico/legal, psicopatológico e/ou farmacológico, e introduz a temática numa discussão social mais complexa. Em cada cultura existem formas diferentes de controle do uso de drogas e, a depender do contexto, este uso pode ser requisitado, tolerado ou vetado. Aqui iremos privilegiar as relações familiares, mas sem desconsiderar os contextos nos quais estas estão inseridas.

Suárez e Galera (2004) afirmam que os problemas associados ao uso de drogas têm suas raízes em complexas relações da história da humanidade e desta história faz parte a família como instituição em constante transformação. Há os que consideram o uso de drogas como uma decisão individual e como tal tem sido descrito em grande parte dos estudos e enfoques de tratamento. Porém, é importante ressaltar que a família tem um papel muito importante na conservação e transformação de hábitos, costumes e comportamentos entre seus membros e gerações.

Por isso, o presente estudo pretende incluir a família enquanto participante da pesquisa sobre o uso e abuso de drogas, não no sentido de responsabilizá-la pelos males do nosso século, mas sim de considerar a sua dimensão potencializadora de males e benefícios.

Não existe aqui intenção de desconsiderar as influências do contexto macro sócio-cultural, pois corroborando com Costa (1999), podemos afirmar que tanto a transmissão de valores quanto o desenvolvimento da maturidade emocional, seja em

nível funcional (saúde) ou disfuncional (patologia), hoje estão diluídos em diferentes agrupamentos sociais. Porém, o mesmo autor pontua que a família, seja ela qual for, nas suas mais diversas configurações, ainda é o meio relacional básico para as interações com o mundo, da norma à transgressão, da saúde à patologia.

Dentro dessa mesma perspectiva, de uma forma mais específica, Schenker e Minayo (2003) discutem como as práticas educativas e os estilos de criação da família podem facilitar ou não o uso abusivo de psicoativos. A família pode atuar como facilitadora ou como protetora em diferentes proporções.

As práticas educativas e os estilos de criação são influenciados pelos tipos de conhecimento, crenças e valores que estas pessoas têm em relação ao fenômeno. Assim, é de grande importância se pesquisar este universo consensual específico, e ainda mais significativo é se estudar este universo quando em contato direto com os universos reificados. No caso dos familiares em tratamento, pode-se analisar de que forma estas pessoas modificam e se apropriam do saber científico no processo de (re)construção de suas representações sociais acerca do uso de drogas em instituições especializadas.

De fato, ao se estudar Representação Social é necessário considerar que esta não é uma definição que se aplica a todas as formas de conhecimento produzidas em uma sociedade. Moscovici (1984) afirma que, na contemporaneidade, há a coexistência de duas classes distintas de universos de pensamento: os universos reificados e os universos consensuais.

Sá (1993) afirma que os universos reificados referem-se ao conhecimento científico, onde existe uma objetividade e um rigor lógico metodológico. Já os universos consensuais descrevem o conhecimento do senso comum, são as atividades intelectuais da interação social cotidiana nas quais são produzidas as representações sociais. Porém, é relevante salientar que a matéria-prima para a construção dessas realidades consensuais provém dos universos reificados.

Ao tratar-se destas diferenciações, surge, enquanto questão, qual seria a representação social do uso de drogas entre as famílias de usuários de drogas. Deixando aqui de definir o objeto droga pelo critério lícito/ilícito, e englobando todas as substâncias psicoativas cuja natureza química altera a estrutura ou função da vida do organismo, conforme a definição de droga pela Organização Mundial de Saúde. No contexto da vida cotidiana, essas pessoas precisam lidar com estereótipos, preconceitos

e discriminações, a partir do momento em que descobrem que um membro da família é um usuário ou dependente de drogas. Diante dessa experiência, haveria uma diferença no sistema de crenças a respeito do objeto em relação às outras pessoas.

O foco central e de grande relevância desta pesquisa é, portanto, analisar as representações sociais sobre o fenômeno do consumo de drogas produzido, mais especificamente, entre familiares de usuários que recorrem ao tratamento buscando suporte no saber científico das instituições e profissionais especializados. Pois, estes, possivelmente, apresentariam uma forma particular de representar seus conceitos e valores a respeito da questão por estarem em uma relação mais direta com o saber produzido nos universos reificados.

Ao comparar dois grupos diferentes de familiares (um no início do tratamento e outro após três meses de psicoterapia individual ou grupal), podemos verificar de forma mais consistente as possíveis influências da interação entre os universos consensuais e reificados, através do tratamento, na construção de representações sociais.

Apesar do lugar de destaque cedido à família, no presente estudo, é extremamente relevante salientar que as condições de produção e circulação das representações sociais estão diretamente vinculadas com a inserção dos sujeitos em uma determinada cultura, linguagem e sociedade. Assim, as representações do uso de drogas que compõem o contexto familiar, englobam, de forma complexa, numerosos e diversificados assuntos e conhecimentos, bem como diferentes sujeitos conhecedores.

Levando em consideração estes aspectos, incluimos a mídia como referência para ilustrar os produtos destas complexas dinâmicas relacionais. Sá (1998) afirma que os meios de comunicação de massa constituem uma importante fonte de informação das representações do mundo contemporâneo. Considerando o amplo alcance da mídia na atualidade, buscou-se fazer uma análise sobre a dispersão de fatos e outros dados relacionados ao uso de drogas entre a população em geral, recorrendo à pesquisa realizada por Noto, Baptista, Faria, Nappo, Galduróz e Carlini (2003) que tinho como objetivo analisar informações divulgadas pela imprensa escrita no Brasil, sobre as implicações do uso de drogas relacionadas a saúde.

Noto et al. (2003) descrevem como drogas mais citadas na mídia: o tabaco (18,1%), os derivados da coca (9,2%), a maconha (9,2%), o álcool (8,6%) e os anabolizantes (7,4%). Contudo, com muita freqüência, os artigos apresentam referências a descrições gerais, nas quais não fica determinado a que tipo de substância estão se

referindo, utilizando-se de termos como drogas, tóxicos etc (34,9%). A pesquisa, também, descreve que a maioria das fontes de informações citadas nos artigos da imprensa são provenientes de produções da ciência ou de seus representantes (profissionais especializados).

Noto et al. (2003) afirmam que, embora os jornalistas escrevam textos aparentemente isentos, é notória a tendenciosidade dos temas abordados. Essa ênfase se torna mais evidente nos textos elaborados por outros profissionais e/ou especialistas (advogados, médicos, delegados, entre outros), os quais incluem seus julgamentos pessoais, retratando a situação de forma alarmante, usando expressões como "*Trata-se de um abismo...*", "*O uso de drogas...é um bom exemplo do horror...*", "*o flagelo da droga*", entre outras.

Os autores sinalizam que a distribuição dos artigos não corresponde aos dados epidemiológicos que descrevem o consumo de drogas no Brasil. O álcool é a droga mais consumida e responsável pelos maiores índices de problemas, decorrentes do consumo de substâncias psicoativas. Este dado justificaria a necessidade desta substância ocupar o primeiro lugar no ranking dos artigos, que abordam o tema droga e saúde, o que de fato, não acontece (Noto et al, 2003).

Noto et al. (2003), também, apontam para o uso elevado de solventes e o consumo abusivo de determinados medicamentos psicotrópicos, sobretudo de ansiolíticos e anfetaminas. Mas, a freqüência encontrada de artigos sobre estas substâncias foi relativamente pequena. Assim, salientam que a primazia da abordagem dos psicotrópicos ilícitos na mídia impressa, acaba ofuscando o panorama de consequências decorrentes dos lícitos.

Para os psicotrópicos, tanto lícitos como ilícitos, a maioria dos artigos privilegiou, em seu conteúdo, os *prejuízos decorrentes do uso* (80,3%). A única exceção foi a maconha, para a qual predominaram artigos referentes aos benefícios terapêuticos de seu uso (54,3% dos artigos sobre maconha). A dependência foi a *conseqüência para a saúde* mencionada com maior freqüência, citada em cerca de metade da amostra (46%). Outros prejuízos também foram apresentados, tais como: violência (brigas/roubos – 9,2%), síndrome de abstinência (8,0%), HIV/AIDS (6,8%), *overdose* (5,8%), acidentes de trânsito ou trabalho (5,6%), entre outros. No que diz respeito aos benefícios, o uso terapêutico foi o mais freqüente, citado em 58 artigos (11,6% do total), os quais, na maioria, versavam sobre medicamentos (ansiolíticos, anfetaminas, entre outros) ou sobre substâncias da maconha (Noto et al, 2003).

Os autores, ainda, se referem na pesquisa às intervenções citadas como alternativas para lidar com o uso indevido de drogas. O tratamento foi a intervenção mais citada (33,5% dos artigos), sendo a internação e o uso de medicamentos as opções mais freqüentes.

A prevenção mencionada em 26% dos artigos, na maioria das vezes foi apresentada vinculada ao ambiente escolar e privilegiando a "informação" como medida preventiva. Entre os poucos artigos que mencionaram a redução de danos (6,8%) predominaram temas sobre a prevenção da transmissão do HIV. Para a *repressão* (citada em 23,5%), os enfoques se dividiram entre repressão ao tráfico/traficante e ao uso/usuário (Noto et al, 2003).

Assim, o estudo desenvolvido, ao comparar dois grupos diferentes de familiares permite analisar, de que forma os participantes integram estes saberes que circulam nos meios de comunicação e nas suas interações do cotidiano com o saber técnico-científico que circula nas instituições especializadas em que estão inseridos.

Na área de pesquisa das representações sociais das drogas, é possível encontrar estudos deste construto tendo como sujeitos: profissionais de saúde e da área jurídica, professores, estudantes e os próprios usuários. Com maior freqüência, encontramos trabalhos que focalizam uma droga específica, nos quais aparecem mais constantemente o álcool e a maconha. Foram privilegiadas, na revisão de literatura, as produções científicas do contexto brasileiro, pois como cada cultura tem suas drogas eleitas, em se tratando de um estudo de representações é fundamental que seja dado o enfoque na relação da cultura brasileira com as suas drogas, a construção dos seus cidadãos com as drogas que fazem parte do seu contexto relacional.

Dentre as pesquisas encontradas, achamos importante destacar o estudo realizado por Lefèvre e Simioni (1999) no qual foi analisado um fórum aberto na Internet sobre a maconha com o objetivo de contribuir para o melhor entendimento do que se pensa (ou do que o senso comum pensa) sobre a maconha e seu consumo, e, mais genericamente, sobre a questão das drogas.

Como resultado, os autores encontraram seis grandes tipos de discurso do sujeito coletivo sobre a temática das drogas. O primeiro é o discurso da hierarquia dos vícios: a maconha contra o álcool, o cigarro, os calmantes, o sexo sem camisinha etc. Tendo como idéia central que a maconha faz menos mal que outros vícios que não são proibidos; logo, também não deve ser proibida e a sua atual proibição é uma hipocrisia.

Em seguida aparece o discurso do usuário feliz, onde a idéia central é que a maconha não faz mal, não prejudica o viver cotidiano e promove o relaxamento e a criatividade.

Também foi identificado o discurso 'científico' contra a maconha, sustentado pela idéia de que a maconha prejudica o sistema nervoso central, comprometendo o raciocínio e a concentração. Em contrapartida aparece o discurso 'científico' a favor da maconha onde se afirma que a Cannabis Sativa e o THC são ótimos remédios contra uma série de males ou sintomas orgânicos e a planta da maconha tem uma série de utilidades.

Na referida pesquisa, Lefèvre e Simioni (1999) apresentam, ainda, o discurso em defesa do direito individual ao consumo da maconha embasado na idéia de que os indivíduos devem ter assegurado o seu direito ao consumo da maconha, mesmo que esta possa, individualmente, lhes causar danos. O último discurso apresentado é descrito como o discurso educativo contra os perigos e ameaças do vício da maconha que assegura que o problema da disseminação da maconha é muito sério, sobretudo entre a juventude, por isso, deve ser encarado de frente e enfrentado pela educação.

Podemos observar a partir do exposto anteriormente, a complexidade do fenômeno das drogas, uma vez que a descrição da compreensão dos sujeitos em relação a uma única substância, no caso a maconha, resultou em discursos tão diversificados e, algumas vezes, contraditórios.

Corroborando com essa perspectiva podemos citar a pesquisa realizada por Coutinho, Araújo e Gontiès (2004), que teve como objetivo comparar as representações sociais dos universitários concluintes de cursos das áreas tecnológicas, da saúde e jurídica, acerca do uso da maconha. Os dados resultantes entre os universitários possibilitaram representações consensuais e particularidades de acordo com os campos de atuação profissional.

Os universitários de direito apresentaram suas representações com base nas questões legais e sociais; os de saúde, nas concepções médico-orgânica e psicossocial; e os de tecnologia fundamentaram suas representações em elementos psicossociais. Na categoria *posicionamento frente aos usuários de maconha*, os universitários das áreas tecnológicas e da saúde demonstraram posições favoráveis aos usuários da maconha, enquanto os estudantes da área de direito, majoritariamente, emitiram representações desfavoráveis sustentadas por uma representação do usuário de maconha como um ser

marginal, criminoso e violento, de presença indesejável.

Quando analisada a *categoria conseqüências na vida dos usuários da maconha* que abarcou a esfera familiar, profissional e social, os resultados incluem representações consensuais dos universitários das três áreas no que se refere às conseqüências na família. Estas estão objetivadas em elementos de cunho afetivo-emocional, que geram preocupação por parte das figuras parentais no que diz respeito à perspectiva futura.

Na esfera social e profissional, o usuário é representado pelos participantes enquanto um ser indesejável, devido às manifestações de comportamentos anti-sociais e delitivos. Investigaram-se também as causas do uso da maconha segundo os universitários das áreas tecnológica, de saúde e jurídica. Nas três áreas foram representadas de forma consensual as causas do uso da maconha: fuga dos problemas, curiosidade e busca de prazer.

Considerando ainda a maconha enquanto objeto de estudo, Castanha, Coutinho, Saldanha, Ribeiro, Araújo e Santana (2005) verificaram que a representação desta droga entre Agentes Comunitários de Saúde do Estado de Pernambuco transita entre a idéia de uma droga natural, mas que é ilegal, sendo responsável por exclusão, violência e morte. Explicam o seu consumo devido à curiosidade e o prazer dos efeitos, no entanto tendo o potencial de desencadear doenças quando ingeridas de forma abusiva e até levar à loucura. A substância também é associada à solidão e a práticas e atitudes delitivas e criminosas, sendo estas, fruto da desestruturação psicossocial e afetiva em que estão inseridos os seus usuários.

Cruz, Júnior, Catão e Gontiès (2005) realizaram um estudo comparativo também entre estudantes das áreas jurídicas e saúde na Universidade Federal da Paraíba, visando investigar as representações sociais do alcoolismo. Os resultados focalizam que, em ambos os grupos, a origem da dependência do álcool é explicada por aspectos do interior do próprio do sujeito, por isso, psicológicos e que a sociedade contribui para esse problema.

Contudo, especificidades aparecem entre os grupos. Entre os estudantes de saúde, a origem do alcoolismo é atribuída ao fator biológico, já para os da ciência jurídica, o alcoolista é descrito como um dependente, doente e fraco podendo chegar a cometer crimes. A pesquisa em questão relata dados que possibilitam representações consensuais, mas apontam também, para particularidades que se contrapõem a depender

da perspectiva profissional que se toma como fundamentação para a construção das representações.

Em se tratando de representações sociais do alcoolismo, tomando como referência profissionais da área de humanas e saúde, Barros, Gontiès, Coutinho e Araújo (2005) destacam, em sua pesquisa, a categoria *tratamento do alcoolismo,* na qual para a área de saúde, a subcategoria que apresenta maior percentual é o *tratamento médico*, ao passo que para a área de humanas é o *tratamento psicológico*. Para as duas áreas os grupos de ajuda mútua formam a terceira subcategoria, e a última subcategoria a que os sujeitos participantes se referem é o tratamento sócio-educativo.

Marques, Santos e Veloso (2005) tiveram como objetivo principal comparar as representações do alcoolismo entre dependentes de álcool internados em um centro de recuperação e uma clínica psiquiátrica, ambos no Estado da Paraíba. A pesquisa encontrou dados que sugerem que estes sujeitos representam o alcoolismo como uma doença, associando-a à solidão, tristeza, à vontade incontrolada, à morte, podendo provocar perdas, tentação, derrota, castigo e doença mental. No que se refere aos fatores que levaram à dependência, a grande maioria atribuiu a causa a fatores externos, associam-nos a problemas vividos na família e às amizades.

No estudo de Spricigo e Alencastre (2004) que objetivou conhecer a opinião do enfermeiro que trabalha em Unidades Básicas de Saúde (UBS), sobre usuários de drogas, os resultados apontam que as opiniões destes sujeitos estão, predominantemente, contidas na visão que compreende o uso de drogas como provocado por uma doença e como vítimas das condições sociais. Estas duas visões aparecem nas falas como complementares, isto é, o indivíduo apresenta uma doença que é ativada, desencadeada por fatores sociais e, mesmo nos casos de dependência, esta é produzida pela persistência desses fatores.

As pesquisas descritas caracterizam uma diversidade de posicionamentos em relação à questão das drogas entre os atores sociais, estando em harmonia com a diversidade de discursos e falta de consenso dentro da própria ciência. Como representações freqüentes, aparecem as idéias de que o consumo de drogas é uma doença que pode levar a comportamentos delitivos e criminosos, ou à morte e à loucura. As justificativas para a dependência transitam entre causas internas, psicológicas ou biológicas e fatores externos como a condições sociais, família e amigos. Vemos, de forma clara, a influência do discurso científico na produção dessas representações, pois,

a depender da área de conhecimento onde estão inseridos os sujeitos, há diferenças que apontam para uma concordância com as produções de suas áreas específicas. O estudo de Lefèvre e Simioni (1999) focaliza uma diversidade maior que abrange possibilidades mais diferenciadas nas produções do senso comum que vão além do binômio doente-delinqüente.

Encontramos que as pesquisas privilegiam os profissionais da área de saúde, ciências humanas, estudantes, dependentes, contudo, pouco tem sido estudado sobre as representações sociais das drogas entre familiares de usuários. Entre as poucas pesquisas encontradas dentro da revisão de literatura realizada, que tivesse este enfoque, destacamos o estudo realizado por Gutiérrez e Forteza (2004), na cidade de Guadalajara no México. A investigação foi realizada com 60 pais de adolescentes usuários de drogas ilegais com o objetivo de identificar as representações que guiam o enfrentamento destes do consumo de seus filhos. Os autores, através de entrevistas em profundidade, fazem uma retrospectiva desde que os sujeitos tomaram conhecimento do uso até resolverem recorrer ao Centro de Tratamento na cidade de Guadalajara. Foram descritos como principais conteúdos das representações: uma ênfase na química da droga e na influência das “más companhias”, assim como a crença de que “querer é poder” referindo-se ao usuário como sendo capaz de interromper o uso por uma questão exclusiva de vontade. Estas representações estariam vinculadas à idéia de vício que, a princípio, afastavam as famílias dos centros de saúde ao considerar que poderiam ser excluídas socialmente. Os autores focalizam que ocorre uma mudança na última fase, que eles descrevem como a retirada, quando o filho usuário reconhece que seu consumo é problemático e possibilita, então, a compreensão da adicção enquanto enfermidade. Dessa forma, passa-se a considerar a possibilidade de buscar ajuda fora da família.

Ainda não foi encontrada nenhuma pesquisa que se referisse ao estudo deste processo, mais especificamente entre familiares em tratamento e que pudesse descrever como essa população estaria se apropriando de produções científicas mais atuais na construção de suas representações.

Como ponto relevante, além da lacuna existente nesta área de pesquisa, a presente investigação apóia-se no fato de que os hetero controles descritos por Macrae (2001), como sendo as leis, instituições de saúde etc, geralmente representadas por “especialistas em problemas sociais”, tais como médicos e policiais, embora possam ter legitimidade, não são capazes de controlar nem tangencialmente, o conjunto dos

problemas relacionados ao consumo de psicoativos. Para o autor, os controles societários (pressões informais de pares, da família, dos professores, dos amigos etc) seriam muito mais eficazes por exercerem, de maneira permanente, através das redes de sociabilidade, uma ação mais pontual, pois o comportamento do dia a dia é pautado muito mais no costume (lei informal), que na lei propriamente dita.

As descrições de Macrae (2001) sobre os diferentes controles e suas eficácias podem também ser relacionadas com a ineficácia das políticas públicas que obrigam os cidadãos a buscar suas próprias estratégias e criar suas redes de apoio de forma auto-sustentável e individualizada para lidar com as dificuldades sociais. Este ponto de vista é corroborado por Carvalho e Almeida (2003) quando afirmam:

> O crescimento das situações de crises e vulnerabilidade das instituições que fazem funcionar o vínculo social e a solidariedade tem obrigado cada um a dar conta de si mesmo, organizando e procurando dar um sentido à sua vida de forma mais individual e solitária. Nesse contexto, cresce a importância da família e dos entornos sociais imediatos, notadamente para todos os que carecem de bens materiais, culturais e simbólicos, necessários não apenas à subsistência, mas também à criação de uma identidade e à alimentação de uma interioridade. Essa importância cresce entre as pessoas mais frágeis, para as quais não se dá um lugar na sociedade e que não conseguem encontrá-lo por si mesmas. É a família, sobretudo, que pode transmitir-lhes, entre outros aspectos, um patrimônio de “defesas internas” (p.117 e 118).

Os autores apontam para uma privatização dos riscos, onde as famílias e os indivíduos são obrigados a criar suas próprias estratégias de enfrentamento para a precariedade das condições da vida social. Fragilizada pelos processos e pelas transformações que marcam a realidade atual, a família vê crescer, paradoxalmente, suas responsabilidades como mecanismo de proteção social. Neste caminho, é inevitável reconhecer a importância de buscar compreender o que acontece com as famílias onde o sintoma social droga aparece e como as instituições especializadas e o saber científico contribuem e facilitam o funcionamento deste sistema enquanto amortecedor das crises, possibilitando a construção de novas representações.

CAPÍTULO 1
O FENÔMENO DAS DROGAS: MAIS DÚVIDAS DO QUE CERTEZAS

Levando-se em consideração que o presente estudo tem como objetivo estudar a representação social das drogas, é de fundamental importância descrever o que vêm sendo produzido nos universos reificados acerca deste fenômeno. É fundamental destacar que, como este se trata de um estudo na área de Psicologia Social, com enfoque na Teoria das Representações Sociais, foi dada ênfase a uma discussão psico-sócio-cultural no que se refere ao fenômeno das drogas. Não houve intenção de aprofundar sobre os aspectos ligados à saúde e à farmacologia, no sentido das ciências médico-biológicas em relação à questão.

No discurso técnico-científico (universos reificados) é possível observar mudanças significativas a respeito do fenômeno das drogas ao longo dos últimos anos. Podemos analisar o tema dentro das mais diversas óticas. O fenômeno vem sendo estudado e tratado de acordo com diferentes tipos de saberes na ciência e fora dela, que englobam medicina, farmacologia, psiquiatria, biologia, neurociências, psicologia, antropologia, sociologia, história, xamanismo, candomblé, entre outras. Foram desenvolvidas diferentes formas de intervir e abordar a questão, que compreendem representações diversas do tema.

Inicialmente, o fenômeno das drogas era compreendido como estranho à sociedade. A principal forma de abordar a questão circulava em torno de intervenções marcadas pelo combate, onde o principal objetivo consistia na tentativa de eliminar a droga do espaço social. De acordo com Agra (1997), se configura uma guerra contra as drogas tendo como princípios a erradicação e o ideal de uma sociedade sem drogas. Dentro dessa perspectiva, todos os meios de combate são legítimos e todo bom cidadão é, necessariamente, um bom combatente, determinando uma multiplicidade de intervenções de caráter coercivo, dirigidas por paixões de poder e pânicos morais.

Aos poucos, ocorrem mudanças de estratégias. Segundo Agra (1997), passa a existir uma diferenciação: uma estratégia dura para o tráfico e uma estratégia leve para o consumo. A primeira mantém os princípios do terror interventivo, o comerciante de drogas ilícitas permanece no *status* de inimigo e é excluído socialmente. A segunda transforma o consumidor de drogas num doente-delinqüente, exclui-o através dos dispositivos médico-psicológicos e jurídico-penais. Para o autor, o princípio da

erradicação desloca-se do plano social (uma sociedade sem drogas) para o plano individual (o ideal de uma *vida sem drogas*). Nesse contexto, todos os meios e todos os atores são bons (família, escola, comunidade etc.) para se atingir o ideal de uma vida individual sem drogas, desde que ordenados pelo poder-saber técnico, emergente das ciências: médica, psicológica, social e jurídico-penal.

Uma terceira atitude em relação ao fenômeno em questão é o que Agra (1997) denomina de uma intervenção mediadora. Esta estratégia obedece a princípios que representam uma ruptura com os princípios descritos anteriormente. Dentro dessa perspectiva, o fenômeno da droga não é estranho ou alheio às sociedades atuais. Bem pelo contrário, ele exprime segundo Agra (1997), um estado imanente ao normal (o que não é idêntico a saudável) funcionamento das sociedades modernas que focalizam o desenvolvimento, o progresso e a técnica.

Nesse contexto, o uso de drogas não é mais compreendido como sendo determinado exclusivamente pela farmacologia das substâncias psicoativas, o fenômeno passa a ser analisado dentro da perspectiva de uma dinâmica multi referencial que inclui interações do sujeito, droga consumida e meio sócio-cultural em que estão inseridos (Oliverstein,1983). O usuário deixa de ser estigmatizado enquanto deliquente ou portador de uma psicopatologia e passa-se a considerar distintas formas de uso: experimental, recreativo, habitual e a dependência ou toxicomania (Zinberg, 1984; Oliveira, 1989; Bucher, 1989). Torna-se fundamental considerar a quantidade, a freqüência, enfim o tipo de relação do sujeito com a substância para determinar se o uso é problemático ou não.

Agra (1997) ainda afirma que o ideal da erradicação tende, cada vez mais, a ser substituído pela política realista da redução: redução da procura, redução dos riscos e redução dos danos. Quer dizer, abandonamos a ideologia de uma sociedade sem drogas. Contentamo-nos em reduzir custos e males individuais, institucionais e sociais inerentes ao consumo e ao mercado. Revelando uma estratégia que, contrariamente às descritas anteriormente, é determinada pela sensibilidade ética, pela vontade de conhecimento científico, pelo domínio da razão argumentativa e pragmática.

Colle (2001) descreve que a proposta de uma política de redução de riscos é fundamentada em uma série de postulados. A aceitação do fato de que uma sociedade sem drogas é um objetivo inacessível e irrealista é o primeiro deles. Não termos o poder de suprimir os riscos, não significa que devemos abdicar da esperança de

diminuí-los. Assim, o autor afirma:

> Diminuí-los supõe avaliá-los e controlá-los no respeito pelos seres humanos, numa proximidade relacional e não numa rejeição passional que mistura fascínio e repulsa. Um toxicômano é primeiro que tudo um ser humano, é uma afirmação que repetimos à exaustão. Aprendamos a controlar juntos os seus comportamentos para diminuir esses efeitos nocivos [...] Essas aprendizagens supõem uma relação duradoura entre consumidores, não consumidores e peritos numa sociedade consciente da necessidade absoluta de conciliar segurança das pessoas e saúde pública. A saúde pública é um domínio nobre que passa bem sem uma falsa segurança moral (Colle, 2001, p.232).

Dentro desta perspectiva, a abstinência não é a única possibilidade de tratamento médico-psico-social para todos os consumidores de drogas. É possível considerar a redução da morbidade e mortalidade como prioritárias. Assim, podem ser concebidas estratégias como a promoção sistemática de consumos leves que permitem facilitar a passagem a curto prazo do consumo pesado para um consumo mais brando, que não significam renunciar a longo prazo ao objetivo de abstinência. Para o autor, aconselhar ou dissuadir o usuário a fumar ou cheirar ao invés de injetar; diminuir as doses ao invés de aumentar; alongar os espaços de tempo entre o último consumo e o consumo seguinte; deslocar o uso das chamadas substâncias mais pesadas para o uso das substâncias ditas mais leves etc, podem ser atitudes respeitáveis, lúcidas e coerentes dentro do paradigma da redução de riscos e danos.

Colle (2001) também pontua a importância de diferenciar os riscos ligados aos efeitos das drogas, dos riscos ligados aos contextos de aquisição e de consumo clandestinos. Os primeiros se referem à nocividade das substâncias e são considerados riscos primários. Os segundos têm relação com aquisições delituosas, formas de consumo que permitem contaminação (como compartilhar seringas), prostituição, entre outros considerados riscos secundários ao consumo. Para cada um deles se faz necessário criar diferentes estratégias e medidas de enfrentamento que possibilitem amenizar os danos possíveis.

Assim, Andrade (2004) define Redução de Danos como um conjunto de ações “que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas, sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias” (p.87).

O conceito de Redução de Danos não deve ser reduzido à estratégia de troca de seringas e agulhas entre usuários de drogas injetáveis. Pois, inclui serviços mais diversificados que, por sua natureza, se constituem num meio de educação para autocuidados com a saúde que engloba também o uso de substâncias lícitas.

Dessa forma, como exemplo de medidas de Redução de Danos, podemos descrever também a orientação para utilização de bebidas com menores teores álcoolicos; a inclusão entre os passageiros de um mesmo veículo, de alguém que não beba e possa dirigir em segurança, nas ocasiões em que estão previstos o consumo de álcool; o uso de substitutos de cigarros, como os adesivos de nicotina, entre outros. Tal concepção se baseia em princípios de pragmatismo, tolerância e diversidade que propicia, ao usuário de drogas, a prevenção possível em lugar da prevenção idealizada (Andrade, 2004).

É importante se considerar que as três abordagens do fenômeno apresentadas não representam uma evolução, onde uma forma supera a outra. São abordagens diversas que foram se desenvolvendo e que, na atualidade, coexistem, havendo um predomínio de uma em relação à outra, a depender do contexto e/ou cultura.

A questão do uso de substâncias psicoativas pelos seres humanos é anterior à ciência, dessa forma é relevante conhecer seus diferentes significados ao longo da história. As drogas sempre tiveram e ainda têm uma função na sociedade que, provavelmente, permanecerá ao longo de toda a existência humana. Bucher (1989) destaca três funções sociais do consumo de drogas: superar a angústia existencial, entrar em contato com forças sobrenaturais e obter prazer. O autor justifica que “a droga permite escapar à consciência de transitoriedade da existência e à angústia que isto provoca, pelo menos temporariamente. Essa função tranqüilizadora e ansiolítica é devidamente comercializada nos tempos de hoje sob a forma de uma ampla gama de medicamentos psicotrópicos” (Bucher, 1989, p.28).

Como efeitos esperados do uso de substâncias psicoativas, Bucher (1989) enumera: 1) aliviar a dor; 2) reduzir a ansiedade, o nervosismo, a insônia, a hiperestimulação; 3) aumentar o nível de atividade e a sensação de energia e potência, ou redução de cansaço (geralmente as receitas médicas visam um dos três); 4) obter modificações no modo habitual de percepção do indivíduo frente ao seu próprio meio físico, explorar, sair de si mesmo, obter novas intuições, aumentar sua criatividade, aumentar a intensidade das experiências sensoriais e estéticas e o prazer que delas tira o

indivíduo; 5) tentar atingir diversos graus de embriaguez, de atordoamento, de euforia, sensações de estar flutuando ou de vertigem.

Este autor ressalta que, para todos os efeitos enumerados, encontramos exemplos já na Antigüidade. O que muda nos tempos modernos, segundo ele, refere-se à fabricação de substâncias sintéticas e à introdução, através de certas convenções sociais e jurídicas, da distinção entre drogas lícitas e ilícitas.

No texto de Escohotado (1994) "Las drogas: de los orígenes a la prohibición" podemos observar a historicidade da droga. As diferentes substâncias psicoativas eram utilizadas sem haver um termo específico para elas. Ainda no século XVIII, o ópio era considerado um remédio como outro qualquer e não pertencia a uma categoria à parte com especificidades morais e de efeito. A conotação patológica das diferentes drogas é construída junto com o desenvolvimento do Cristianismo, da Medicina e das relações internacionais de comércio. Seu caráter lícito ou ilícito foi desenvolvido e modificado ao longo do tempo, baseando-se em interesses políticos e econômicos, através de leis internacionais que passaram a controlar o comércio e o cultivo dessas substâncias, assim como a produção industrializada de seus alcalóides.

Scheerer (1993) ilustra parte dessa construção ao descrever como a "Guerra contra o ópio" vai se tornando ao poucos na "guerra contra as drogas", passando a incluir diversas substâncias em um grupo específico e a diferenciar o uso médico e científico de outros usos, muitas vezes desconsiderando o contexto cultural em que as práticas de uso de psicotrópicos estão inseridas, mas privilegiando as relações políticas e econômicas internacionais.

Ao percorrer a história, observando ao longo do tempo a interação das sociedades com as diferentes substâncias psicoativas (Escohotado, 1994; Bucher, 1989; Scheerer, 1993), podemos acompanhar como essa relação pode ser positiva ou negativa, a depender do contexto cultural ou do momento histórico. Muitas vezes uma mesma substância, em um mesmo contexto pode ser considerada socialmente aprovada ou não, a depender da época, como é o caso do álcool, do ópio, do tabaco, entre outros.

Dessa forma, segundo as afirmações de Bucher (1989), a droga em si não é boa nem má: ela é um meio colocado à disposição do ser humano pela natureza e hoje, muitas vezes, pela indústria. Tudo dependerá do uso que se faz dela: um uso socialmente limitado e integrador, ou um uso desregrado, isto é, um abuso, que desintegra, marginaliza e provoca decadência. De fato, se as drogas foram usadas durante milênios, os abusos – e com eles os fenômenos de dependência – constituem

práticas relativamente recentes.

Isso não quer dizer que o uso de drogas não acarretasse problemas nas culturas e contextos mais antigos, ou que não produzisse toxicomanias. Mas, esse tipo de problemática era encarada como uma exceção e sua abordagem tinha uma dimensão diferente da que encontramos hoje em dia. Atualmente, de acordo com Mourão (1999), "as drogas e o seu resultado mais aterrorizante, as toxicomanias, são vistas como uma moderna modalidade de peste e parecem configurar-se como situação epidêmica"(p.8).

Becker (1977) afirma que evidências experimentais, antropológicas e sociológicas convenceram grande parte dos cientistas de que não há um efeito pré-determinado para psicoativos. Assim, os efeitos da droga, não são tratados como uma ação fisiológica simples, mas variam muito em função de múltiplos fatores.

Cada organismo e contexto têm suas peculiaridades, Becker (1977) afirma que "dependendo de variações na fisiologia e psicologia das pessoas, do estado em que a pessoa se encontra quando ingere a droga e da situação social na qual ocorre a ingestão da droga" (p.181) os efeitos podem variar.

O autor justifica que as drogas quase sempre têm mais de um efeito sobre o organismo; dessa forma, a experiência subseqüente à ingestão da substância é influenciada também pelas idéias e crenças dos indivíduos que a utilizam. As conseqüências esperadas vão afetar de forma marcante o resultado do uso. O efeito de uma mesma droga, o LSD, por exemplo, pode ser experimentado como uma expansão de consciência, experiência religiosa transcendental, psicose ou "barato" [1], a depender do contexto e do conhecimento que se tem acerca da substância.

Becker (1977) salienta que os efeitos das drogas não são inteiramente construtos mentais. Ele afirma a existência de uma base fisiológica, mas aponta para os seus condicionamentos sociais.

Dentro da mesma perspectiva, Zinberg (1984) destaca que, ao se discutir as formas como as drogas afetam seus usuários, devem ser considerados três determinantes: a droga (ação farmacológica da substância em si mesma), o *set* (pessoa que utiliza, sua personalidade e história de vida) e o *setting* (a influência do contexto físico social, no qual ocorre o uso).

Considerando todas essas questões, a química da droga deixa de ser o único determinante do resultado do uso e, segundo Zinberg (1984), aos poucos os

[1] Significado popular para o estado alterado de consciência e a sensação de prazer experienciado após o consumo de drogas.

pesquisadores vão reconhecendo a existência de estilos variados de consumo de substâncias psicoativas.

Partindo de tais constatações, podemos analisar as motivações para o uso de drogas, tomando como base a classificação de Helen Nowlis[2] (Unesco, 1982) apresentadas por Oliveira (1989), que distingue quatro tipos básicos de usuários: o experimentador, o usuário recreativo, o usuário habitual, o dependente ou toxicômano.

O uso experimental se caracteriza pelo uso da droga por uma ou poucas vezes, que se dá principalmente por curiosidade. Tal curiosidade está relacionada com a contradição que se estabelece quando o jovem se depara com o discurso dos pais e dos meios de comunicação de proibicionismo e amedrontamento, que associam à questão das drogas, exclusivamente, a aspectos ruins, de violência, tráfico, dependência, e o discurso de outros jovens, que falam da própria experiência, do “barato”, da “curtição”, ou mesmo do “bode” (experiência ruim). Diante de informações tão diferentes, existe a possibilidade de que surja, para o jovem, o desejo de descobrir como realmente é a sua experiência com a droga. Outros fatores também podem contribuir para o uso experimental, como por exemplo, para ser mais bem aceito em determinados grupos, pelo desejo de viver experiências diferentes, sair da rotina etc. Mas, como afirma Oliveira (1989), não havendo mais nem curiosidade, nem sedução do novo e do segredo, o indivíduo pára, deixa de existir à necessidade de recorrer à droga.

No uso recreativo, se consomem uma ou várias substâncias psicoativas de maneira esporádica. Segundo Oliveira (1989), a droga é utilizada de forma hedonista, por causa da simples e pura satisfação que ela proporciona momentaneamente à pessoa. Neste contexto, a droga pode funcionar como um mediador das relações sociais. O autor descreve como “um quebra-gelo” das relações sociais, como um “adesivo” a determinados grupos, como uma maneira de “animar” a festa. Não se pode, aqui, falar em uma dependência, se pensarmos, de acordo com Oliveira (1989), que o uso ocasional ou recreativo da droga altera pouco a vida do indivíduo. Além do que a droga, neste caso, só é utilizada quando o ambiente é favorecedor e quando é facilmente disponível. Não existe uma procura ativa, nem tampouco a realidade de não se poder passar sem ela.

No uso habitual, existe um consumo reiterado, repetido do produto, trata-se, segundo Oliveira (1989), de um uso controlado que começa a alterar as relações do

---

[2] Nowlis, H. (1982). A verdade sobre as drogas . In *A Unesco e seu programa* (3ª ed.), Rio de Janeiro: IBECC-UERJ.

indivíduo, no nível afetivo, familiar e profissional. A droga funciona como um “modus vivendi”, um estilo de vida alternativo. Há, para o autor, “uma busca ativa e sistemática, pois é a partir do uso da droga que o indivíduo consegue funcionar” (p. 65). Algumas pessoas alegam que só conseguem dormir depois de terem usado determinado produto, ou que não conseguem trabalhar, ler, fazer amor, se não utilizarem a droga. Poderíamos dizer que é o limite da dependência, pois a vida é mantida lado a lado com a substância. Corroborando com Oliveira (1989), as motivações de tal uso são muito subjetivas. Deve ser levado em conta o que a droga está significando na vida da pessoa, que lugar ela está ocupando, a droga aqui fala, significa algo, não é apenas a substância em si. O hábito, nesse caso, ocorre de maneira tenaz, cuja interrupção ocasiona um verdadeiro desequilíbrio na vida da pessoa. É nesse sentido que Oliveira (1989) pontua que já se faz necessária uma intervenção, que se questione por que essa freqüência do uso se instalou, para que não se cristalize.

No fenômeno da dependência ou toxicomania, rompe-se todo laço social, passando a existir somente o binômio pessoa-droga. Estão cortadas as relações com a família, com o trabalho, com o social. Oliveira (1989) afirma que “tudo que o indivíduo realiza é com a finalidade última de conseguir a droga; ele vive, trabalha e até rouba para consegui-la” (p.65).

Segundo Zinberg (1984), a distinção entre vários padrões de uso é bem estabelecida apenas para algumas drogas. No caso do álcool, é aceita socialmente a distinção entre beber socialmente e alcoolismo. O autor aponta que, para a maconha, psicodélicos e opiáceos, a importância de fazer tais distinções só foi reconhecida mais recentemente.

Com relação aos opiáceos, principalmente em se tratando da heroína, houve e ainda existe, segundo Zinberg (1984), uma maior resistência em se considerar a possibilidade do uso ocasional. Ele salienta que, devido à persistência das crenças culturais de que essa substância é inerentemente uma droga ruim, existiria uma dificuldade dos pesquisadores em promover estudos que confirmassem a existência do seu uso ocasional.

O autor também considera que a maioria dos dados que se tinha em relação ao uso de heroína, provinham de amostras altamente seletivas de usuários que encontravam problemas legais, sociais, médicos e pessoais significativos em conjunção com o uso da droga e, portanto, representavam “o maior fim patológico do espectro do uso” (p.3). Ele cita que mudanças importantes foram observadas ao se realizar estudos entre usuários

não institucionalizados e destaca o que considera a mais proeminente pesquisa referente ao uso ocasional de opiáceos: uma série de estudos feitos com veteranos do Vietnã, realizada por Lee N. Robins.

Nesta pesquisa, segundo Zinberg (1984), Robins entrevistou 900 homens alistados, 12 a 18 meses antes do seu retorno ao Vietnã, em 1971, e entrevistou novamente, 617 dos mesmos homens, em 1974. Neste mesmo ano a pesquisadora também coletou dados em uma população comparada de 284 não-veteranos que foram escolhidos por idade, atividade de serviço, educação e local de residência, equivalentes aos dados dos veteranos. Os resultados apontaram que de todos que tinham sido adictos de opiáceos no Vietnã, somente 12% tinham recaído como adictos três anos após deixar a guerra. O autor ainda enfatiza que o dado mais relevante desta pesquisa se refere ao fato de que metade dos veteranos, que tinham sido adictos durante a guerra, voltou a usar heroína após o seu retorno para casa, mas somente 12% destes se tornaram adictos novamente.

De acordo com esses dados, a não recaída em relação à dependência da droga não foi determinada pela abstinência. Houve os antigos adictos que voltaram a usar a droga, mas sem retomar o antigo padrão de consumo. Também podemos observar que, apesar de se tratar do uso de opiáceos, a influência da química da droga não prevaleceu. O que foi determinante neste caso, refere-se ao contexto. A presença na Guerra do Vietnã prevaleceu como um dos fatores que induziram ao uso compulsivo da droga e o fato de não estar mais naquele contexto foi suficiente para a grande maioria dos adictos abandonarem a relação problemática com a substância.

Na perspectiva dessa diferenciação de tipos de uso, derruba-se o mito da escalada, muitos usam e experimentam drogas, mas só alguns se tornam dependentes. A idéia de que se inicia com o uso de drogas leves e há uma escala progressiva para as drogas pesadas até se chegar à toxicomania não é regra e pode ser questionada diante das possíveis formas distintas de uso discutidas aqui.

Ainda existem muitas controvérsias em relação à possibilidade de uso ocasional de determinadas substâncias psicoativas, principalmente no que se refere ao consumo de crack e heroína, contudo os questionamentos levantados por Zinberg (1984) merecem reflexão e parecem ser muito bem estruturados e fundamentados. Pois, o autor não excluí a importância do efeito da substância em si, apenas inclui uma maior complexidade ao destacar a importância do sujeito que a consome e o contexto onde se dá o consumo.

Somente dentro dessa perspectiva relacional que podemos compreender a complexidade em descrever, com precisão, a “determinada medida” da dependência. Para Bucher (1992), discutir a “medida certa” da dependência supõe uma noção quantitativa para algo que se situa no âmbito qualitativo, que implica valores e sentidos, posições éticas mais do que lógicas ou exatas.

Assim, é fundamental se considerar o indivíduo com a sua história, o seu organismo e o contexto social no qual este está inserido, porque o tipo de vínculo estabelecido não é determinado exclusivamente pelo tipo droga, nem por uma quantidade consumida que possa ser pré-determinada.

Tomando como foco o contexto sócio-cultural, já foi descrito que as relações do ser humano com as substâncias psicoativas sofreram modificações ao longo do tempo na história e nas diferentes culturas. A configuração atual é descrita como sintomática e, para alguns autores, o consumo de droga nas sociedades contemporâneas assume uma forma epidêmica, o que nos leva a questionar que fatores sociais e culturais da atualidade favorecem à emergência de toxicomanias e o que provocou tamanha modificação na configuração do consumo de drogas.

Na nossa sociedade de consumo, as drogas se transformaram numa poderosa indústria e num comércio abundante. O seu poder de gerar lucros é imenso, sendo considerada uma das mais fortes economias nas sociedades contemporâneas (Bucher, 1996; Mourão, 1999).

A rentabilidade e o desenvolvimento da comercialização das drogas está em contradição com a lei que estabelece como ilícitas as principais subtâncias que contribuem para este fenômeno. Mourão (1999) destaca que nos encontramos atualmente diante de um fenômeno que parece ser, antes de tudo, de natureza econômica. Os mercados, os bancos, os capitais, a corrupção institucional, permitem sua reprodução e crescimento. Atualmente, o narcotráfico é sustentado por uma complexa rede que interliga países do primeiro ao terceiro mundo, em um emaranhado que engloba um imenso lastro de corrupção que inclui o sistema bancário. A lavagem de dinheiro do narcotráfico permite que somas exorbitantes fiquem livres de tributação, movimentando toda uma economia paralela informal, que ultrapassa o mercado das drogas.

Sendo a droga uma mercadoria, ela obedece, como tal, às leis da economia. Nesse contexto, temos de distinguir imediatamente dois aspectos. Um, diz respeito ao consumo de substâncias psicoativas dentro de grupos específicos, segmentos sociais e

tradições. Outro trata do que acontece quando esse consumo se altera e passa a ser regulado por uma lógica de mercado, determinado pela multiplicação do capital, pela administração e imposição de sua lógica da circulação e modos de consumo.

Como exemplo da inserção da droga dentro da lógica de mercado, podemos considerar a distribuição dessas substâncias nos espaços urbanos, onde as formas mutáveis e dinâmicas de consumo e comércio precisam ser reconsideradas e adaptadas às demandas do mercado.

Espinheira (2004) afirma que, neste contexto, a cena da droga nunca é a mesma. Substâncias da mesma espécie ou identidade não se igualam em termos de qualidade química nos espaços diferenciados. Para aqueles que comercializam a droga, a lei da oferta e da procura distingue diversos tipos de consumidores a partir de suas capacidades aquisitivas e de seus gostos.

Assim, a economia das drogas oferece diferentes substâncias, em natureza e qualidade, para atender à demanda existente (marcas de bebidas, cigarros, charutos, cannabis misturada, cocaína “pura” ou “batizada”), que tornam acessíveis, através de misturas, as substâncias consideradas mais “nobres”, assim como oferecem marcas ou qualidades diferenciadas para consumidores com maior poder aquisitivo, estabelencendo, assim, uma hierarquia social da droga (Espinheira, 2004).

Nessa perspectiva, o autor salienta que a heterogeneidade social e cultural dos usuários precisa ser levada em consideração em qualquer análise que aborda o fenômeno do consumo de drogas. O que significa compreender e identificar como os usuários de drogas, as próprias drogas, os que as traficam e a ordem social diferem no tempo e no espaço.

Dessa forma, Mourão (1999) afirma que, ao se pesquisar a evolução do consumo de drogas, a princípio, mesmo na sociedade ocidental, iremos encontrar esse consumo articulado, basicamente, a rituais religiosos, à prática de determinados grupos ou, mais recentemente nos anos 60/70, à construção simbólica da cultura *underground*. Porém, a partir de um determinado momento, as drogas parecem ter passado a se inscrever em um outro registro. Transforma-se assim seu valor de uso. Perderam qualquer relação de inserção histórica, religiosa ou simbólica e atualmente fazem parte, quase que exclusivamente, do discurso da sociedade de consumo.

Contudo, apesar do consumo de drogas estar atualmente vinculado predominantemente, ao discurso e a lógica do consumo, Espinheira (2004) destaca que é fundamental considerar que as drogas não tornam seus usuários homogêneos. Dessa

forma, é muito importante perceber todas as especificidades do seu “estar no mundo” e “ser no mundo” que implicam no contexto dessas pessoas no espaço urbano, na estratificação social, nas fases da vida, na afirmação possível e ou precária de suas identidades” (p.24).

Sendo assim, os tempos e espaços das drogas são os tempos e espaços sociais e culturais da existência, o que significa um emaranhado de sentidos e significados cambiantes no percurso das relações dos seres humanos.

Procurou-se, neste estudo, descrever e desenvolver análises mais críticas baseadas na complexidade do fenômeno do consumo de drogas, com uma ênfase nos aspectos sócio-históricos-culturais que buscam comprender este consumo, seus significados e representações em relação com os fluxos mutáveis das construções e interações das pessoas no tecido social.

O objetivo não é excluir as caraterísticas farmacológicas, nem reduzir o potencial do efeito dessas substâncias a constructos subjetivos e relacionais. Mas sim, ampliar o leque de possibilidades de discussão do fenômeno, inserindo-o numa perspectiva multi referenciada que permite uma quebra na produção de idéias falseadas, autoritárias ou preconcebidas que circulam no imaginário social. Tais idéias paralisam e dificultam, ao invés de facilitarem a tomada de consciência da responsabilidade social, pois, promovem reducionismos operados por estereótipos que impermeabilizam o imáginário social em relação às questões mais cruciais que assolam a saúde pública e as populações na sua relação com o uso de drogas.

CAPÍTULO 2
A FAMÍLIA E SUAS INTERSEÇÕES COM O CONSUMO DE DROGAS DE SEUS MEMBROS: CAMINHANDO PARA A RESPONSABILIDADE MÚTUA

Dentro da dinâmica atual do fenômeno das drogas, é fundamental se focalizar o papel da família. Segundo Suárez e Galera (2004), a família influencia as crenças, atitudes e comportamentos de seus membros, relacionados com a saúde e a enfermidade. Hábitos saudáveis, tal como a alimentação e os exercícios físicos, assim como o uso de tabaco e álcool estão presentes no contexto familiar. Como afirma Bastos (1999), a família aparece, no mundo contemporâneo, como eixo estratégico ao longo do qual se organiza a socialização e a sobrevivência cotidiana e pelas quais passam, necessariamente, ações de controle social, no sentido de conformidade ou da emancipação.

Por família se entende uma instituição privada, passível, neste mundo pós-moderno, de vários tipos de arranjos. Ela é o lugar privilegiado da socialização primária cuja proposição principal é o asseguramento de comportamentos normalizados pelo afeto e pela cultura (Schenker; Minayo, 2003). Por isso, a família é fundamental no tratamento do uso e abuso de drogas.

Neste capítulo, buscaremos descrever algumas reflexões sobre fenômenos que caracterizam o contexto familiar do adicto, mas sem perder de vista que contextos e processos de desenvolvimento são interdependentes. Dessa forma, é fundamental incluir a família em uma estrutura social e uma configuração cultural de referência, para analisá-la.

A família na atualidade, devido às mudanças rápidas do entorno cultural e social no qual está inserida, tem se deparado com grandes desafios para manter e demonstrar a sua força e importância enquanto instituição. Court (2005) descreve que muitas das funções desempenhadas pela família ao longo do processo histórico, enquanto estrutura social relevante na regulação da sexualidade, na procriação, na educação, no trabalho, na economia, na política etc, atualmente foram assumidas por outras instituições. Praticamente todas as funções que cabiam anteriormente à família encontram algum tipo de substituto funcional na esfera da nossa sociedade.

Mesmo sendo reconhecida a importância da contribuição do contexto familiar para o desempenho de suas funções, a família não representa mais um apoio essencial

para a educação, a política, ou a economia. Com o desenvolvimento da fertilização assistida, banco de doares de gametas anônimos etc, nem mesmo a função primordial de procriação humana é reduzida exclusivamente a ela. Petrinni (2005) afirma que o entrelaçamento entre amor, sexualidade e fecundidade que tradicionalmente constituia o núcleo da família, nas últimas décadas foi rompido. Atualmente, pode-se viver a sexualidade sem fecundidade, a sexualidade sem amor e a fecundidade sem sexualidade.

Assim, de acordo com Court (2005), incluindo a tendência nas sociedades ocidentais em equiparar o matrimônio entre heterosexuais e homosexuais, cada vez mais observamos uma propenção a reduzir a família a uma situação "de natureza puramente afetiva, que somente deve ser legalmente protegida em termos patrimoniais" (p.14). O autor questiona e crítica a retirada crescente das responsabilidades da família e a sua redução às relações interpessoais do casal.

Court (2005) também, aponta que as perspectivas, tanto filosóficas como sociológicas, que se originam do paradigma moderno declaram a total autonomia do indivíduo para estabelecer espontaneamente os vínculos sociais e pessoais, selecionados de acordo com os seus desejos, conveniência, temperamento ou outras finalidades escolhidas livremente para as suas vidas. Assim, a família seria apenas mais uma das possiveis vinculações elegidas pelos indivíduos. Contudo, o autor descreve estes pressupostos enquanto um individualismo ilusório, no sentido de que a autonomia, na qual os sujeitos concebem a si mesmos e o seu fazer como norma de sua própria conduta, desconsidera os condicionamentos determinados por circunstâncias sociais, econômicas, políticas ou culturais.

A fórmula jurídico-constitucional prescreve que "todos os seres humanos nascem livres e iguais na dignidade e direitos". Existe a tentativa de inclusão universal de todos os indivíduos nos sistemas de funções. Mas, na sociedade contemporânea, "enquanto a inclusão universal é o princípio que se institucionaliza, a exclusão é a variável empírica de ajuste" (Court, 2005, p.16). Analisar a família no cumprimento de suas funções sociais em uma sociedade funcionalmente organizada é um grande desafio.

A ilusão utópica de autonomia precisa ser substituida pela compreensão da subjetividade pessoal na sua perspectiva relacional, dentro das diversas polaridades que conformam a experiência humana: mente-corpo, corpo-espírito, homem-mulher, indivíduo-família, indivíduo-sociedade etc.

A família corresponde a um tipo de vínculo muito específico, pois não tem prazo predeterminado de vigência. Nem as responsabilidades são limitadas até certo nível, ou

em certos casos definidos com antecedência. O vínculo que une seus membros envolve suas totalidades enquanto pessoas, com determinação atemporal. A família, enquanto comunidade, vai muito além de um conjunto de sujeitos auto-suficientes que buscam realizar um determinado objetivo. Ela se configura como pessoas que buscam se auto-realizar como sujeitos, na total interdependência determinada pela relação parental/filial e de consagüinidade entre seus integrantes (Court, 2005).

Diante das mais diferentes organizações familiares funcionais ou disfuncionais, determinadas por consagüinidade ou não, assim como da crise da família nas sociedades atuais pode-se questionar se ainda existe uma busca de auto-realização nesse sentido. Pois, com muita freqüência, constituir uma família não é necessariamente uma escolha consciente e planejada, como podemos perceber pelo número constante de gestações "acidentais" e precoces, apesar da grande variedade de métodos contraceptivos desenvolvidos pela ciência.

Court (2005) pontua que não tem sentido medir a relevância da família para a sociedade, se comparada com a importância relativa que adquire a política, a economia ou a ciência, pois sua magnitude é de outra natureza. A família como lugar de experiência, que auxilia cada ser humano no cumprimento de sua vida, vocação, destino e realização de suas potencialidades, até o cumprimento de si mesmo, enquanto ser relacional, cada vez mais está desaparecendo em uma sociedade funcionalmente organizada. O mistério das questões existênciais está sendo reduzido à existência de cada ser humano como produto social e funcional para as operações sociais.

Para o autor, existe uma inconsistência na cultura atual. Há uma forte preocupação pela preservação em médio e longo prazo do ambiente natural e das demais espécies que habitam o planeta. Mas, parece não haver o mesmo investimento na preservação moral do ser humano e da sociedade. O meio ambiente deve considerar o equilíbrio da própria vida humana em relação à qualidade da convivência social no presente, como a sua sustentação em médio e longo prazo, considerando as gerações futuras. A família é a primeira estrutura que sustenta e suporta este vínculo de solidariedade intergeracional, em relação ao cuidado da vida. É um microcosmo humano que reflete o macrocosmo humano. De acordo com Court (2005):

> Nela (a família) ocorre a ontogênes de cada ser humano que existe, de um modo absolutamente único e singular. Toda vida humana baseia-se literalmente nesta frágil linha que representa a liberdade de seus progenitores,

> da misteriosa improbabilidade de seu encontro, da boa vontade que eles tenham para realizar um projeto de vida comum, de sua disponibilidade para aceitar incondicionalmente a enfermidade, a dor, a frustração, o sacrifício, juntamente com a satisfação e a alegria de uma vida realizada em comunhão (p.23).

Nesta perspectiva, a família não tem equivalente funcional em outras instituições sociais. Contudo, devido à condição humana de livre arbítrio, na sua conturbada existência, ela pode ser para seus membros o lugar da mais elevada realização do significado da vida, como também o contexto mais injusto de despersonalização e violação de sua dignidade.

Buscando fazer interseções entre os valores das sociedades contemporâneas e os novos modelos de agrupamentos familiares, Petrini (2005) descreve que a crise da sociedade moderna não é fundamentada por um excesso de racionalidade. Mas, porque a razão não se ocupa mais das necessidades elementares do ser humano como liberdade, justiça, verdade, felicidade e sim com exigências de mercado determinadas pelo lucro e pelo poder. O autor afirma que a racionalidade, durante séculos, permaneceu sob o monopólio de filósofos e teólogos. Seu investimento era no sentido de responder às grandes questões relativas à origem e ao destino último, à ética e a política. Na atualidade, isto mudou significativamente.

O individualismo moderno imprega uma ética lúdica e consumista, na qual não só foram abandonados os valores das tradições religiosas, mas qualquer sistema de significados que exige disciplina, rigor, sacrifício, fidelidade aos compromissos assumidos, para seguir as metas propostas. A afirmação de um estilo de vida independente, autônomo, caracterizado por escolhas livres, deu origem a um indivíduo instável, de convicções voláteis e compromissos fluidos. A cultura do efêmero não tem nenhuma pretensão de mudar a sociedade ou as pessoas. Apenas quer utilizar, de maneira pragmática, os gostos por bem-estar, novidades e satisfações materiais (Petrini, 2005).

De forma contraditória e ambivalente, o acesso à cultura do efêmero é restrito para a grande maioria da população. O presente se impõe às classes menos favorecidas, tomadas pela batalha diária exaustiva para a sobrevivência imediata, sendo negado a elas o acesso ao ideal de consumo propagado nos meios de comunicação. Petrinni (2005) afirma que o ambiente de produção industrial, os centros de pesquisa, as

instituições financeiras e toda a área de serviços caracterizam-se por uma disciplina de horários, de ritmos de trabalho, de eficiência e qualidade de produção que não deixam brechas para o império do efêmero.

O autor, também, pontua que é possível encontrar ambivalência em relação ao culto à autonomia, pois, na sociedade atual, nos deparamos com o fenômeno crescente de prolongamento do período de permanência nas escolas, entre os jovens de classe média, até 25-30 anos, que continuam, em sua grande maioria, relativamente livres de responsabilidades, recebendo apoio logístico da família de origem, apesar do discurso freqüente da cultura individualista contemporânea que exalta a autonomia.

Petrinni (2005) analisa que as conquistas científicas e técnicas, os maiores níveis de liberdade, de conforto, de qualidade e expectativa de vida não eliminam as contradições da existência. Assim, as insuficiências da pós-modernidade, os medos que elas suscitam, as angústias e questionamentos que provocam, são aproveitados pelo mercado, que é capaz de oferecer uma grande variedade de respostas, sob a forma de mercadorias e, entre elas, podemos incluir as drogas.

A complexidade dos questionamentos impostos pelos desenvolvimentos da ciência é bem ilustrado pela observação da geneticista Eliane Azevedo (2000 apud Petrinni 2005). A possibilidade de um diagnóstico pré-natal, além de benefícios, traz como conseqüência, também, o cálculo da conveniência totalmente ambígua em relação à condição humana. Uma mulher pode optar por um aborto diante da confirmação de um feto, que não é totalmente saudável. Contudo, quando se tornar idosa e doente, pode ela esperar que o filho cuide dela, agora sem saúde, se o seu acolhimento para com ele quando criança foi pré-determinado por sua condição saudável? Petrinni (2005) salienta que o cáculo da conveniência invadiu o espaço do acolhimento, até então incondicional.

As mentalidades baseadas nesses pessupostos ocupam cada vez mais espaço, reduzindo gradativamente o espaço da gratuidade. Essa lógica da conveniência invade o horizonte do conhecimento. Petrinni (2005) destaca que a relevância do conhecimento é determinada pela lógica do mercado: “o que vale a pena conhecer é o que está ao alcance da razão calculante, é o que pode ser apreendido, analisado, avaliado em sua utilidade, valorizado pelo lucro e pelo poder que proporciona” (p.40).

Tantas mudanças e transformações de valores não excluem a família, que participa dos dinamismos próprios das relações sociais. O valor da igualdade foi progressivamente sendo incorporado à convivência familiar, permitindo uma distribuição mais democrática de tarefas e responsabilidades entre marido e mulher.

Mas, as famílias contemporâneas assumem tamanha diversidade de configurações, que não se podem identificar novos modelos, que tenham uma validade universalmente reconhecida e aceita (Petrinni, 2005).

Na esfera privada, o imperativo de satisfação no presente questiona o ideal de sacrifício individual para o bem da família. Com a redução do limite de disponibiliade para o sacrifício individual em função de outros, também reduz o tempo de saturação no relacionamento conjugal. Assim, a independência econômica dos cônjuges facilita a ruptura do vínculo, quando a convivência não é mais fonte de satisfação e de prazer.

Dessa forma, segundo Petrini (2005), acontece uma substituição processual de aspectos "objetivos" da convivência familiar por aspectos "subjetivos", que, por definição, são mais instáveis e flutuantes. A família moderna vê-se permanentemente desafiada, devendo reconquistar diariamente as razões para conviver e o bens relacionais, cujo valor perdura no tempo. Então, para o autor, no mundo moderno prevalece a legitimação da família como grupo social expressivo de afetos, emoções e sentimentos, havendo uma desintitucionalização que diminui o seu significado público.

Apesar de certa diversidade em função de classe social, da renda familiar e da escolaridade dos cônjuges, encontramos, na atualidade, novos desafios nas relações familiares. Petrini (2005) destaca que o aumento da expectativa de vida faz com que se encontrem famílias multigeracionais, com valores conflitantes e divergentes entre as diferentes gerações. O prolongamento da estadia dos filhos na casa dos pais gera o desafio de administrar a convivência entre pais e filhos adultos, mas financeiramente dependentes. Por causa da frequência dos divórcios, famílias reconstituídas criam complexos entrelaçamentos de parentesco. O aumento de famílias monoparentais chefiadas por mulheres indica um crescente matrifocalidade, que ainda não pode ser adequadamente avaliada em termos das conseqüências para uma sociedade constituída por famílias marcadas pela ausência paterna.

Na pós-modernidade se sustentam diferentes modalidades de viver o amor humano, existe uma extensa gama de possibilidades de relações de intimidade entre homens e mulheres, que perpassam uma linha que vai da relação ocasional à relação nupcial. A variação de modelos familiares se mistura e se transforma no tempo, mas Petrini (2005) pontua que uma característica permanece como decisiva: a cooperação entre sexos e entre gerações.

A família ocupa um papel fundamental na administração dos bens relacionais, por isso multiplicam-se estudos e pesquisas em família. A terapia familiar tornou-se

uma nova abordagem, são elaboradas políticas públicas com enfoque na família e as autoridades públicas estão tomando consciência do recurso social representado pela família, “especialmente para socializar seus membros jovens cuidando das etapas iniciais do desenvolvimento e educação” (Petrini, 2005, p.51).

A pluralidade de formas de vivência da intimidade e de arranjos familiares merece o seu reconhecimento. Não existe aqui a intenção de descrever um modelo universal ideal e normativo, pois só a experiência permitirá no tempo revelar quais são as opções mais favoráveis para a construção de uma vida social e familiar mais correspondente às necessidades e significados humanos.

Os contextos familiares específicos, onde encontramos a toxicomania, têm sido fonte de diversas pesquisas e estudos. Como a pesquisa em questão foi desenvolvida em centros especializados no tratamento dos usuários e suas famílias, buscamos encontrar produções de outros centros de referência que também realizam intervenções familiares. Para descortinar a dinâmica familiar em relação com o fenômeno das drogas, apresentamos algumas considerações presentes em uma interface entre a Psicologia, a Psiquiatria e a Teoria Sistêmica, discutindo algumas pontuações de profissionais que refletem sobre as suas práticas. É relevante pontuar que as descrições e teorizações que seguem abordam os contextos familiares de pacientes toxicômanos, adictos ou dependentes, não correspondem necessariamente às dinâmicas de famílias onde ocorre uso ou mesmo abuso de drogas. Entende-se aqui toxicomania como “o estado patológico de uma pessoa na sua relação com as drogas” (Colle, 2001, p.100).

Colle (2001) destaca que numerosos estereótipos ocultaram a complexidade dos aspectos relacionais nas configurações das famílias onde estão presentes as toxicomanias. Os discursos estereotipados oscilam entre duas versões mais freqüentes: as famílias são inocentes e vítimas do membro adicto ou são culpadas e o paciente identificado é a vítima de um núcleo familiar patogênico.

Segundo o autor, na primeira versão estereotipada, geralmente o ambiente familiar é descrito como perfeitamente harmonioso antes do consumo de drogas de um ou mais dos seus membros. As origens dos problemas são sempre exteriores ao sistema familiar e as justificativas, geralmente, descrevem que o membro mais frágil e influenciável, por curiosidade ou inocência, se deixou levar pela pressão de amigos, colegas ou traficantes.

A segunda versão é mais dura. As famílias são declaradas culpadas, sendo acusadas de rejeitar a pessoa delinqüente e doente, que só consome drogas para tentar

escapar de pais enfraquecidos. Fica pré-determinado que a origem do problema é interna ao sistema, por isso os pais são denunciados como “maus” e o paciente identificado tem que ser subtraído do seu meio familiar patológico.

Colle (2001) afirma que a aplicação da epistemologia sistêmica às adicções na terapia familiar permite abandonar o maniqueísmo descrito pelas duas versões estereotipadas mais freqüentes. A teoria sistêmica é citada regularmente com uma abordagem eficiente no tratamento de famílias onde existem questões relacionadas à dependência de substâncias psicoativas (Sternshuss, 1983; Fender, 1996; Kalina, 1999; Colle, 2001).

Colle (2001) cita que Freud já pontuava a relevância do envolvimento da família em qualquer tipo de tratamento, pois a sua oposição às intervenções leva o membro doente a resistir. O autor, também, afirma que na psicanálise existe o reconhecimento de que o prognóstico é mais favorável para crianças e adolescentes, se os pais forem tratados paralelamente. Contudo, ele critica a separação do tratamento dos pais por um lado, e dos filhos por outro, e justifica que este tipo de fragmentação não permite a exploração das comunicações intrafamiliares. Considerando o conceito de co-dependência, Colle afirma que as dependências relacionais, no contexto sócio-afetivo dos sujeitos adictos, impedem a emergência da autonomia necessária independente da qualidade do trabalho efetuado individualmente. Assim, em primeiro lugar, é fundamental modificar as díades de co-dependência, que bloqueiam a emergência de uma autonomia intrapsíquica.

A terapia familiar sistêmica se propõe a receber a família em seu conjunto para trabalhar a interdependência, diferente de dependência, das pessoas que a compõem. A família é considerada como um sistema vivo; assim, seu aspecto dinâmico define certa imprevisibilidade que determina o trabalho dos sistêmicos com um enfoque no “aqui e agora”.

Nessa perspectiva, a família é um grupo de pessoas em interação, que não pode ser reduzida à descrição das características individuais de cada um dos seus membros, pois ultrapassa as somas dessas características, configurando uma totalidade diferenciada que se transforma com o tempo e os acontecimentos. Ela tem que adaptar a permanência de suas estruturas às mudanças relacionais, inerentes aos ciclos de desenvolvimento de vida e morte, que influenciam todos os sistemas vivos. Um membro da família não pode mudar sem que isso provoque mudanças nos outros

membros. Uma disfunção relacional, que se traduz em sintomas manifestados numa ou em várias pessoas, é o sinal de uma crise (Colle, 2001).

A crise da adolescência, por exemplo, não é considerada característica de um indivíduo, mas sim um processo que ocorre num dado tempo de existência do sistema familiar. Durante este processo, se faz necessário encontrar dentro da família novas formas de comunicação, reconfigurar acordos, acolher novas necessidades, entre outras demandas que ocorrem durante a transição que configura a saída da infância e uma caminhada em direção à vida adulta, na adolescência. A família, como um todo, tem que se deparar com a iniciação na sexualidade, o questionamento de valores, a construção de uma nova identidade etc, que transformam não só o membro adolescente, mas todos aqueles que compartilham da sua existência e, principalmente, aqueles que desfrutam da sua convivência na intimidade das relações familiares.

Premissas contemporâneas do paradigma sistêmico indicam que as relações entre os indivíduos são co-construídas, processos que os tornam co-responsáveis pela criação, desenvolvimento e qualidade dessa relação. Crescer, passar de uma etapa do ciclo vital da família para a seguinte, implica negociações que resultam em modificações nas relações previamente estabelecidas.

Colle (2001) descreve que os sintomas aparecem quando há ruptura ou interrupção no desenvolvimento do ciclo de vida de uma família ou de outro grupo natural. Assim, a toxicomania aparece como um dos sintomas que sinalizam a dificuldade da família em ultrapassar algum estágio do seu ciclo vital.

O autor cita as conclusões de uma pesquisa realizada com os porta-vozes de famílias que recorrem à terapia-familiar, tendo como queixa adicções. Ele descreve uma polipatologia (doenças físicas graves e doenças psicopatológicas) dentro destes sistemas, que relativizam a gravidade dos efeitos das adicções, que é, geralmente, apontada como principal queixa na busca inicial por intervenção. Também foi observada a circulação de sintomas na família nuclear, sendo que pais e filhos vão se substituindo na emergência de alguma enfermidade física ou psíquica. Os problemas relacionais não resolvidos pelo casal parental são preexistentes aos comportamentos adictivos. As ligações diádicas fusionais duradouras são intensas (Collet et al., 1992[3] apud Colle, 2001).

---

[3] Collet, H; Colle, F. X.; Moricet, J.; Rosh, D. (1992). *Genèse sociofamiliale des conduites d'intoxication.* Paris, ministère de la Santé et des Affaires sociales, MIRE.

Dentro da perspectiva de que não é a droga que determina a toxicomania, o autor busca descrever os esquemas relacionais entre aqueles designados como toxicômanos e o meio em que estão inseridos, na tentativa de mostrar como os sitemas vivos regulam intercâmbios, internos e externos, sobre bases adictivas (Colle, 2001). Permite assim, alargar a compreensão da complexidade do fenômeno, deixando de focalizar e centralizar apenas observações individuais sobre o sujeito adicto ou sobre a substância.

Para Colle (2001), o enfoque sobre o aspecto farmacológico do consumo de drogas mascara dependências relacionais e dissimula problemas psicológicos complexos, freqüentemente, anteriores aos consumos abusivos e incontrolados de susbtâncias variadas. Por isso, muitas vezes, a tentativa de mudar de nível lógico, passando da questão dos produtos para uma definição relacional, que relegaria para segundo plano o aspecto farmacológico, implica em uma resistência enfática, pois os familiares e o próprio adicto circulam principalmente em torno dos efeitos da droga e as hipotéticas soluções para minimizar tais efeitos.

Assim, para o autor, abordar as dependências reduzindo a relevância do vínculo de dependência com o produto droga e ampliando o foco sobre as dependências relacionais implica em poder acompanhar este fenômeno em seis níveis: “dependência dos efeitos, dependência relacionais afetivas, dependência de pessoas implicadas no sistema de distribuição, dependência financeira para aquisição das substâncias, dependência de outros toxicômanos, dependência de crenças na eficácia da dependência” (p.108).

Colle descreve a dependência como um paradoxo da condição humana. Quando nasce, a criança não é capaz de prover as suas necessidades vitais sozinhas e depende pelo menos, dos cuidados de uma mãe. Por toda a sua vida, terá que se diferenciar progressivamente da vida de outros e co-evoluir com os seus próximos. A autonomia supõe um permanente ajustamento entre as pessoas vinculadas entre si, pois os vínculos são permanentes, mas não estáticos. Ser autônomo é adquirir graus de liberdade num meio em que cada um de nós se encontra numa posição de dependência. É isto que torna os seres humanos interdependentes. As relações evoluem com as mudanças individuais ligadas às mudanças do contexto. A dependência é obrigatória e vital para nossa espécie. Mas, à medida que crescemos, a independência relativiza-se e não passa da expressão da co-evolução das pessoas no seu vínculo de dependência (Colle, 2001).

Sendo a dependência uma noção complexa, Colle considera mais apropriado, no campo das adicções, em termos relacionais, o conceito de co-dependência. Segundo ele,

os sistemas mostram que a co-dependência afetiva é um laço indestrutível, estável no tempo, entre duas pessoas. Colle afirma que “as mudanças dos ciclos de vida, os incidentes e acidentes que deveriam perturbar esses vínculos parece ter, como único efeito retroativo, as ocilações, mas se mantêm inalterável a homeostasia do sistema” (p.110). A co-dependência leva cada um a reagir de forma fusionada em relação ao outro, sem perceber a si mesmo com diferenciado e separado deste outro.

Nos sistemas onde se configura a adicção o co-dependente é o parceiro indissolúvel do adicto. Implicá-lo no tratamento é um dos recursos dos profissionais que atuam como prestadores de cuidado, pois ele exerce certo poder sobre o conjunto de relações das quais o toxicômano designado é personagem central. O co-dependente, quase sempre, apresenta-se espontaneamente às instituições e mantém uma ambigüidade que coincide com um pedido de mudança e o medo causado pela ameça da ruptura da díade de co-dependência (Colle, 2001).

Em uma perspectiva semelhante de compreensão da toxicomania enquanto um sintoma familiar, Sternschuss (1983) aponta para a necessidade de buscar entender como funcionam essas famílias, que lugar ocupa o membro toxicômano no seio delas e como se rearranjam as relações entre pais e filhos em torno deste sintoma.

Sternschuss (1983), baseado na sua experiência de trabalho no Hospital Marmottan[4], apresenta reflexões na tentativa de compreender a tolerância, ou até mesmo, em alguns casos, a cumplicidade de algumas famílias em relação ao consumo de drogas de seus membros. O autor relata que, com muita freqüência, jovens heroinômanos continuam a morar na casa dos pais sem que, aparentemente, a família esteja ciente de sua toxicomania. Diante do fato inquestionável e evidente de que o comportamento e o modo de vida se modificam sob o efeito de drogas, progressivamente, mas sempre de forma significativa, o autor busca explicações para uma espécie de cegueira de que participam os pais e irmãos, que os impossibilitam de enxergar o problema durante meses ou anos.

A descoberta da toxicomania, constata o autor, parece sempre assinalada por um terceiro e muito raramente pelo próprio jovem, como se fosse preciso reconhecer a patologia a partir do exterior para que seja reconhecida no interior do grupo familiar.

Considerando que só excepcionalmente o toxicômano fala sobre a sua toxicomania com os pais, ele providencia outras formas para que a questão chegue ao

---

[4] Hospital parisiense considerado uma das instituições de maior prestígio no mundo, no tratamento e prevenção das toxicomanias.

conhecimento destes. Geralmente, se faz necessário que ele tenha se envolvido em atos infracionais (furto, tráfico, prostituição), para que esses atos denuciem que tinham como objetivo conseguir o dinheiro para consumir a droga (Sternschuss, 1983).

Assim, a revelação da toxicomania por um policial, amigo ou vizinho, segundo o autor, resulta em uma crise que freqüentemente vem acompanhada por um pedido de consulta dos pais para o filho ou, algumas vezes, do próprio adicto. Não no sentido de parar de usar droga, mas para que convençam os pais que não se trata de algo grave. Enfim, busca-se ajuda para solucionar um conflito familiar. A intervenção se torna complexa, pois se configura em um pedido onde a demanda é que se "cure" alguém que é "doente", mas que não se sente doente e lhe é pedido que mude uma coisa que não desejaria modificar, pelo menos não aqui e agora.

Sternschuss (1983) assinala repetições no discurso dos familiares, que se apresentam ao tratamento. Segundo o autor, as famílias sempre estão aquém do problema, freqüentemente acham que o vínculo com a droga é recente enquanto que a dependência já se instalou há algum tempo. Todos concordam em dizer que se não existisse a droga, não haveria problema. Afirmam que certamente são os amigos que arrastam o membro adicto para o consumo de drogas, que se trata de um problema da sociedade, e é fundamental punir os traficantes. Por fim, sustentam que antes da droga, o membro adicto não causava problemas.

O autor faz questão de salientar que tais pontos comuns não esgotam essas famílias, cuja história e funcionamento nunca são os mesmos. Contudo, destaca a importância de compreender o fato de que, com muita freqüência existe uma minimização do problema quando se trata de drogas pesadas, e uma superestima quando se trata de drogas leves.

Sternschuss questiona a complexidade destes posicionamentos, refletindo sobre a negação, tolerância, cumplicidade ou até mesmo o desejo de morte desses pais em relação ao filho toxicômano. Para ele, é evidente a dificuldade dessas famílias imporem limites, de terem uma Lei e respeitá-la. Essas dificuldades são confrontadas com o caráter todo poderoso da droga, que se torna figura onde o conflito principal, na verdade, se fundamenta na evidente impossibilidade de abordar a separação.

A adolescência implica para o jovem busca pela separação dos valores dos pais e dos seus próprios valores. Implica em separar o seu próprio dinheiro do dinheiro dos pais. Implica em separar suas responsabilidades das responsabilidades dos pais. No final da adolescência, quando os jovens se aproximam da entrada da vida adulta, surge a

necessidade de separar a sua casa da casa dos pais. Acontece a agregação e a reconfiguração de papéis. Filhos passam a ser também pais, os pais passam a ser avós. A saída dos filhos para constituir uma nova família ou uma vida mais independente, implica na necessidade dos pais reconfigurarem a sua própria relação enquanto casal, reavaliar seus projetos individuais e em conjunto, reestruturar suas rotinas etc. Enfim é um processo que envolve todo o sistema familiar. E que implica em perdas e ganhos para todos os membros.

Nas famílias onde a toxicomania se faz presente, o encontro com o "produto mágico" num momento em que deveriam emergir os verdadeiros conflitos, permite ao membro toxicômano permanecer fiel e dedicado ao sistema (Sternschuss, 1983). Esta posição é também sustentada pelo grupo familiar que não suporta a separação prevista se alcançada a autonomia. A droga impede que o ciclo se cumpra, pois nem o membro adicto, nem a família a que pertence, suportam as necessidades do processo.

Idependentemente da idade ou do fato de morar junto com a família, alguns autores (Colle, 2001; Sternschuss, 1983; Kalina, 1999) marcam que os comportamentos toxicômanos estão relacionados com a família, assim como a alternativa entre simbiose e separação. O sintoma aparece quando, nos ciclos da vida da família do toxicômano, o desejo de mudança se opõe à proibição da mudança. Enquanto sintoma, a adicção apresenta algumas vantagens para ambos, paciente e família, pois permite que o membro adicto permaneça plenamente dependente, preservando, ao mesmo tempo, uma aparência de rebelião e de independência. Assim, a droga é considerada como o verdadeiro problema, e não a perspectiva da separação iminente. Kalina (1999) afirma que nos sistemas familiares adictos estão presentes muitas mensagens contraditórias e entre elas, com muita frequência, é ensinado que crescer e tornar-se independente, significam, em algum nível, causar a catástrofe total do núcleo familiar.

Sternschuss também reconhece alguns elementos patológicos que se repetem nessas famílias e cita: falta de barreiras entre as gerações, nível precário de individualização dos adultos, desentendimentos entre o casal parental, assim como alianças secretas com os filhos, entre outras. Então, resume que a conduta toxicomaníaca poderia ser colocada na forma de três perguntas: Por quem ele se droga? A quem protege mais? O que é que esse sintoma permite a família evitar? Nessa pespectiva, a possibilidade de restaurar o sintoma como expressão de uma dificuldade familiar evita dar ao toxicômano o estatuto de "doente", que ele evidentemente rejeita.

Tanto Colle (2001), quanto Sternschuss (1983) são referências do trabalho com usuários de drogas e suas famílias no contexto europeu. Kalina (1999) destaca que, ao nos referimos à família do adicto, é fundamental considerar as diferenças na problemática sócio-familiar entre a Europa e a América Latina. Enquanto os europeus têm estruturas familiares bem definidas, entre os latinos encontramos milhares de pessoas sem famílias ou arranjos bastante diferenciados.

Apesar das diferenças, Kalina (1999) afirma que as pessoas sempre encontram substitutos parentais que tomam o lugar da família tradicional, o que não impede a compreensão da dinâmica relacional do adicto. Em outras palavras, para o autor, embora os latinos se desenvolvam em outros moldes familiares, com outros tipos de liderança, apresentam os mesmos fenômenos estruturais, havendo apenas mudanças nos personagens, cenários e o tipo de drogas consumidas.

Kalina também enfatiza a complexidade do trabalho com as famílias. Cada família, como instituição, tem suas próprias leis e tradições, estabelece códigos de conduta e exige respeito, no sentido de que não sejam ultrapassados os limites de sua privacidade. Dessa forma, o psicólogo ou psiquiatra que sinaliza disfunções e necessidade de reestruturações é considerado, com frequência, como invasivo, a princípio. A intervenção terapêutica encontra forte resistência para modificar as estruturas tradicionais ideológicas da família enferma.

Dentro do enfoque sistêmico, deixa-se de lado uma causalidade linear e utiliza-se o conceito de causalidade circular. As relações são construídas em conjunto, numa configuração de responsabilidades mútuas, onde não há vítima sem algoz, nem algoz sem vítima. Afirma Kalina (1999) “procura-se assim uma redistribuição tanto do jogo de papéis como nos depositários da patologia grupal para que se chegue à co-responsabilidade, significando um crescimento social de todos como grupo” (p.42).

O autor descreve que as intervenções têm como objetivo estabelecer a democracia em contextos familiares, onde prevalecem modelos autocráticos e escravizantes. Aqui não existe uma referência exclusivamente ao autoritarismo paterno ou materno, pois muitas vezes este papel é exercido pelo eleito adicto, que dessa posição escraviza os demais membros da família. A intenção é que cada um possa assumir responsabilidades pelo que lhe cabe.

Kalina afirma que surgem adictos de determinados grupos familiares e de outros não. Descreve que há determinadas circunstâncias da vida que são facilitadoras e indutoras do consumo de drogas. O autor salienta que tal afirmação deve ser feita com

respeito e compaixão pela dor e tristeza destas pessoas, pois a atitude do cuidador há de ser de compreensão para com os problemas humanos e não a de julgá-los.

Nesse sentido, com muita frequência encontramos uma tentativa de descrever o casal parental e sua relação com o membro adicto da família. O modelo geralmente relatado configura pais ausentes e mães em uma relação simbiótica com o filho que consome substâncias psicoativas (Colle, 2001; Sternschuss 1983; Kalina, 1999; Fender, 1996).

A estruturação do casal parental é representada como tendo sido fundada em expectativas ilusórias que, para se manter, sustenta uma série de mitos anteriores ao nascimento do membro que viria a se tornar um adicto.

Kalina (1999) descreve que na família do adicto surge uma dialética entre os papéis atribuídos, assumidos, e os papéis esperados e ilusoriamente pretendidos entre o casal. O autor faz uma diferenciação entre um casal que se integra e o "par aditogênico".

O primeiro modelo oferece um vínculo baseado no respeito às características próprias de cada um dos membros do casal. É democrático por essência permitindo que os parceiros transitem por papéis diferenciados na busca dos ajustes necessários, autorizando múltiplas possibilidades de interação que consentem oscilações nos jogos tradicionais dos casais. Neste contexto, o filho é um elemento enriquecedor que ajuda a ampliar o sistema vincular.

O par aditogênico estabelece um colamento no vínculo, como uma solução que restringe as possibilidades de desenvolvimento autônomo dos membros do casal, no qual existe a ameaça constante de rompimento, se alguém tentar modificar o *status quo.* Existe uma aderência aos papéis estabelecidos sob a forma de um pacto não declarado, que, por sua rigidez, torna-se sofrida a sustentação. Assim, o sacrifício de um filho, para neutralizar as demandas de mudanças de papéis e para manter o vínculo colado, pode ocorrer com qualquer um ou às vezes mais de um, dos membros da frataria (Kalina, 1999).

Nessa perspectiva, Kalina descreve a função do filho-droga. Este é o filho destinado a não ser, isto é, ele não está destinado a ser um ser autônomo, com vida própria, mas que o sentido de sua vida é ser um ser-para-a-mãe. Por uma norma geral, a mãe do drogadicto é uma pessoa depressiva, de uma forma manifesta ou mascarada. A personalidade depressiva vive sempre necessitada da estima de fontes externas para poder regular sua auto-estima. Assim, o filho-droga do qual se nutre, ou vários, é a

forma que o marido encontra para tranquilizá-la e assim consegue manter-se em seu papel de esposo e pai presente-ausente.

O autor também se refere ao que chama de “clássica descrição do pai do adicto”. Para ele, existem aparências variadas segundo a classe social. Mas, o pai sempre é representado por uma figura fraca, que se oferece como quem vai dar condições e fazer o necessário. Contudo, não sustenta tal posição e assume justamente o papel oposto, do necessitado, aquele que demanda e exige. Se não lhe dão o que exige, muitas vezes, pura e simplesmente desaparece.

O relacionamento do casal geralmente é distante, pois sendo o pai, na maioria das vezes, caracterizado por uma passividade, cede completamente suas prerrogativas como pai, desde que lhe seja permitido submergir em seu trabalho. A esposa não faz objeção ao distanciamento do marido, desde que lhe permita um controle total sobre os filhos, estabelendo, assim, relações simbióticas. A dinâmica relacional descrita aparece, com freqüência, quando se deve tomar a decisão pelo tratamento. O pai deixará a decisão nas mãos da mãe (Kalina, 1999).

Ao acompanhar a descrição dos autores citados anteriormente, podemos conceber a hipótese de que o abuso e a dependência de drogas têm uma função, simultaneamente, no sistema social e no sistema familiar onde este fenômeno se configura.

Assim, Fender (1996) descreve que, dentro do enfoque sistêmico para a farmacodependência, o ciclo aditivo não é somente um problema individual. O sistema familiar afeta e é afetado pelo abuso e dependência. Para a maioria das famílias, a drogadição se torna o tema central de sua existência, dominando todos os apectos de sua vida. Mantêm-se a ambiguidade e a contradição do sintoma, pois a adicção se torna essencial para manter o equilíbrio interacional da família e, por outro lado, dificulta o seu processo evolutivo.

Ao buscarmos descrever a implicação das relações familiares no conjunto de interações sociais que circunscrevem o fenômeno das drogas, não devemos desmerecer nem reduzir a autonomia dos sujeitos individuais. Fender (1996) afirma que existem casos em que o grau de comprometimento individual é muito relevante, tornando-se indispensável no tratamento, no qual muitas vezes a terapia familiar entra como técnica coadjuvante.

Há de se considerar sempre que o indivíduo é um membro agente e reagente, e atua como co-construtor e co-responsável pelas suas interações familiares e sociais.

Fender (1996) considera que o envolvimento da família no tratamento da dependência, funciona como uma fonte de recursos para o crescimento do adicto, uma rede de apoio no momento da abstinência e da reinserção social, bem como a própria família se enriquece em seu conjunto, se fortalecendo e adquirindo seus próprios recursos, propiciando, assim, que todos os seus membros sintam-se competentes para cuidar de si mesmos.

A terapia familiar é uma entre muitas outras estratégias de cuidado e tratamento que envolve um sistema bastante abrangente no que se refere a instrumentos conceituais e metodológicos para a compreensão e trabalho dos problemas relacionados ao abuso e dependência de drogas. Sendo assim, a terapia familiar não é a única forma de envolver e implicar os familiares no processo de tratamento.

Há uma tentativa constante, ao longo deste estudo, em desconstruir o lugar privilegiado que ocupa a droga enquanto subtância no que se refere aos fenômenos ligados a seu consumo e dependência. Pois, de acordo com Kalina (1999) “a droga é consequência e não o porquê da patologia do drogadicto, embora por seu turno ocasione novas patologias tanto orgânicas, quanto familiares e sociais” (p.55).

Embora neste capítulo, tenha se centralizado as argumentações no campo relacional familiar, não perdemos de vista a complexidade do fenômeno da adicção, considerada uma patologia social, da relação familiar e individual e que não pode ser compreendida sem uma interelação entre todas essas dimensões.

Existe então, uma interdependência entre os sistemas biológico, psicológico e sócio-cultural que ultrapassam o dualismo entre interno e externo e se estabelece uma relação de causalidade unidirecional. Há uma relação multidimensional em que estes três sistemas se combinam de forma diferente em cada indivíduo, formando uma totalidade única que constituí o fenômeno psicológico individual.

Esta visão crítica busca integrar as múltiplas dimensões implicadas na complexidade do desenvolviments humano que quando associado ao fenômeno da dependência de substâncias psicoativas, destaca a necessidade de buscar a compreensão do ser-humano, no decorrer do seu desenvolvimento, enquanto um sujeito ativo que constrói e reconstrói os significados culturais, os valores e crenças sociais e familiares, ao mesmo tempo em que lida com diferentes limites físicos e semióticos dos contextos em que se insere, sem reduzí-lo, assim, a polaridades do determinismo biológico ou de um determinismo social onde ele se configura como mero reflexo do seu meio.

Dentro dessa perspectiva, quais informações sobre o fenômeno das drogas,

produzidas nos universos reificados, serviriam de matéria-prima para a elaboração das representações sociais no universo consensual das famílias de usuários de drogas? De que maneira familiares se apropriam desses conhecimentos para compreender e explicar suas realidades? Tornam-se questões de extrema relevância.

Para um enfretamento lúcido e eficaz em relação à problemática em questão é fundamental incluir toda a heterogeneidade da formas de consumo, das razões para o uso, assim como as crenças, valores, rituais, estilos de vida e visões de mundo que sustentam ou protegem o consumo dentro das famílias. Contudo, não podemos desconsiderar a inclusão destes micro-campos em um campo maior, o campo sócio-cultural com seus conflitos e desequilíbrios e que está em constante transformação.

CAPÍTULO 3
A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: DA ESTRUTURA AO PROCESSO, DO INDIVIDUAL AO SOCIAL, UMA BUSCA PARA INTEGRAR POLARIDADES.

A teoria que fundamenta o presente estudo é a Teoria das Representações Sociais. Foi desenvolvida por Moscovici e tem sido usada para estudar os mais variados tópicos dentro de diferentes áreas das Ciências. Segundo Moscovici (1978), as Representações Sociais podem ser descritas como verdadeiras "teorias" do senso comum, "ciências coletivas", pelas quais se procede à interpretação e mesmo à construção das realidades sociais.

Estudar as representações sociais é identificar a "visão de mundo" que os indivíduos ou grupos têm e empregam na forma de agir e se posicionar. Segundo Abric (1998), de acordo com a teoria das Representações Sociais, toda realidade é representada, reapropriada pelo indivíduo ou pelo grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo, integrada no seu sistema de valores e dependente de seu contexto sócio-histórico e ideológico.

Portanto, para Abric (1998) a representação não pode ser reduzida a um simples reflexo da realidade, ela é uma organização significante. Existe uma reestruturação da realidade para integrar características objetivas do objeto representado, assim como experiências anteriores do sujeito e seu sistema de valores e normas. É esta realidade reapropriada que constitui, para o indivíduo ou grupo, a realidade mesma.

Dentro dessa perspectiva, Moscovici (2003) afirma que os indivíduos não são apenas receptores passivos de informação, nem meros seguidores de ideologias ou crenças coletivas, mas pensadores ativos que, frente aos mais diversos eventos presentes no cotidiano das interações sociais, criam e comunicam suas próprias representações e soluções específicas para as questões que se colocam. Assim, a influência do social não é percebida como um estímulo que atinge o indivíduo, mas um contexto de relações onde o pensamento é construído.

A teoria das Representações Sociais é parte da Psicologia Social e como parte desta disciplina, traz na sua centralidade a tensão criativa entre o indivíduo e a sociedade. Na tentativa de não perder a vitalidade desta tensão, buscaremos no transcorrer deste projeto, não privilegiar qualquer dos dois pólos.

Para Jovchelovitch (2003), explicações demasiadamente individualizantes como parâmetros de compreensão da subjetividade e, por outro lado, a introdução de conceitos sociológicos na Psicologia Social que possam sucumbir no inverso, onde o indivíduo se torna produto da sociedade, não é suficiente para explicar os dilemas e contradições dos fenômenos a que a presente disciplina se implica em estudar. Para a autora, o grande desafio é recuperar a conexão entre uma sociedade sem sujeitos e sujeitos sem uma história social.

A Teoria das Representações Sociais se propõe a recolocar "nos espaços constitutivos da teoria e do método em Psicologia Social um lugar para o mundo social e seus imperativos, sem perder de vista a capacidade criativa e transformadora de sujeitos sociais" (Jovchelovitch, 2003, p.64). Assim, um dos grandes desafios se encontra na compreensão do social. Transformá-lo de simples variável que influencia os fenômenos em um elemento constitutivo dos fenômenos psicossociais.

Nesta perspectiva, podemos propor um diálogo entre as Representações Sociais e a atividade simbólica. "Símbolos pressupõem a capacidade de evocar presença apesar da ausência, já que sua característica fundamental é que eles significam uma outra coisa. Nesse sentido, eles criam o objeto representado, construindo uma nova realidade para a realidade que já está lá" (Jovchelovitch, 2003, p.74). Para Moscovici (2001) "um símbolo representa outra coisa diferente de si mesmo: é uma idéia sobre um objeto compartilhada por homens independente do próprio objeto" (p.52).

Dessa forma, os símbolos permitem uma variabilidade significativa e ainda assim, são referenciais. A imersão dos indivíduos em um contexto, é precondição para que "a emergência do Eu em oposição ao mundo externo ocorra em relação estreita com as transformações mentais que permitem a representação das coisas e, portanto, o desenvolvimento do pensamento simbólico e da linguagem" (Jovchelovitch, 2003, p.75). O Eu só se constituí em relação ao Outro, é nessa dialética que se torna possível a construção da individualidade. Este outro social, sejam pessoas ou instituições, são partes constituintes que tornam possívl o desenvolvimento de pluralidades humanas singulares, que se recombinam dentro do contexto simbólico cultural.

Jovchelovitch (2003) afirma que não existe possibilidade para a construção simbólica fora de uma rede de significados já constituídos. Para a autora, é sobre e dentro desta rede que os sujeitos psíquicos trabalham para re-criar o que já está lá, portanto, não estão nem abstraídos da realidade social, nem meramente condenados a reproduzi-la. A tarefa é elaborar a constante tensão entre um mundo que já se encontra

constituído e seus próprios esforços para ser sujeito, encontrar a sua verdade em meio a tradição. Assim, as representações sociais funcionam enquanto fenômeno mediador entre o indivíduo e a sociedade.

Jovchelovitch considera que as representações sociais, por serem simbólicas, se constroem sobre a capacidade representacional de um sujeito psicológico, contudo não podem ser diretamente equacionadas à atividade representacional *per se*, nem significa reduzi-las a um trabalho individual do psiquismo. Reconhecer que a realidade social "desempenha um papel constitutivo na gênese das representações, da atividade simbólica e do próprio sujeito individual" (p.79) é afirmar que a representação social emerge como um fenômeno colado ao tecido social (Jovchelovitch, 2003). É considerar o social enquanto totalidade, isso quer dizer que o social envolve uma dinâmica que é diferente de um agregado de indivíduos. Esse social com configuração de totalidade vai além da soma de discursos isolados, isto é, a totalidade tem propriedades distintas das propriedades dos seus elementos.

Para a autora, as representações sociais não são um agregado de representações individuais, da mesma forma que o social não é mais que um aglomerado de indivíduos. Elas funcionam como estratégia para enfrentar "a diversidade e mobilidade de um mundo que embora pertença a todos, transcende a cada um individualmente", elas são um espaço potencial de produção comum, onde os sujeitos transcendem a sua própria individualidade para entrar no domínio da vida em comum (Jovchelovitch, 2003, p.81).

Essa função simbólica, para Bauer (2003, p. 231):

> [...] se refere ao fato de que em RS (representações sociais) lidamos com imagens variáveis da realidade, através das quais as pessoas estabelecem um sentido de ordem, transformam o não-familiar em familiar através da ancoragem de novos conhecimentos em antigos esquemas, criam uma estabilidade temporária através da objetificação, e localizam a si próprios entre os demais através de um senso de identidade social.

Dessa forma, segundo Abric (1998), a identificação das representações sociais é indispensável para compreender a dinâmica das interações sociais e esclarecer os determinantes das práticas sociais, pois, o autor afirma que elas possuem quatro funções essenciais: de saber, identitária, de orientação e justificadora.

Para Abric (1998), a função de saber está relacionada com a possibilidade dos indivíduos de compreenderem e explicarem a realidade através das representações

sociais. Elas definem o quadro de referência comum que permite e facilita a comunicação social, concedendo a transmissão e difusão do saber prático do senso comum.

O autor afirma que a função identitária das representações é de extrema relevância no que se refere aos processos de comparação social, pois estas definem a identidade e permitem a proteção da especificidade dos grupos. Ao mesmo tempo, esta função assume um papel fundamental no controle social exercido pela coletividade sobre cada um de seus membros (Abric, 1998).

A função de orientação refere-se às representações como guia dos comportamentos e das práticas sociais. Segundo Abric (1998), elas constituem, aqui, um sistema de pré-decodificação da realidade, um guia para ação.

As representações sociais também permitem, *a posteriori*, justificar comportamentos e tomadas de posição. Nas relações entre grupos, de acordo com Doise (1973 apud Abric, 1998), assumem a função justificadora para explicar determinados comportamentos adotados face ao outro grupo. Assim, as representações preservam e justificam a diferenciação social, podendo, então, estereotipar as relações entre grupos, contribuir para a discriminação ou para a manutenção da distância social entre eles (Abric, 1998).

Dentro desta descrição das funções das representações sociais fica bem clara a sua relação com as atividades práticas do cotidiano, afirma-se que este não é apenas um conceito abstrato e teórico, mas também determinante na sua relação com a ação e as relações sociais.

Nessa perspectiva, para Jodelet (2001) as Representações Sociais são fenômenos complexos sempre ativados e em ação na vida social, que englobam uma riqueza de elementos informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens etc, formando uma totalidade significante em relação com a ação.

Dessa forma, para a autora, as representações sociais não podem ser reconhecidas exclusivamente enquanto sistemas de interpretação que guiam nossa relação com o mundo e com os outros, sendo responsáveis por nortear e organizar as condutas e as comunicações sociais. Pois, elas intervêm em processos variados, que passam por “difusão e assimilação de conhecimento, desenvolvimento individual e coletivo, definição das identidades pessoais e sociais, expressão dos grupos e as transformações sociais” (Jodelet, 2001, p.22).

Assim, agregando funções, as representações sociais funcionam como produto e processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e da elaboração psicológica e social dessa realidade.

É de extrema relevância compreender essas duas possibilidades de apreensão da definição de Representações Sociais. Valsiner (2003) destaca colocações de Moscovici que pontuam a essencialidade de se estudar as representações em seu processo de construção e não exclusivamente como já constituídas. Existe, então, uma distinção entre Representação Social enquanto processo, e representações sociais enquanto estruturas. Dentro da própria teoria há enfoques que privilegiam uma dimensão em relação da outra.

Banchs (2000) afirma que, para Moscovici e Jodelet, as representações sociais devem ser analisadas em relação com os processos da dinâmica social e da dinâmica psíquica. Isto significa que devem ser considerados o funcionamento cognitivo, assim como o funcionamento do sistema social, dos grupos e das interações, pois todas estas dimensões afetam a criação, a estrutura e a evolução das representações.

Dentro dessa perspectiva, conteúdo e processo não precisam ser descritos dentro de uma dicotomia. As representações sociais são abordadas, ao mesmo tempo, como o produto e o processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior pelo pensamento e da elaboração psicológica e social dessa realidade. Elas devem ser consideradas em relação a seus aspectos constituintes (os processos) e constituídos (os conteúdos) (Jodelet 2001).

Contudo, Banchs (2000) pontua que, apesar de existir essa relação, são poucos os estudos que incluem, simultaneamente, conteúdos e processos representacionais e conseguem dar um enfoque que permita integrá-los.

Dessa forma, existe também uma diferença no pólo processual se comparado ao pólo estrutural no que se refere à definição do objeto de estudo da teoria das representações sociais. Para Spink (1995), dentro da perspectiva processual, o objeto de estudo seria a atividade de reinterpretação contínua que emerge do processo de elaboração das representações no contexto da interação em que elas se constituem.

Então, segundo Banchs (2000), podemos descrever como características distintas da abordagem processual das representações sociais:

> [...] um enfoque qualitativo, hermenêutico, centrado na diversidade e nos aspectos significantes da atividade representativa; um uso mais freqüente de

> referentes teóricos procedentes da filosofia, lingüística, sociologia; um interesse focalizado sobre o objeto de estudo em suas vinculações sócio-históricas e culturais específicas; uma definição do objeto como instituinte mais que como instituído (p.37).

A abordagem estruturalista é mais centrada nos processos cognitivos. Foi desenvolvida por Jean Claude Abric dando ênfase à estrutura das representações sociais sob o enfoque da teoria do Núcleo Central.

Abric (1998) descreve as representações como sendo organizadas em conteúdos centrais e periféricos. Os conteúdos centrais estariam localizados em um núcleo central que, segundo o autor, tem função geradora e organizadora. Sendo assim, o núcleo central é o elemento através do qual se cria ou se transforma o significado dos outros elementos constitutivos da representação (função geradora), ao mesmo tempo em que unifica e estabiliza a representação (função organizadora).

Os elementos periféricos se organizam em torno do núcleo central. Segundo Abric (1998), seus componentes são mais acessíveis, mais vivos e mais concretos e respondem por três funções: concretização, regulação e defesa.

A função de concretização, para o autor está relacionada ao processo de ancoragem da representação na realidade, os elementos periféricos resultam desse processo e são dependentes do contexto.

Os elementos periféricos constituem o aspecto móvel e evolutivo da representação. Sendo assim, Abric (1998) afirma que a função de regulação tem um papel fundamental na adaptação da representação social às evoluções do contexto. É na periferia das representações que informações novas, assim como elementos de conflitos, em relação aos fundamentos do núcleo central, podem ser integradas.

O núcleo central resiste à mudança, pois isto implicaria em uma transformação completa da representação. Dessa forma, a função de defesa do sistema periférico refere-se à necessidade de dar conta das contradições que possam aparecer (Abric, 1998).

Dentro dessa abordagem, os dois sistemas central e periférico podem parecer contraditórios, mas são, na verdade, complementares. Ao analisar as características de ambos, Abric (1998) afirma que o primeiro está ligado à memória coletiva e à história do grupo, é consensual e define uma homogeneidade. Por isso, é estável, coerente e rígido, resistindo às mudanças e às influências do contexto imediato. Este sistema é

responsável por gerar o significado da representação e determinar sua organização.

Já o segundo sistema é descrito pelo autor como mais flexível, permitindo a integração de experiências e histórias individuais. Ele também tolera a heterogeneidade grupal, bem como as contradições. Sendo assim, é sensível ao contexto imediato e tem um caráter evolutivo que permite a adaptação à realidade concreta e a diferença de conteúdo.

O presente estudo utilizará a teoria das representações sociais dentro de sua perspectiva processual, em que é considerada a relação dialética entre o social e o individual. Contudo, embora haja uma ênfase com relação a essa abordagem, nada impede que em determinados momentos, possamos dialogar com sua perspectiva mais estruturalista.

Ao explorar as representações sociais destacando o seu caráter processual, estamos enfatizando o processo de construção de conhecimento. Como afirma Moscovici (2003, p.43), “quando estudamos representações sociais nós estudamos o ser humano, enquanto ele faz perguntas e procura respostas ou pensa e não enquanto ele processa informação, ou se comporta. Mais precisamente enquanto seu objetivo não é comportar-se, mas compreender”.

A teoria das representações sociais parte da diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos e tem como propósito, segundo Moscovici (2003), descobrir como indivíduos e grupos podem construir um mundo estável e previsível partindo de tamanha diversidade.

Para Valsiner (2003), esta diversidade é organizada pelas representações sociais que carregam significados construídos no passado, permitindo que estes estejam disponíveis para novas aplicações e afirma que representar socialmente é um processo de selecionar visões de mundo significativas, seguidas de verificações contínuas.

As Representações Sociais, por serem elaboradas na fronteira entre o psicológico e o social, são capazes de estabelecer conexões entre as abstrações do saber e das crenças e a concretude da vida do indivíduo em seus processos de troca com os outros. Essas conexões se estabelecem de acordo com dois processos: ancoragem e objetivação.

A ancoragem é o processo de reconhecimento de objetos não familiares com base em categorias previamente conhecidas. O ser humano experimenta um distanciamento, uma resistência quando não é capaz de descrever algo e comunicá-lo a outras pessoas. Portanto, esse ser, objeto ou acontecimento estranho precisa ser integrado em nossos sistemas de crenças particulares. Dessa forma, ancorar trata-se de

atribuir categorias e nomes à realidade, porque, ao classificar, revelamos nossas teorias sobre a sociedade e o ser humano (Moscovici, 2003).

Ao tirar algo do anonimato, dando-lhe um nome, estamos atribuindo-lhe uma genealogia e incluindo-o em um complexo de palavras específicas, para localizá-lo na matriz da identidade de nossa cultura. Assim, segundo Moscovici (2003), é dada uma identidade ao que não estava identificado, assegurando sua incorporação social.

Isto significa que, quando entramos em contato com algo diferente, não podemos dizer que tentamos conhecê-lo, mas sim reconhecê-lo, tentando classificá-lo dentro de categorias já existentes. Segundo Moscovici (2003), o que está em jogo nessas classificações do não-familiar, é a necessidade de defini-las, enquanto divergentes ou não da norma. Nesse contexto, "ancorar implica também a prioridade do veredicto sobre o julgamento e do predicado sobre o sujeito" (Moscovici, 2003, p.64).

Assim, segundo a teoria das representações sociais, é impossível ter um sistema geral sem vieses, pois é evidente que existe um sentido primeiro para qualquer objeto específico. Moscovici (2003) afirma que esses vieses não expressam uma limitação social ou cognitiva, mas uma diferença normal de perspectiva entre indivíduos ou grupos heterogêneos dentro de uma sociedade.

Contudo, ao integrarmos os sentidos que emergem aos sistemas com os quais estamos familiarizados, as representações preexistentes são de certo modo modificadas e aquelas entidades que devem ser representadas são mudadas ainda mais, de tal maneira que adquirem uma nova existência (Moscovici, 2003).

Jodelet (2001) descreve que a ancoragem enraíza a representação e o seu objeto numa rede de significações que permite localizá-lo em relação aos valores sociais e dar-lhe coerência, isto é, através de um trabalho da memória, o pensamento constituinte apóia-se sobre o pensamento constituído para enquadrar a novidade a esquemas constituídos.

A objetivação por sua vez, é o processo em que conceitos abstratos são materializados em realidades concretas. Para Moscovici (2003), objetivar é reproduzir um conceito numa imagem até que essa imagem se converta num elemento da realidade em vez de ser apenas um elemento do pensamento.

Ao objetivar algo, se preenche a defasagem entre a representação e o que ela representa. Segundo Moscovoci (2003), "as peculiaridades da réplica do conceito tornam-se peculiaridades dos fenômenos, ou do ambiente ao qual eles se referem, tornando-se a referência real do conceito" (p.74).

Para Jodelet (2001) o processo de objetivação pode ser decomposto em três fases: construção seletiva, esquematização estruturante e naturalização. Segundo a autora as duas primeiras fases revelam o efeito da comunicação e das pressões, ligadas à pertença social dos sujeitos, sobre a escolha e a organização dos elementos constitutivos da representação.

Estes processos possibilitam uma reflexão sobre como podemos nos aproximar das representações em diferentes níveis de complexidade. “Desde a palavra até a teoria, que serve de versão do real; desde os conceitos ou categorias até as operações de pensamento, que os relacionam, e à lógica natural, característica de um pensamento orientado à comunicação e à ação” (Jodelet, 2001, p.39).

Jovchelovitch (2003), em relação aos processos de constituição das Representações Sociais, afirma: “As representações emergem como processo que ao mesmo tempo desafia e reproduz, repete e supera, que é formado, mas que também forma a vida social de uma comunidade” (p.82).

Assim, de acordo com Sá (1993), tudo que é estranho vai provocar medo, já que se manifesta como uma ameaça à ordem estabelecida, à ilusão de controle sobre o meio externo e interno. Quando o estranho é representado socialmente, ele se torna menos ameaçador. Dessa forma, “a finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não familiar, ou a própria não familiaridade” (Moscovici, 2003, p.54).

Apesar de descrever uma forma de conhecimento, as Representações Sociais não constituem uma teoria que se aplica a todas as formas de conhecimento que são produzidas e mobilizadas em um dada sociedade. Sá (1993) retoma a diferenciação feita por Moscovici que considera coexistir, na contemporaneidade, duas classes distintas de universos de pensamento: os universos reificados e os universos consensuais.

O autor descreve, que nos universos reificados, a sociedade se vê como um sistema com diferentes papéis e categorias, onde o grau de participação na produção de conhecimento é determinado exclusivamente pelo nível de qualificação. Existe uma objetividade, um rigor lógico e metodológico e uma teorização abstrata que caracterizam as ciências e o pensamento erudito.

Aos universos consensuais correspondem as atividades intelectuais da interação social cotidiana, pelas quais são produzidas as Representações Sociais (Sá, 1993). Porém é relevante salientar que a matéria-prima para a construção dessas realidades consensuais provém dos universos reificados.

Esses dois universos estão em constante interação e, uma vez instalada uma

crise, onde as tensões entre universos reificados e consensuais criam uma ruptura entre a linguagem dos conceitos e a das representações, entre conhecimento científico e conhecimento popular, fazem-se necessárias revoluções concretas no senso comum de maneira a tornar possível re-ligar os dois universos (Moscovici, 2003).

Dessa forma, as representações sociais traduzem o pensamento do senso comum uma vez que descrevem as transformações que os diversos grupos sociais fazem das teorias filosóficas e científicas dominantes nas sociedades contemporâneas (Moscovici, 1978), viabilizando a vivência em determinados contextos e produzindo estratégias de sobrevivências.

Podemos dizer que a comunicação está no centro dos universos consensuais, porque ela configura e anima as representações sociais e, desse modo, lhes dá vida própria (Moscovici, 2003). Nesse contexto, o senso comum está continuamente sendo criado e re-criado, pois, principalmente onde o conhecimento científico e tecnológico está popularizado, estas imagens e linguagem simbólica da ciência, estão, segundo Moscovici (2003), constantemente sendo retocadas.

Mesmo que exista um intercâmbio entre o universo consensual e o universo reificado, um não pode ser reduzido ao outro, pois implicam em modos diversos de compreender e se relacionar com o mundo. Embora o senso comum mude seu conteúdo e a maneira de raciocinar, ele não é substituído pelas teorias científicas e pela lógica. Sua função de descrever e explicar as relações comuns entre os indivíduos, suas atividades e comportamentos do dia-a-dia permanecem. Segundo Farr (1993 apud Moscovici 2003), ele resiste a qualquer tentativa de reificação que transformaria os conceitos e imagens enraizadas em regras e procedimentos explícitos.

Este enfoque na teoria das representações sociais não distingue um *status* hierárquico a estas formas de conhecimento, ambos são importantes, pois, independente da validade e credibilidade do conhecimento do senso comum, ele constitui “uma teia de significados capaz de criar efetivamente realidade social” (Spink, 2003, p.120).

Jodelet (2001) aponta que tal característica é reconhecida pela comunidade científica, e reafirma que as RS (representações sociais) “é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (p.22).

Assim, para a autora, o conhecimento “ingênuo”, produzido pelo senso comum, não deve ser invalidado como falso ou enviesado, pois trata-se de um conhecimento “outro”. Este é diferente da ciência e adaptado à ação sobre o mundo, sua especificidade

é justificada por formação e finalidades sociais (Jodelet, 2001).

Dentro dessa perspectiva, estudar as representações sociais requer que examinemos o aspecto simbólico dos nossos relacionamentos e dos universos consensuais de que fazemos parte.

Assim, Banchs (2000) pontua que as Representações Sociais inauguram dentro da Psicologia Social, um novo sentido para o adjetivo social, utilizado anteriormente como um rótulo para se referir aos estímulos sociais, variáveis sociais, situações sociais etc. A autora destaca que o adjetivo social passa a ter uma amplitude que abarca tanto as condições de produção das representações (meios de comunicações sociais, interação face a face, comunicação, linguagem), como as condições de circulação das mesmas (intercâmbio de saberes e inserção de pessoas em grupos e dos grupos sociais em contextos sociais particulares dentro de uma estrutura social) e também suas funções sociais (construção social da realidade no intercâmbio social, desenvolvimento de uma identidade social e pessoal, busca de sentido ou construção do conhecimento do sentido comum).

De fato, para Banchs (2000), o social nas representações não se polariza nem para o nível micro nem para o macro. A autora, então, apresenta os conceitos propostos por Moscovici de determinação social lateral e central. A primeira está relacionada ao nível micro dos grupos a que pertencemos, nossas obrigações dentro de uma parcela particular do mundo e que será focalizada na presente pesquisa. Já a determinação central se refere ao pertencimento a uma nação, um país, uma cultura com uma história e uma memória social que atravessa as representações. Segundo a autora, essas duas formas de determinação devem ser compreendidas dentro de uma perspectiva dialética, pois ao mesmo tempo em que o indivíduo se constitui e constitui suas representações, também constitui seu mundo social, assim como constrói e reconstrói permanentemente sua própria realidade social e identidade pessoal.

Por isso, o peso do social não conduz a negar a importância do indivíduo nem de sua subjetividade. De acordo com Banchs (2000), no estudo das representações sociais, não há como ignorar os sujeitos, pois é através da compreensão de suas conexões com os modos de vida que podemos entender a identidade possível que um sistema de saberes assume em um momento histórico dado. Assim, é fundamental, para descrever as representações em sua pluralidade, se conhecer quem fala, qual a sua posição na estrutura social e quais os espaços sociais que produzem esse discurso.

É essa relação dialética entre o individual e o social que marca a singularidade

de algumas representações. Dentro da teoria, o social passa a ser constituído como uma multiplicidade construída, fundamentalmente, a partir da uma relação de forças num campo historicamente dado.

Na consolidação das Representações Sociais estão relacionados processos de caráter individual, como os processos cognitivos ou mentais, assim como processos de interação e contextuais, de caráter social. Dessa forma, as representações não deveriam ser divididas em termos de conteúdo e processo, é necessário estudá-las tanto sob o enfoque do que há de permanente, quanto sob o que há de diverso, de mutável.

As representações, enquanto pensamento constituído, se organizam como estruturas. Entretanto, estão contidas em uma dinâmica social onde as fronteiras são permeáveis, onde existe uma dialética de intercâmbio, ao mesmo tempo em que contêm uma memória social construída ao longo da história, preexistente enquanto uma configuração de um determinado indivíduo, situado em um contexto específico.

Assim, segundo Silva (2005), “o social é essencialmente um objeto construído e produzido a partir de diferentes práticas humanas e que não cessa de se transformar ao longo do tempo” (p.15). O adjetivo social não aparece na teoria das Representações Sociais como se opondo ao adjetivo individual, eles se complementam e são co-construídos.

Para Moscovici (2003), quando se estuda o senso comum, o conhecimento popular, através das representações, está se pesquisando algo que liga sociedade ou indivíduo a sua cultura, sua linguagem, seu mundo familiar. Existe uma busca por integrar conceitos, considerados opostos, descrevendo a interação em seus aspectos multidimensionais.

As representações têm seus aspectos mais estáveis e estruturados que se apóiam na memória coletiva e no consenso, assim como seus aspectos mutáveis e dinâmicos, que são produzidos nas relações sociais. A interação entre esses aspectos se dá de forma processual e não pode ser compreendida fora de um contexto-histórico específico.

Nesta pesquisa, diante das questões discutidas, podemos observar que dentro da teoria das Representações Sociais existe uma transfertilização entre o social e o individual, estrutura e processo, principalmente na perspectiva do fundador da teoria, Serge Moscovici. De forma ideal, para que se abarque toda a complexidade das representações sociais, dever-se-ia deixar de lado o reducionismo e, segundo Moscovici (2003), apreender os fenômenos do pensamento e comunicação entre as pessoas em sua unidade, isto é, em sua existência confusa.

Nesta pesquisa, buscamos incluir o papel fundamental da ciência nesta interação existencial confusa que caracteriza a complexidade das representações sociais. Moscovici (1978) destaca que uma das funções essenciais da ciência consiste em transformar a existência dos homens e afirma:

> Ela [a ciência] o consegue à força de fazer gravitar sua experiência ordinária em torno de novos temas, de inculcar significados diferentes a seus atos e suas falas, de transportá-los, por assim dizer, para um universo de relações e de eventos estranhos, até então desconhecidos. Se tiver êxito, ei-la convertida em material de que cada indivíduo se recompõe e recompõe subsequentemente a história individual e social, parte integrante de sua vida afetiva e intelectual (p. 17 e 18).

Assim, o fenômeno de penetração da ciência, onde os grandes debates apoderam-se da consciência coletiva, confere à ciência a dimensão de um importante fato social e implanta-a na vida cotidiana da sociedade.

Moscovici (1978) relata que o indivíduo comum interessa-se pelas descobertas das ciências por diferentes motivos. A sua aproximação pode acontecer porque é solicitado pelos próprios cientistas, porque o seu meio ou os seus hábitos foram por elas afetados ou porque julga necessário estar a par, caso se veja obrigado a recorrer às novas descobertas.

Para o autor, as teorias, técnicas e invenções científicas têm impactos sobre hierarquia de valores, peso relativo de comportamentos, porque muitas vezes causa perturbações na relação com o real e nas normas vigentes.

A socialização das descobertas científicas dá lugar à construção de um outro tipo de conhecimento, pois não há uma reprodução idêntica do saber armazenado na ciência. O conhecimento científico, apropriado pelo senso comum, é reelaborado e adaptado a outras necessidades, obedecendo a outros critérios do contexto social preciso onde é compartilhado.

A passagem do nível da ciência ao das representações sociais, segundo Moscovici (1978), “implica uma descontinuidade, um salto de um universo de pensamento e ação a um outro, e não uma continuidade, uma variação do mais para o menos” (p.26). A representação social significa um novo *status* epistemológico que permite a penetração da ciência na sociedade. Pois, nas representações sociais, de fato, existe uma reprodução. Contudo, tal reprodução engloba um remanejamento das

estruturas, uma remodelação dos elementos, uma verdadeira reconstrução do dado no contexto dos valores, das noções e das regras, de que ele se torna doravante solidário, tornando-se assim, uma forma de conhecimento particular que permite elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos (Moscovici, 1978).

Dessa forma, o conteúdo recebido é submetido a um trabalho de transformação para se converter em um conhecimento aplicável na vida cotidiana. O poder criador da atividade representativa consiste da possibilitade de partir de repertórios de saberes e experiências e deslocá-los, recombiná-los, para integrá-los ou desintegrá-los, a depender das necessidades que surgem das interações sociais.

Uma representação faz circular e reúne experiências, conceitos, vocabulários e condutas que provém de origens muito diversas, reduzindo a variabilidade dos sistemas intelectuais e práticos, os aspectos desconexos do real (Moscovoci, 1978). As associações, contradições e combinações estruturadas criativamente na vida cotidiana configuram o saber do senso comum onde o comportamento impregna-se de significações, os conceitos ganham cor ou se concretizam, enriquecendo, assim, a tessitura do que é, para cada de um de nós, a realidade.

Na atividade representativa há uma “profunda propensão para dar uma existência conosco (sic) àquilo que tinha uma existência sem nós, para nos fazer presentes onde estamos ausentes, familiares em face do que nos é estranho” (Moscovici, 1978, p.64).

A passagem da teoria científica à sua representação social, produzida coletivamente, requer a mudança de nível e organização dos saberes, havendo uma transposição de conceitos e teorias para o plano do saber imediato e permutável, respondendo justamente à necessidade de adaptar a ciência à sociedade e a sociedade à ciência, e às realidades que ela descobre.

Dentro desta perspectiva, busca-se, nesta pesquisa, descrever o intercâmbio de saberes quando o objeto de representação social é o consumo de drogas. Para tanto, foi acompanhado o processo de apropriação do saber dos profissionais especializados na questão, pelos familiares de usuários de drogas nas suas interações e comunicações ao longo do tratamento. Analisando se de fato houve uma transposição de conceitos e teorias, buscamos compreender como os participantes se utilizam de possíveis novas aprendizagens na superação dos desafios que se impõem ao se depararem com o fenômeno do uso de drogas dentro do contexto imediato de suas famílias.

CAPÍTULO 4
METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O presente estudo tem como problema de pesquisa as seguintes questões:

1. Como a aproximação através do tratamento com o saber científico especializado relacionado à questão do consumo de substâncias psicoativas contribui para a transformação das representações sociais das drogas entre familiares de usuários em atendimento tornando-as diferentes daqueles que ainda não passaram pelo mesmo processo?
2. Quais as diferenças no conteúdo e estrutura dessas Representações?

Os objetivos gerais são:

1. Descrever e analisar o processo de (re)estruturação das Representações Sociais das drogas entre familiares de usuários em tratamento, verificando se há uma apropriação e transformação do corpo de conhecimento científico a que eles têm acesso;
2. Descrever o conteúdo e a organização das representações sociais das drogas entre familiares dos dois grupos.

Objetivos específicos:

1. Identificar, analisar e comparar do ponto de vista dos familiares dos dois grupos:
   a) o que leva ao uso de drogas;
   b) possíveis tipos de uso de drogas;
   c) as conseqüências do uso de drogas;
   d) o papel da família em relação ao uso de drogas;
   e) as expectativas em relação às intervenções terapêuticas;
2. Identificar e analisar as diferenças de sentimentos entre os familiares dos dois grupos em relação às pessoas que usam drogas.
3. Descrever o padrão de consumo e o tipo de droga usada nas famílias estudadas e analisar possíveis influências nos conteúdos das representações.

4.2 ASPECTOS GERAIS

O presente trabalho é um estudo qualitativo e quantitativo, descrito por Creswell (2003) como uma pesquisa de métodos mistos. O autor afirma que o conceito de misturar diferentes métodos (qualitativos e quantitativos) provavelmente teve origem em 1959, quando Campbell e Fiske usaram diversos métodos para estudar a validade dos traços psicológicos. Creswell (2003) salienta que, reconhecendo que todos os métodos têm limitações, pesquisadores perceberam que tendências inerentes a um único método poderiam ser neutralizadas por tendências de outros métodos. Além desta, razões adicionais para se misturar métodos diferentes são citadas: os resultados obtidos através de um método podem ajudar a desenvolver outro método (Greene et al, 1989 apud Creswell, 2003); um método pode ser embutido dentro de outro método para promover inter-relações em diferentes níveis ou unidades de análise.

Gunther (2004) salienta que o ideal seria que o pesquisador não escolhesse entre um método ou outro, mas que utilizasse as várias abordagens, qualitativas e quantitativas que se adequam à sua questão de pesquisa. Porém o autor destaca que devem ser consideradas diversas questões de ordem prática, empírica e técnica que podem levar à escolha pelo pesquisador, de uma única abordagem. É indispensável avaliar os recursos materiais, temporais e pessoais disponíveis na relação do pesquisador com o seu problema de pesquisa, para que se torne viável a utilização de métodos mistos.

Acatando os argumentos sobre as dimensões de tempo, habilidades do pesquisador e disponibilidade de recursos, este estudo se enquadra nos pré-requisitos para a utilização de métodos mistos. Dada a complexidade do fenômeno das drogas e a multiplicidade de fatores relacionados à questão, houve a opção por se trabalhar com métodos mistos por toda a sua possibilidade de complementação.

Como salienta Camargo (2005), é freqüente no campo de pesquisa das representações sociais a necessidade de utilização de estratégias metodológicas variadas, assim como procedimentos de análise e interpretação de dados diversos devido à complexidade desse fenômeno.

Wagner (1994) afirma que, ao definir um procedimento para medir qualquer processo em Ciências Sociais, o pesquisador também define em que nível o fenômeno em questão será mapeado. Para o autor, na pesquisa em representações sociais o nível

de avaliação individual e social/cultural desempenha um papel crucial.

É importante se pontuar que este estudo se situa entre os estudos com nível de avaliação individual. Isto é, como descreve Wagner (1994) "que se referem a fenômenos de domínio subjetivo, tais como compreensão, sentimentos e a volição do sujeito individual" (p.155).

O autor ainda discute que, além de percepções, lembranças, atitudes, emoções, afetos e comportamentos, o nível individual de avaliação também compreende crenças que são compartilhadas entre atores sociais e comuns a grupos sociais. Assim apesar das representações serem avaliadas e medidas no sujeito individual, segundo o autor, elas pertencem a um nível de análise social em termos teóricos.

4.3 OS CONTEXTOS E PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada em duas instituições, localizadas na cidade de Salvador (BA), especializadas na prevenção e tratamento de usuários de substâncias psicoativas. Uma delas (instituição A) funciona há mais de 20 anos e é considerada como centro de referência na América Latina sobre o tema em questão. A segunda (instituição B), foi inaugurada há pouco mais de um ano, e faz parte do processo de "(re)afirmação e (re)elaboração de estratégias e propostas para efetivar e consolidar um modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que garanta o seu atendimento pelo SUS e, ao mesmo tempo, considere o seu caráter multifatorial, não reduzindo esta questão a uma problemática exclusiva do sistema de atenção à saúde" (Ministério da Saúde, 2003, p.6).

Ambas as instituições, apesar de algumas diferenças, fazem parte de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais. Tendo a ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários e seus familiares, consideram que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos e da lógica ampliada de redução de danos,

realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (Ministério da Saúde, 2003).

Assim, estas organizações trabalham com a população de usuários e dependentes e suas famílias. Oferecem acompanhamento psicoterápico individual ou em grupo, além de tratamento psiquiátrico. Contudo, apresentam especificidades e diferenças nas formas de intervenção e serviços oferecidos.

A *instituição A* oferece serviço ambulatorial além de disponibilizar para a população uma biblioteca com um rico acervo específico sobre o tema das drogas e realizar, periodicamente, pequenos cursos e palestras abertas ao público. Assim, não só presta assistência, como conduz atividades de intervenção preventiva, estudos, ensino e pesquisa voltados para o abuso de substâncias psicoativas.

A *instituição B* possui uma estrutura mais completa com copa, cozinha, equipe multidisciplinar com enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos clínicos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, além de psicólogos e psiquiatras, possibilitando que os pacientes que necessitam de um tratamento mais intensivo possam passar o dia no centro.

Em ambas as instituições, os familiares em tratamento têm acesso ao corpo de conhecimento científico relacionado ao fenômeno em questão, principalmente através do contato com profissionais especializados no tema.

A princípio, a coleta de dados seria realizada em uma única instituição, porém, devido a flutuações na quantidade de familiares que recorrem aos centros, por questões de prazos a cumprir, tornou-se necessário recorrer a uma segunda organização, para possibilitar o acesso ao número de participantes, previsto no Projeto da Dissertação.

Para as duas instituições, foi necessário que se fizesse uma apresentação da proposta de pesquisa para toda a equipe antes de começar a coleta, sendo que ambas demonstraram interesse e disponibilidade em colaborar com o estudo proposto.

A entrada no campo implica em nos depararmos com as instabilidades e oscilações da vida real que muitas vezes se distanciam das metas idealizadas no projeto ao se programar um delineamento de pesquisa.

O primeiro desafio que se apresentou foi que o início da pesquisa coincidiu com

um momento de reestruturação de uma das instituições, o que tornou bastante trabalhoso conseguir a permissão para realizá-la devido às mudanças de cargos e o fato dos profissionais estarem se apropriando de suas novas funções. Não havia ainda uma pessoa responsável pela área de pesquisa na instituição. Então, até que tudo se organizasse, e fosse possível se conseguir a autorização ocorreu um atrasado significativo para o início da coleta.

Ultrapassada esta fase, ainda encontramos um novo desafio, o grupo de família havia sido suspenso e estaria reiniciando seus atendimentos no mesmo momento em que a pesquisadora se inseriria na instituição. Por um lado, isto se tornou positivo, pois surgiu a oportunidade de se observar o processo das pessoas que estão iniciando o tratamento. Mas, ao mesmo tempo, reduziu-se significativamente o número de sujeitos que poderiam participar enquanto familiares que já estão em tratamento por um período mínimo de três meses. Assim, restaram apenas aqueles que estão em acompanhamento individualizado na instituição que, naquele momento, dos que poderiam se enquadrar nos pré-requisitos para a pesquisa, eram apenas quatro.

Porém, diante destas dificuldades, quando se fez necessária a entrada na segunda instituição, os procedimentos fluíram de forma mais tranqüila.

4.4 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foi utilizada uma amostra intencional, onde os indivíduos eram selecionados por terem experienciado o fenômeno central, isto é, todos os participantes deveriam ser integrantes de uma família onde existem usuários de drogas e estar em tratamento.

Por familiares, na presente investigação, entende-se qualquer pessoa vinculada por laços consangüíneos, consensuais ou jurídicos a um usuário de drogas que chegue a instituição como “porta-voz” da família em relação à questão. Também foi utilizado, como critério, que os usuários de drogas nestas famílias, não apresentassem um diagnóstico paralelo de transtornos mentais severos tais como psicose, esquizofrenia, transtorno bipolar ou autismo. Foi considerado fundamental que todos os participantes

aceitassem participar da pesquisa assinando o termo de consentimento.

Para o primeiro grupo (Grupo1), formado por participantes em início de tratamento, além dos critérios já descritos, as entrevistas foram realizadas no primeiro contato com a instituição. Mais especificamente, na entrevista de acolhimento, ou seja, uma espécie de primeira interação onde é feita uma triagem do paciente e um encaminhamento para o tipo de atendimento necessário (psicoterapia individual ou espaço família, por exemplo). Quando esse procedimento não era possível, as entrevistas eram realizadas após a primeira sessão no espaço família.

Para o segundo grupo (Grupo 2), formado por familiares em tratamento, o critério para inclusão foi que os participantes já estivessem em atendimento psicológico individual ou em grupo por um tempo mínimo de três meses nas instituições. Tempo este, considerado pelos profissionais como um tempo mínimo onde já poderiam ser observadas algumas modificações nas representações e que geralmente, corresponde ao período máximo em que a grande maioria permanece na instituição, de forma contínua sem muitas faltas ou interrupções e retornos.

A mediação entre os familiares e a pesquisadora foi sempre feita por um profissional das instituições. No primeiro grupo, depois das entrevistas de acolhimento, o profissional que realizou o procedimento perguntava ao entrevistado se este aceitaria participar da pesquisa. Havendo a disponibilidade do mesmo para tanto, era realizada a entrevista e aplicados os outros instrumentos.

No segundo grupo, os psicólogos questionavam seus pacientes que já estavam em tratamento, há no mínimo três meses, se aceitariam participar da pesquisa. Havendo o consentimento dos mesmos, os profissionais encaminhavam os participantes. Quando havia disponibilidade de tempo, a coleta era realizada logo em seguida ou remarcava-se um horário viável para a coleta em um outro momento. Todas as entrevistas eram feitas em uma das salas das instituições.

Foram previstos como critérios para suspender ou encerrar a pesquisa: a recusa de um dos voluntários em continuar na pesquisa ou em responder a alguma das perguntas propostas, mas isso não ocorreu.

Recorrendo aos relatórios da *instituição A*, onde são registradas as atividades, número de acolhimentos e atendimentos realizados, pudemos ter acesso à quantidade de familiares que procuram anualmente o centro. Dos registros encontrados nos Relatórios

de 2001[5] e 2004, verificamos que no ano de 1997 foram acolhidos cento e sessenta familiares na instituição; duzentos e trinta e quatro no ano de 1998; cento e dezesseis no ano de 2001; cento e setenta e nove no ano de 2004; e cento e cinco no período de janeiro a junho de 2005.

Apenas no Relatório de 2004[6] foram encontrados dados que descrevem esta população. Neste ano a imensa maioria dos familiares que recorreram à instituição era do sexo feminino (89,93%), e apenas 10,79% eram do sexo masculino. Embora o centro receba membros da família em geral, a maioria (69,78%) dos familiares acolhidos no ano de 2004 eram mães de usuários, e segundo os profissionais que trabalham no centro este é um padrão que se repete todos os anos. Entre outros representantes de família que se apresentaram a instituição neste mesmo ano encontramos pais (8,63%), esposa ou esposo (8,63%), tia ou tio (4,32%), irmã ou irmão (3,59%), avó (2,16%) e filho ou filha (1,44%).

A amostra total foi composta por vinte participantes, sendo dez participantes para cada Grupo. Para ambos os grupos todas as participantes eram do sexo feminino seguindo o padrão predominante descrito no relatório da *instituição A.* Não houve nenhum tipo de critério de exclusão nesse sentido, a amostra se configurou desta forma porque durante o período de observação e coleta de dados em ambas instutições, a pesquisadora não se deparou com familiares do sexo masculino que recorressem ao tratamento.

No Grupo 1, as participantes tinham idades entre 30 e 61 anos. Três delas afirmaram ter nível superior completo, cinco tinham completado o ensino médio e duas haviam completado apenas o ensino fundamental.

No Grupo 2, quatro estão entre 42 e 57 anos, e seis participantes têm idades entre 60 e 69 anos. Neste Grupo, quatro participantes têm nível superior completo, quatro delas afirmaram ter completado o ensino médio e duas declararam não ter completado o ensino fundamental. Apesar do nível de escolaridade, umas das participantes do Grupo 1 e três do Grupo 2 que declararam ter o o ensino fundamental ou médio completos, tiveram dificuldades com a escrita durante a aplicação da Rede Associativa. Contudo, como as aplicações dos instrumentos eram realizadas

[5] CETAD. (2001). Relatório de atividades da Divisão de Clínica do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. Salvador: UFBA/SESAB.
[6] CETAD. (2004). Relatório de atividades da Divisão de Clínica do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. Salvador: UFBA/SESAB.

individualmente, foi possível fazer uma adaptação onde a participante descrevia oralmente as tarefas e a pesquisadora as executava, não havendo assim, comprometimento na coleta das informações.

No primeiro Grupo, entre as profissões citadas, apareceram uma bióloga, duas professoras, uma técnica administrativa, uma secretária, duas donas de casa, uma manicure e duas desempregadas. Quatro participantes afirmaram ter uma renda entre R$350 e R$600. Outras quatro participantes descreveram uma renda entre R$1.800 e R$3.000. Das duas restantes, uma disse ter uma renda acima de R$6.000 e outra declarou que, no momento, por estar desempregada, não tem renda própria.

No segundo Grupo, entre as participantes com nível superior, havia uma assistente social, uma arquiteta, uma pedagoga que trabalhou como professora de teologia e está aposentada, e uma participante que se formou em Direito, mas trabalha como terapeuta corporal. As demais profissões referidas foram auxiliar de enfermagem, cabeleleira e esteticista, paisagista, estatística, doméstica e trabalhadora rural aposentada.

Em se tratando da renda familiar, no Grupo 2, três participantes se recusaram a informar. Entre as demais, cinco participantes descreveram rendas entre R$2.500 e R$4.000, uma afirmou renda familiar de R$900 e outra de um salário mínimo.

Seguindo a tendência apontada pelo relatório referido, sete das participantes do Grupo 1, são mães de usuários de drogas, uma é esposa, uma é irmã e outra é tia. As participantes que se descreveram como tia e irmã, apesar de não serem mães biológicas dos usuários de drogas em questão, ocupam uma função materna substitutiva. A que se apresenta como tia, não tem filhos, é solteira e mora junto com a avó e a mãe biológica do usuário, a qual descreve como bastante ausente e afirma que o sobrinho recorre muito mais a ela do que à própria mãe. A participante que é irmã de um usúario de drogas também faz críticas à mãe, e se auto descreve como aquela que “faz de tudo para unir a família”. Ela também afirma que veio à instituição no “lugar da mãe” porque esta diz “não ter condições de vir”. Mesmo a esposa do usuário, relata que a família deste é muito ausente e que ele “só tem” o apoio dela. Ao longo do seu discurso na entrevista também fica evidente uma posição de maternagem da participante em relação ao marido.

No Grupo 2, o mesmo padrão se repete. Das dez participantes, sete são mães de usuários de drogas, duas são irmãs e uma é esposa. Mais uma vez, as participantes que não são mães biológicas do ente que consome droga, assumem uma função materna

substitutiva em relação a estes. Ambas as irmãs de usuários de drogas que estão em tratamento nas instituições, ambas com 60 anos, são solteiras, nunca tiveram filhos e se declaram responsáveis pelos irmãos depois que os pais faleceram. A participante casada com um alcoolista, assim como a participante-esposa do Grupo 1, tem um discurso marcado por preocupações e cuidados excessivos que muito a aproxima da função materna em relação ao marido. Assim, podemos observar que mesmo aquelas que não são mães de usuários de drogas, independente do laço familiar, com muita freqüência se apresentam ao tratamento em um discurso que aponta para o fato de ocuparem esta função em relação a ente que consome substâncias psicoativas.

Assim, podemos observar a confirmação da tendência encontrada nos relatórios da instituição onde se tomando como foco à questão das drogas dentro das famílias, a mobilização maior ocorre por parte das mulheres, sendo principalmente a mãe o membro do sistema familiar que recorre ao suporte do saber científico das instituições especializadas.

Quanto ao estado civil, no Grupo 1 duas participantes são viúvas, sendo que uma delas se casou novamente; além desta, mais quatro outras participantes afirmaram serem casadas. Uma única participante disse estar solteira e as demais divorciadas.

Cinco das dez participantes entrevistadas descrevem uma composição familiar com três ou mais filhos. Quatro têm famílias com um ou dois filhos e apenas uma participante afirma não ter filhos e é esposa de um usuário de drogas, além de ser a participante mais jovem.

No Grupo 2, cincos das participantes são divorciadas ou separadas, duas são solteiras, duas casadas e uma viúva.

Neste Grupo, cinco participantes descrevem familias compostas por um ou dois filhos. Três têm famílias com três ou mais filhos, e duas descrevem famílias multigeracionais onde convivem na mesma casa com filhos, noras e netos.

No Grupo 1, considerando a religião, apenas uma participante afirmou não ter adesão a nenhuma doutrina religiosa. Entre as demais, seis afirmaram seguir a doutrina católica, uma a doutrina espírita, outra se descreveu como evangélica e uma outra afirmou ser budista.

Metade das participantes do Grupo 2 afirmaram seguir a doutrina católica, duas se auto denominaram espiritualistas, uma era Testemunha de Jeová, e duas afirmaram “acreditar em Deus”.

Os dados sobre o tempo e o padrão de consumo de drogas do familiar não são

muito precisos. Fica claro, na aplicação do questionário, que a maioria das participantes não apresenta certeza sobre a freqüência de uso nem há quanto tempo se dá o consumo de drogas do seu familiar.

Dos usuários referidos no Grupo 1, oito estão na faixa de idade entre 18 e 24 anos. Apenas dois dos usuários de drogas descritos têm 32 e 33anos.

Já no Grupo 2, oito dos usuários de drogas referidos estão entre 33 e 56 anos, e quatro estão entre os 18 e 24 anos. Neste Grupo, duas famílias apresentavam mais de um usuário de drogas entre seus membros.

Apenas dois participantes do primeiro Grupo trazem como queixa o abuso de substâncias lícitas. Uma participante busca orientação na instituição porque está preocupada com o uso abusivo de álcool do filho, durante os fins de semana e outra faz referência o uso de inalantes (cola e tine) pelo sobrinho, afirmando não ter certeza se este consome algum tipo de substância ilícita. As demais descrevem o consumo de drogas múltiplas, onde existe a combinação de subtâncias lícitas e ilícitas.

Oito participantes relatam o consumo de cigarros, sete o uso de álcool e uma descreve o abuso de medicamentos, contudo as queixas giram em torno do abuso das substâncias ilícitas. A combinação do uso de maconha e crack aparece com maior frequência, sendo citado por quatro participante. Destas quatro, apenas uma participante relata que o filho já chegou a usar cocaína em algum momento, mas que já não consome mais esta substância. Duas participantes relatam a combinação do uso de maconha, cocaína e crack. Uma se queixa do uso exclusivo de crack e outra do uso abusivo de maconha.

Nos relatos em que existe a combinação de mais de uma substância, geralmente, a droga de abuso referida como principal queixa é o crack, apesar do consumo de maconha ser, com muita freqüência, mais antigo e com padrão de uso diário pesado (mais de uma vez por dia).

Embora seja a primeira entrevista na instituição, sete participantes afirmaram ter conhecimento que o ente faz consumo de crack entre um a três anos. Geralmente, elas não sabem afirmar há quanto tempo o familiar faz uso das outras drogas, o que aponta que, com maior freqüência, as famílias só chegam às instituições especializadas quando o consumo de drogas do ente se estabelece em relação a uma das drogas mais destrutivas. O crack é droga que finalmente sinaliza e convence as famílias deste Grupo que algo não vai bem com aquele que insiste em usar subtâncias psicoativas e parece não ser notado.

Já no segundo Grupo, metade dos participantes tem como questão na família o abuso de uma substância lícita: o álcool. Dentre estas participantes, apenas uma descreve a combinação do álcool com cigarros. Quando o foco da queixa inclue substâncias ilícitas, temos duas participantes que relatam um consumo abusivo de maconha dos filhos adolescentes. Apenas três participantes deste Grupo se referm ao uso de múltiplas substâncias e cada uma descreve um tipo de combinação diferenciada.

Uma traz como queixa o abuso de cocaína, descreve que o filho faz uso de cigarros, usou maconha por mais de três anos, mas suspendeu o consumo desta substância há alguns anos.

Outra participante traz como queixa principal o alcoolismo do filho, contudo relata que este faz uso de cigarros, maconha e crack em um feqüência que desconhece.

Por último, outra participante decreve os diferentes padrões de consumo de drogas de seus dois filhos. O mais novo, descrito por ela como usuário, é dependente de nicotina, faz uso recreativo do álcool, fuma maconha diariamente e consome cocaína em média uma vez por mês há cincos anos. O mais velho, que já recorreu ao tratamento, é referido como adicto, faz uso recreativo de álcool, fez uso diário de maconha, consumia cocaína durante os fins de semana por nove anos, consumiu crack diariamente por três anos e, segundo ela, está sem consumir qualquer subtância há sessenta dias depois de alguns tratamentos e recaídas.

Os dados encontrados no Grupo 2 se aproximam mais dos resultados encontrados no I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil realizado pelo CEBRID[7] (Carlini, 2002), que descreve o álcool como principal droga de abuso e dependência, trazendo maiores problemas e prejuízos às pessoas deste país.

Contudo, em ambos os grupos, embora geralmente não apareça como queixa principal, com muita freqüência está o uso de maconha de forma abusiva e com padrão diário de consumo, apontando também para resultados constantes do crescimento do consumo desta substância entre os jovens, sendo esta a mais consumida entre as drogas ilícitas (Carlini, 2002).

Na amostra do Grupo 1, também, fica evidente outra tendência atual que descreve um amplo desenvolvimento do consumo de crack (Ferri; Laranjeira; Silveira;

[7] Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

Dunn e Formigoni, 1997), não mais apenas entre meninos de ruas mas em todas as classes socias.

4.5 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS

Os instrumentos foram aplicados individualmente, invariavelmente, na seguinte ordem: a *rede associativa* de De Rosa (1993), a entrevista semi-estruturada e o questionário sócio-demográfico.

4.5.1 A REDE ASSOCIATIVA

A rede *associativa* foi concebida por De Rosa (1993, 1995, 1998) e de acordo com a mesma, este instrumento é "uma técnica para estudo da estrutura, do conteúdo, dos índices de polaridades, neutralidade e estereotipia do campo semântico associado a uma determinada representação" (De Rosa, 2005, p.61). Para a autora, a rede associativa permite apenas identificar aspectos projetivos e avaliativos inerentes a uma determinada representação e, devido à complexidade e multidimensionalidade das representações sociais, deve ser utilizada em uma perspectiva multi-métodos.

Esta técnica ocupa um papel mediador entre os métodos quantitativos e qualitativos, pois, ao mesmo tempo em que produz dados textuais e permite uma liberdade de expressão considerável típica dos métodos qualitativos, simultaneamente deixa os dados permeáveis às sofisticadas técnicas de processamento estatístico multidimensional (De Rosa, 2005).

Devido a sua natureza projetiva, a *rede associativa* permite investigar alguns componentes latentes e avaliativos das R.S., o que evita o filtro que os sujeitos usam freqüentemente para orientar suas respostas segundo critérios de desejabilidade social.

Este instrumento torna possível que os participantes especifiquem a estrutura do campo semântico através de ligações entre as palavras que associaram à palavra-estímulo e ainda organizem as palavras por ordem em que são pensadas e a sua ordem de importância.

Outra característica desta técnica é a possibilidade de que o participante atribua uma polaridade a cada palavra, isto porque lhe é pedido que assinale junto a cada uma +, - ou 0, com o objetivo de indicar se, no contexto do teste, a palavra tem para ele ou ela, uma valência positiva, negativa ou neutra.

Na presente pesquisa, foram utilizadas duas palavras-estímulo: droga e usuário de droga, apresentadas separadamente, cada uma em uma folha dentro de um círculo. A primeira foi escolhida por se tratar do objeto central do estudo sobre as representações sociais. A segunda, para verificar como as pessoas que se vinculam às drogas são descritas enquanto grupo específico, além de dar uma identidade ao fenômeno, fazendo emergir conteúdos afetivos.

As palavras indutoras foram apresentadas em folhas de papel separadas, de modo que primeiro, os participantes constroem a rede associativa da palavra droga e em seguida da palavra usuário de droga.

4.5.2 A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Foi elaborado um roteiro para uma entrevista semi-estruturada (ver ANEXO B) com perguntas norteadoras que abrangem três dimensões: cognitiva, afetiva e de conduta. Entende-se aqui o cognitivo como indo além do conotativo ou denotativo sobre quem usa drogas, representando o que se diz sobre as drogas (o que leva ao uso, possíveis tipos de uso e formas de tratamento). A dimensão afetiva descreveria os sentimentos e avaliações em relação a pessoas que consomem drogas. A dimensão de conduta refere-se a ações e comportamentos a respeito de quem usa drogas focalizando como lidar com os usuários e qual o papel da família em relação à problemática.

4.5.3 O QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Foi elaborado e aplicado com o objetivo de caracterizar a amostra neste sentido, suas questões são referentes a gênero, idade, religião, escolaridade, situação conjugal atual, situação profissional, composição e renda familiar (ver ANEXO C).

Há, no questionário, tópicos que permitem investigar quais tipos de drogas são consumidas nas famílias além do padrão e freqüência de uso do membro identificado enquanto usuário.

4.5.4 OBSERVAÇÃO NO "ESPAÇO FAMÍLIA"

Foram realizadas observações durante o período de sete meses no grupo de família denominado "Espaço Família" na *instituição A.* O grupo ocorria semanalmente e era conduzido por uma psicóloga. Ao todo, foram observadas vinte e quatro sessões, entre os meses de junho e dezembro de 2006. Após cada sessão, eram registrados em um diário os principais tópicos e acontecimentos ocorridos no grupo durante a observação.

4.5.5 ANÁLISE DO LIVRO DE REGISTROS DA *INSTITUIÇÃO B*

Na *instituição B,* a observação não foi possível, contudo foi permitido o acesso ao livro de registro, no qual as profissionais responsáveis pelo grupo descreviam as sessões, anotando os principais temas e intervenções ocorridas a cada semana. Foram analisados os registros de trinta e quatro sessões ocorridas entre janeiro e setembro de 2006.

4.6 COLETA DE DADOS

Antes de ir a campo foi realizado um treino na utilização dos instrumentos com estudantes voluntários para verificar se seriam necessários alguns ajustes. A coleta de dados qualitativa e quantitativa foi realizada concomitantemente em uma única fase e, idealmente, não há distinções em termos de prioridades entre ambas, mas, na prática, pode haver uma ênfase em relação a uma das duas.

A coleta foi feita semanalmente, entre três a quatro vezes por semana. Na *instituição A* os acolhimentos foram agendados previamente e aconteceram segundas, terças, quintas e sextas pela manhã. Contudo, não era possível prever ou controlar os dias e horários em que os familiares se apresentariam à instituição. Existem aqueles que marcam um horário e faltam, alguns aparecem sem ter marcado e são atendidos no lugar daqueles não vieram. Outros vão acompanhar os usuários e terminam fazendo uma entrevista individual e sendo encaminhado para o espaço família (denominação utilizada para se referir ao grupo de familiares). Diante da fluidez e oscilações do campo de pesquisa, o trabalho da coleta de dados foi lento e um exercício constante de paciência e persistência.

As primeiras entrevistas foram mais fáceis de serem organizadas. Foi feito contato com todos os profissionais que estavam atendendo familiares individualmente sendo possível agendar as entrevistas para o mesmo dia em que eram realizadas as sessões.

As demais entrevistas foram acontecendo aleatoriamente. A pesquisadora visitou a instituição entre três a quatro vezes por semana pelas manhãs. E, seguindo a fluidez do campo, realizou as entrevistas com aqueles familiares que apareciam.

Ao iniciar o processo de observação, durante a terapia de grupo, foi constatado que a grande maioria dos familiares que chegavam à instituição era encaminhada para o espaço família, pois chegavam sempre em nome de terceiros, (por causa do filho que é usuário, ou do marido que bebe demais, ou do sobrinho que está usando tal droga) e, ainda, não possuem uma demanda específica para uma psicoterapia individual. Assim, após cada sessão do grupo foi realizada uma entrevista com aquela participante que estava chegando pela primeira vez.

Quando acontecia de chegar mais de uma pessoa na mesma semana, para aquelas que aceitavam participar da pesquisa, se agendava uma entrevista na instituição, antes da sessão seguinte.

Na *instituição B,* o procedimento para o acolhimento é diferenciado. Não há agendamento prévio e são acolhidas, por ordem de chegada, aquelas pessoas que se apresentam à instituição, diariamente. A quantidade é determinada pelo número de técnicos disponíveis no centro. Os acolhimentos são realizados no período da manhã e pela tarde.

Nesta instituição, foram realizados os mesmos procedimentos que na *instituição A,* para aqueles familiares que estavam sendo atendidos individualmente, para aqueles

que já estavam em atendimento grupal por mais de três meses e para aqueles que chegaram para o acolhimento. Neste centro não foi possível realizar as observações durante a psicoterapia de grupo, pois já havia uma psicóloga e uma socióloga que acompanhavam as intervenções. Além disso, uma assitente social havia sido admitida como observadora. A pesquisadora não foi autorizada a fazer observações no grupo.

Durante todo o processo de coleta de dados, foram seguidos os procedimentos éticos de solicitar o termo de consentimento informado (ver ANEXO A).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Foi feita primeiramente a análise da Rede Associativa na tentativa de determinar diferenças iniciais no conteúdo e estrutura das Representações entre os Grupos. Em seguida, a partir da análise das entrevistas foram confirmadas e aprofundadas as descrições destes conteúdos, permitindo, também, analisar o processo de transformação das representações com consistência. Por fim, as observações complementaram as considerações sobre o processo de reestruturação das representações após o tratamento. O foco principal se estabelece em torno das entrevistas, sendo as informações produzidas pela análise da Rede Associativa e do diário de observações recursos complementares.

4.7.1. A REDE ASSOCIATIVA

Os dados da Rede Associativa foram analisados de forma quantitativa pelo software EVOC 2005[8], em termos de ordem de elicitação das palavras; ordem de importância das palavras para os participantes; e categorias. Foi também realizada uma análise qualitativa em termos de: conteúdos e estruturas do campo semântico; padrões de ramificações e ligações como uma forma de reconstruir uma rede textual entre

[8] Conjunto de programas que permitem a análise das evocações.

palavras; e índices de polaridade e de neutralidade como medidas sintéticas de avaliação e atitude implícita no campo representacional.

Em termos da ordem de evocação, podemos verificar com base na psicologia cognitiva, como afirma De Rosa (2005), que a ordem de aparecimento, baseando-se no tempo de reação verbal e velocidade da associação, significa um indicador da acessibilidade prototípica. Contudo, a autora pontua que não podemos confundir a ordem de elicitação das palavras com o critério de importância, pois a palavra mais associada não é necessariamente a mais importante para os participantes, podendo ser simplesmente aquela que é mais partilhada socialmente.

Assim, a análise da estrutura da representação foi efetuada em dois níveis. O primeiro nível foi baseado no cruzamento das freqüências de ocorrência dos conceitos associados ao objeto droga com a sua ordem de evocação, o que permitiu determinar os elementos mais compartilhados do núcleo central e do sistema periférico pela produção discursiva de forma livre e espontânea. Estes foram confirmados ou não a partir da importância que essas evocações possuem para o sujeito em termos de representação. A primeira representa a disponibilidade da informação na mente dos participantes, a segunda representa o processamento controlado da informação relativa ao objeto.

Na análise da rede associativa também foi possível identificar a ancoragem psicológica da representação das drogas. Segundo Pereira (2005) este tipo de ancoragem "refere-se aos sistemas de valores e as crenças gerais intra e interpessoais" (p.34). Desse modo, o autor afirma que a ancoragem psicológica vai ser determinada a partir das avaliações positivas, negativas ou neutras que os sujeitos efetuarem das palavras que evocaram.

Assim, os dados da Rede Associativa foram organizados para serem submetidos ao programa de computador EVOC 2005. Para cada uma das palavras estímulos, droga e usuário de droga, foram gerados dois tipos de análise: ordem de evocação e ordem de importância para cada grupo.

4.7.2. A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Os dados das entrevistas, depois de transcritos, foram categorizados em temas e subcategorias não definidos(as) *a priori*, mas que foram construídos a partir dos

discursos contidos nas entrevistas. Esses temas e categorias foram submetidos à técnica de análise de conteúdo conforme Bardin (1977) e Baeur (2003).

4.7.3. O QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Os dados do questionário sócio-demográfico foram analisados pelo software SPSS.

4.7.4. O DIÁRIO DE OBSERVAÇÕES

O diário continha anotações sobre as observações no grupo de família e as supervisões após o grupo na *instituição A.* Na *instituição B,* a observação não foi possível, contudo foi permitido o acesso ao livro de registro, no qual as profissionais responsáveis pelo grupo descreviam as sessões, anotando os principais temas e intervenções ocorridas a cada semana. Assim, utilizou-se de uma análise qualitativa para comparar os temas do livro de registros da *instituição B* e as anotações do diário de campo da pesquisadora durante as observações na *instituição A.*

CAPÍTULO 5
RESULTADOS DA REDE ASSOCIATIVA

5.1 COMPARANDO OS QUADROS DE QUATRO QUADRANTES PARA A PALAVRA ESTÍMULO *DROGA*

No Grupo 1, para a palavra estímulo “Droga” ocorreu um total de noventa e nove evocações, sendo que, destas, setenta e quatro eram diferentes entre si. Os resultados descrevem uma representação social onde, entre as palavras mais compartilhadas, podemos encontrar morte, sofrimento e tristeza. Geralmente, se considera que as palavras localizadas no primeiro quadrante configuram o núcleo central da representação, no entanto, levando-se em conta o valor alto da ordem média de evocação das palavras, apesar de terem sido referidas por metade dos paticipantes deste grupo, hesitamos em fazer tal afirmação. Nos sistemas periféricos, aparecem as palavras dependência (terceiro quadrante) e medo (quarto quadrante) (veja a Figura 1).

Figura 1 - Quadro de quatro casas para ordem de evocação do Grupo 1, em relação à palavra indutora “droga”

	Ordem média < 5,8			**Ordem média >= 5,8**		
Freqüência >= 5	Morte	5	4,2			
	Sofrimento	5	4,4			
	Tristeza	5	5,6			
Freqüência <= 3	Dependência	3	3,0	Medo	3	9,0

Freqüência mínima = 3
Freqüência intermediária = 5
Ordem média = 5,8

Quando geramos resultados a partir da ordem de importância verificamos modificações sutis nos resultados. Morte e sofrimento permaneceram no primeiro quadrante, tristeza passou para o segundo quadrante e a palavra medo foi reposicionada do quarto para o terceiro quadrante. Observamos também que a ordem média de evocação das palavras dependência e medo subiram significativamente, sendo que a primeira passa de 3,0 para 1,33 e a segunda de 9,0 para 5,0 (veja a Figura 2).

Figura 2 - Quadro de quatro casas para ordem de importância do Grupo 1, em relação à palavra indutora "droga"

	Ordem média < 5,8			Ordem média >= 5,8		
Freqüência >= 5	Morte	5	4,8	Tristeza	5	6,0
	Sofrimento	5	4,4			
Freqüência <= 3	Dependência	3	1,33			
	Medo	3	5,0			

Freqüência mínima = 3
Freqüência intermediária = 5
Ordem média = 5,8

No Grupo 2, para a palavra estímulo *Droga* ocorreram um total de cento e uma evocações, das quais oitenta e três eram diferentes entre si. Seguindo o mesmo percurso para a análise dos dados do Grupo 1, logo no início do processo aparece uma primeira diferença. Os resultados gerados pelo EVOC 2005, apontam que, para os participantes do segundo grupo, não existe uma representação social compartilhada, quando a palavra estímulo é *Droga*. O primeiro e o segundo quadrantes aparecem vazios. O terceiro quadrante é constituído pela palavra família e medo. No quarto quadrante encontramos a palavra doença. Todas as palavras apresentam uma freqüência baixa e ordem média alta (veja a Figura 3).

Figura 3 - Quadro de quatro casas para ordem de evocação do Grupo 2, em relação à palavra indutora "droga"

	Ordem média < 5,7			Ordem média >= 5,7		
Freqüência >= 5						
Freqüência <= 3	Família	3	4,0	Doença	3	6,667
	Medo	3	5,0			

Freqüência mínima = 3
Freqüência intermediária = 5
Ordem média = 5,7

Quando analisamos as evocações organizadas pelos participantes por ordem de importância, a palavra doença é deslocada do quarto para o terceiro quadrante, assim ficam todas concentradas em um único quadrante. A ordem média sobe significativamente para as palavras Família e Doença. Famíla, quando analisada por ordem de evocação, aparece, em média, como quarta palavra citada. Quando os participantes reorganizam as evocações por ordem de importância, a referida palavra aparece entre as primeiras. Doença que, a princípio, aparece em uma ordem média de

6,67 passa a ser posicionada em uma ordem média de 2,667 quando a organização se dá em termos de importância (Veja a Figura 4).

Figura 4. Quadro de quatro casas para ordem de importância do Grupo 2, em relação à palavra indutora "droga"

	Ordem média < 5,7	Ordem média >= 5,7
Freqüência >= 5		
Freqüência <= 3	Doença 3 2,667 Família 3 1,33 Medo 3 4,33	

Freqüência mínima = 3
Freqüência intermediária = 5
Ordem média = 5,7

Dessa forma, para os familiares que estão em tratamento por no mínimo três meses nos centros especializados, a representação social da droga foi aparentemente diluída, existem menos palavras compartilhadas, deixando de existir palavras no primeiro e no segundo quadrantes. A idéia de morte, sofrimento e tristeza que determinavam a representação no Grupo 1 desaparecem no Grupo 2. O conceito de dependência parece ser substituído pela idéia de doença. Contudo, o sentimento de medo permanece e, quando organizado em termos de importância, se localiza no terceiro quadrante em ambos os grupos.

5.2 COMPARANDO AS CATEGORIAS GERADAS A PARTIR DAS EVOCAÇÕES DA PALAVRA *DROGA* ENTRE OS GRUPOS

Em seguida, ainda utilizando o programa EVOC 2005, as diferentes evocações foram reagrupadas em categorias. Para ambos os grupos foram utilizados os dados organizados por ordem de importância pelos participantes. No Grupo 1, para a palavra Droga foi gerado um total de sete categorias: *Sentimentos, Relações Familiares, Conseqüências, Justificativa, Efeito da Droga, Característica da Droga e Avaliação.*

No Grupo 2, para a palavra estímulo *Droga*, também, foram elaboradas sete categorias. Semelhantes ao primeiro grupo permaneceram as categorias *Sentimentos,*

Relações Familiares, Conseqüências, Justificativa, Efeito da Droga e *Avaliação*. A categoria *Características da Droga* presente no grupo anterior desaparece. Surge, no entanto, a categoria *Superação* relacionada ao estímulo *Droga*.

Primeiro, vamos apresentar e comparar as categorias semelhantes entre os grupos. Em seguida vamos descrever as categorias diferenciadas.

5.2.1 OS SENTIMENTOS

A categoria *Sentimentos* refere-se a sentimentos e estados emocionais evocados pelos familiares em relação à palavra Droga. No Grupo 1 é composta pelas seguintes palavras: decepção, desapontamento, terror, dor, vergonha, preocupação, insegurança, medo, sofrimento, tristeza (as demais palavras estão apresentadas na Tabela 1).

Tabela 1 - Palavras complementares evocadas para *droga* nas categorias *Sentimentos, Relações Familiares e Conseqüências* no Grupo 1

	Categorias		
	Sentimentos	**Relações Familiares**	**Conseqüências**
Palavras Complementares	Insatisfação	Transtorno	Abuso
	Intranqüilidade	Separação	Vícios
	Aflição	Maus tratos de pai e mãe	Perde a vergonha
	Angústia	Ausência	Decadência
	Ansiedade	Falta de compreensão	Não gosta de estudar
	Raiva	Contra pai e mãe	Perde a identidade
	Amargura		Fim do poço
	Desilusão		Perda
	Desesperança		Álcool
	Desespero		Destruição
	Pena		Objetos vendidos

A maioria das palavras descritas foi avaliada negativamente pelos participantes, com exceção das palavras insatisfação que foi classificada como neutra. Assim como vergonha que foi evocada duas vezes, sendo uma classificada como negativa e a outra como neutra. A palavra tristeza foi evocada cinco vezes e aparece como uma das palavras mais compartilhadas da Representação. Apenas um participante lhe atribui neutralidade, sendo que os demais lhe deram uma valoração negativa. A palavra dor foi evocada duas vezes e uma delas avaliada positivamente no sentido de que a dor leva ao

crescimento. Esta categoria contém 28,4% das palavras citadas e 37,1% das palavras evocadas com maior freqüência, sendo a categoria mais representativa neste grupo (ver a Tabela 2).

Tabela 2 - Tabela de categorias do Grupo 1 para a palavra estímulo *droga*

Categoria	Número de Palavras	Percentual	Evocações	Palavras Freqüentes	Ordem Média
Sentimentos	21	28.4%	35	37.1%	6.1
Rel. Famil.	14	18.9%	16	0	5.3
Conseqüências	22	29.7%	28	28.6%	4.9
Justificativa	6	8.1%	9	0	6.9
Efeito Droga	4	5.4%	4	0	6.8
Caract. Droga	1	1.4%	1	0	10
Avaliação	4	5.4%	4	0	7.3
Neutra	2	2.7%	2	0	5.0
Total	74		99		

.

No Grupo 2, a categoria *Sentimentos* é constituída pelas expressões tristeza, preocupação, desespero, vergonha, sofrimento e medo (para demais palavras consultar a Tabela 3). As palavras amor e desassossego são avaliadas como positivas. Já preocupação, das duas vezes em que foi evocada, uma aparece como positiva e a outra como negativa. A palavra medo é evocada três vezes, sendo que duas negativas e uma positiva. As demais expressões são todas avaliadas negativamente. Neste grupo esta categoria continua sendo relevante, contudo ela passa a conter 14,3% das palavras evocadas com maior freqüência, uma redução significativa quando comparada ao grupo anterior que agrupava 37,1% destas.

Tabela 3 - Palavras complementares evocadas para *droga* nas categorias *Sentimentos, Relações Familiares e Conseqüências* no Grupo 2

	Categorias		
	Sentimentos	**Relações Familiares**	**Conseqüências**
Palavras Complementares	Decepção Medo de perder Raiva Amor Depressão Desassossego Dor Vontade de morrer	Escândalo Crise Não Aceitação Lar Guerra Desestrutura Confusão Filhos Segregação Conflito	Esquecimento Justiça Prisão Descrédito Desleixo Preconceito Atraso Vazio Financeiro Queda Desistência

5.2.2 AS RELAÇÕES FAMILIARES

A categoria *Relações Familiares* foi definida por englobar implicações do consumo de drogas dentro da família e inclui no primeiro grupo: desentendimentos, desunião na família, desarmonia, problemas para família e usuário, pertences familiares, desrespeito, brigas e violência (para demais palavras, consultar a Tabela 1). Aqui, mais uma vez todas as palavras e expressões foram avaliadas negativamente com exceção da palavra desarmonia que foi referida como neutra. Quando se aprofundou a análise, a partir de dados da entrevista, observou-se que é neutra no sentido de não depender da droga. A desarmonia, na família deste participante, é algo que antecede a questão do consumo do membro usuário. Este participante associa a palavra desarmonia à palavra insatisfação, também classificada como neutra na categoria anterior, o que provavelmente segue a mesma lógica.

No segundo grupo, a categoria *Relações Familiares* é composta por rebaixamento da família, desarmonia familiar, falta de confiança, brigas na família, destruição da família, família (para demais palavras veja a Tabela 3). As palavras lar, filhos, família e não aceitação são consideradas como positivas. As três primeiras parecem indicar que os participantes em tratamento começam a perceber a importância do suporte familiar, quando um de seus membros tem problemas com o consumo de drogas. Isto configura uma mudança sutil, mas existente entre os grupos. Uma vez que,

no Grupo 1, nesta mesma categoria o foco fica totalmente nas implicações negativas. No segundo grupo, esse padrão também predomina, pois as demais palavras são todas classificadas como negativas e seguem temas que descrevem uma vitimização da família em detrimento do membro usuário. Contudo, já se inicia um processo de reconhecimento de que a família pode contribuir de forma mais ativa e positiva, quando se desloca da posição de queixa.

Esta categoria contém 15.8% das palavras evocadas com mais freqüência e com ordem média de 4.5. É a segunda categoria mais significativa neste grupo o que possibilita duas interpretações. Os participantes do Grupo 2 por já lidarem com a questão das drogas há mais tempo e já terem passado por experiências mais diversificadas de perdas e sofrimento, trazem as dificuldades e implicações do consumo de drogas dentro da família como questão importante. Ao assumirem a responsabilidade em contribuir para que a situação se torne menos conturbada, focalizam a relevância do contexto familiar, quando se trata de problemas com o consumo de drogas.

5.2.3 AS CONSEQÜÊNCIAS DO USO DE DROGAS

Na categoria *Conseqüências* está a descrição do que acontece, segundo os participantes, com aqueles que usam drogas. Fica claro que elas não fazem uma distinção entre a droga e aquele que a consome. Assim, sendo a palavra estímulo Droga, aparece as seguintes evocações no Grupo 1: começa a roubar, não trabalha, sociedade não aceita, perde personalidade, auto-destruição, preconceito, loucura, falta de respeito a si próprio, falta de interesse pela vida, dependência e morte (para demais palavras veja a Tabela 1). Estão presentes nesta categoria 29.7% das palavras citadas e 28.6% das palavras que foram evocadas com maior frequência, configurando a segunda categoria com maior relevância. A categoria descreve uma idéia fatalista onde, das vinte e duas palavras citadas, apenas duas (perda e preconceito) são classificadas como neutras, sendo que as demais expressões e conceitos são descritos negativamente.

A categoria *Conseqüência* no Grupo 2, embora contenha o maior número de palavras citadas (vinte e duas), a ordem média das palavras de 6.3 é considerada alta; dessa forma, na análise de dados gerada, ela não aparece como relevante. Destruição de si, violência contra si mesmo, não lembra de si e dos objetos pessoais, prejuízo total para a pessoa e para os outros, estagnação, acabou a vida, morte, mentira, trabalho,

saúde física-mental-emocional e exclusão é o conjunto que configura a categoria *Conseqüência* no grupo (para demais palavras veja a Tabela 3).

Na categoria *Conseqüência* a maioria das palavras foi descrita negativamente, com exceção das palavras trabalho, morte e saúde física-mental-emocional. As palavras trabalho e morte foram classificadas como neutras em uma das duas vezes em que foram citadas. A expressão saúde física-mental-emocional aparece como positiva em uma das duas evocações que ocorreram.

A idéia fatalista de morte está diluída no Grupo 2. Embora presente, é evocada com menos freqüência e surge também uma preocupação com a questão da saúde. Uma saúde mais complexa que inclui as dimensões física, mental e emocional. Isto mostra uma diferenciação entre os dois grupos, pois para o Grupo 1 a idéia fatalista de morte está entre as palavras mais referidas.

Assim, a idéia de morte apresentada no primeiro grupo estaria mais vincula a um medo da morte física. No Grupo 2 as palavras associadas a morte parecem apontar uma conotação de morte social. A morte que assusta os participantes deste grupo, tem um sentido mais próximo da perda dos laços sociais, a quebra de todas as relações e vínculos seja de trabalho, pessoais ou outros.

5.2.4 AS JUSTIFICATIVAS PARA O USO DE DROGAS

A categoria *Justificativa* representa a tentativa de alguns participantes em explicar o consumo de droga. No Grupo 1, inclui as palavras: pobreza, saída, doença, falta de fé, falta de amor e fraqueza. Neste conjunto, a palavra saída é neutra. Doença é conceituada como positiva sob a justificativa de que, ao compreender a droga como uma doença, há uma modificação do olhar sobre a questão. As demais palavras foram referidas como negativas.

No Grupo 2, quando comparadas as categorias na análise produzida pelo EVOC 2005, *Justificativa* aparece como a mais significativa. É composta pelas expressões: amigos, fraqueza, busca, ambiente, convívio social, realidade, fuga, falta de amor e doença. Apesar da quantidade reduzida de palavras, esta categoria contém 25% das evocações mais freqüentes (ver a Tabela 4). Nela, a maioria das palavras é considerada como negativa. Apenas busca e realidade foram classificadas como neutra. Neste grupo, a explicação para o consumo de droga se configura em quatro formas: por

influência de amigos, do ambiente e do convívio social, por uma fraqueza ou busca diante da realidade, falta de amor ou porque o consumo de drogas é entendido como uma doença, idéia mais presente.

Essa compreensão do consumo de drogas enquanto uma doença é a justificativa mais presente neste grupo, apesar da grande resistência dos profissionais desta área em evitar este conceito e tentar inserir a complexa relação entre o usuário, a droga e o contexto sócio-cultural. Contudo, a idéia do usuário-doente parece se desenvolver como uma maneira de proteger e afastar a exclusão e preconceito vinculados ao consumo de drogas. Compreender o uso de substâncias psicoativas como uma doença, permite justificar o vínculo com a droga de forma diferente amenizando socialmente o estereótipo de marginalidade e deliquências geralmente associados ao consumo de drogas.

Tabela 4 - Tabela de categorias do Grupo 2 para a palavra estímulo *droga*

Categoria	Número de Palavras	Percentual	Evocações	Mais Freqüentes	Ordem Média
Sentimentos	15	18.1%	21	14.3%	5.4
Rel. Famil.	16	19.3	19	15.8%	4.5
Conseqüências	22	26.5%	27	0	6.3
Justificativa	9	10.8%	12	25%	4.9
Efeito Droga	5	6.0%	5	0	5.0
Avaliação	10	12.0%	10	0	6.9
Superação	3	3.6%	4	0	9.0
Neutra	3	3.6%	3	0	5.3
Total	83		101		

5.2.5 OS EFEITOS DAS DROGAS

Na categoria *Efeitos das Drogas* as palavras contidas sugerem modificações de percepção e comportamentos provocadas no usuário sob o efeito de alguma substância. No Grupo 1 surge preguiça, alucinações, prazer e fome. A todos esses efeitos é atribuído um valor negativo, contudo o prazer provocado pela droga é considerado e reconhecido como positivo.

A categoria *Efeito da Droga* no Grupo 2 é constituída pelas palavras satisfação, prazer negativo, prazer, fome e preguiça. Os participantes em tratamento, com maior freqüência, já reconhecem a idéia de satisfação trazida pelo prazer como efeito da droga. Contudo, o prazer, segundo alguns, para ser incluído precisa ser descrito dentro de uma contradição: um prazer que é negativo. Dessa forma, todas as palavras são classificadas como negativas e apenas um participante descreve o prazer como neutro.

5.2.6 AVALIANDO A DROGA

A categoria denominada de *Avaliação* pressupõe julgamentos subjetivos acerca da droga. No Grupo 1, é descrita através de conceitos como: burrice, falta de moral, diabo e abismo. Diabo e burrice são considerados negativamente. Porém, falta de moral é classificado com neutralidade e abismo recebe valor positivo.

Na categoria *Avaliação* fica claro que mesmo no grupo em tratamento (Grupo 2), ainda não foi feita uma separação clara entre a droga e aquele que a consome pois, sendo a palavra estímulo Droga, surgem as evocações sem personalidade, ruim para quem usa, falta de inteligência, sem moral, alheio à sociedade, tipo de maluquice, lixo, terrível, veneno e idiota, onde o objeto droga ganha característica de pessoa. Na sua totalidade, as palavras que compõem esta categoria são consideradas negativas.

5.2.7 DEMAIS CATEGORIAS

A categoria *Característica da Droga* pertence ao Grupo 1 e é composta por uma única palavra classificada como neutra: proibido. O que descreve a compreensão da droga como aquelas substâncias ilícitas das quais o álcool, cigarro e outras substâncias lícitas não estariam incluídas.

No Grupo 2, a categoria *Superação* aparece relacionada à palavra Droga e agrupa as palavras tratamento, compreensão e Deus. O tratamento é avaliado como neutro, e as demais palavras como positivas. Os participantes deste grupo, embora de

forma reduzida, trazem nesta categoria uma perspectiva de esperança e, pela primeira vez, não encontramos palavras avaliadas negativamente.

5.3 INTEGRANDO AS CATEGORIAS GERADAS A PARTIR DAS EVOCAÇÕES PARA A PALAVRA *DROGA* ENTRE OS GRUPOS

As análises realizadas através das categorias permitem afirmar que a representação social da droga entre familiares de usuários do grupo em início de tratamento é descrita em termos de conseqüências e sentimentos, pois, das sete categorias geradas, somente as duas juntas contêm 65.7% das palavras evocadas com maior freqüência. Nestas categorias se destaca a idéia fatalista de que o consumo de droga levará o membro usuário indiscriminadamente à morte, idéia esta que vem acompanhada de sofrimento, tristeza e medo, onde o consumo é pensado em termos exclusivos de dependência. A representação, a princípio, é determinada principalmente pelo seu componente afetivo e as elaborações parecem seguir uma linearidade: o consumo de drogas leva à dependência e à morte (veja a Tabela 2).

Comparando os resultados descritos para ambos os grupos, podemos observar mudanças relevantes, a começar pela existência de uma representação social da droga no Grupo 1 e a não existência desta no Grupo 2. Podemos pensar, a partir deste fato, que o tratamento leva a uma transformação da representação social da droga, contudo o tempo de tratamento dos participantes desta pesquisa parece não ter sido o suficiente para que já houvessem reestruturado uma representação que fosse compartilhada. No momento da coleta de dados é possível que estivessem durante o processo de ancoragem no qual tentavam incorporar as novas informações, mas, de fato, houve uma mudança, pois o primeiro e o segundo quadrante aparecem vazios. Na segunda etapa da análise isso é confirmado, pois no primeiro grupo a representação é estruturada de forma bastante polarizada entre duas categorias *Sentimentos* e *Conseqüências*. No grupo dos participantes em tratamento, a categoria *Sentimentos* permanece entre as mais significativas, o que descreve que, em se tratando da representação social da droga entre familiares de usuários, a dimensão afetiva é bastante preponderante, mas o foco se desloca para as *Relações Familiares* e para *Justificativa*, o que aponta que, no segundo grupo, começa a existir um maior questionamento sobre o que leva ao consumo de

drogas e as questões relacionadas à família, incluindo os transtornos no contexto familiar e a sua relevância na resolução da questão. Assim, embora os temas permaneçam praticamente os mesmos e as categorias para ambos os grupos sejam bastante similares, alguns conteúdos e a relevância atribuída a cada uma delas é modificada (veja a Tabela 4).

5.4 COMPARANDO O QUADRO DE QUATRO CASAS PARA A PALAVRA ESTÍMULO *USUÁRIO DE DROGA*

Quando a palavra estímulo é *Usuário de Droga* o Grupo 1 produziu oitenta evocações, dentre as quais sessenta palavras eram diferentes entre si. Ao serem submetidos à análise do Evoc, os resultados gerados, por ordem de evocação, afirmam a não existência de uma representação compartilhada pelos participantes deste grupo, pois o primeiro e o segundo quadrante aparecem vazios, o que indica ausência de um núcleo central compartilhado, fundamental para configurar a existência de uma representação social. Apenas no terceiro quadrante aparecem os adjetivos sem-fé e triste, seguidos no quarto quadrante pela expressão “sem amor-próprio” (veja a Figura 5).

Figura 5 - Quadro de quatro casas para ordem de evocação do Grupo 1, em relação à palavra indutora “usuário de droga”

	Ordem média < 4,9	**Ordem média >= 4,9**
Freqüência >= 5		
Freqüência <= 3 < 4	Sem-fé 3 4,33 Triste 4 4,25	Sem-amor-próprio 3 7,75

Freqüência mínima = 3
Freqüência intermediária = 5
Ordem média = 4,9

Quando examinamos as produções por ordem de importância, há algumas modificações. Ocorre a migração do adjetivo triste do terceiro para o quarto quadrante, pois a sua ordem média passa de 4,25 pra 7,75. A expressão sem amor próprio, apesar de permanecer no mesmo quadrante, aparece com ordem média 5 (Consultar a Figura 6).

Figura 6 - Quadro de quatro casas para ordem de importância do Grupo 1, em relação à palavra indutora "usuário de drogas".

	Ordem média < 4,9	Ordem média >= 4,9
Freqüência >= 5		
Freqüência <= 3 < 4	Sem-fé 3 3,667	Sem-amor-próprio 4 5,00 Triste 4 7,75

Freqüência mínima = 3
Freqüência intermediária = 5
Ordem média = 4,9

Desta análise inicial, podemos deduzir uma maior probabilidade de existir no grupo de familiares em início de tratamento, uma representação social da droga, mas não do usuário. Parece estar mais presente uma reflexão sobre a substância, mas não sobre aquele que a consome. A droga é vista como algo que traz conseqüências negativas para o usuário e sentimentos também negativos para aqueles que fazem parte da família deste, mas sobre aquele que a consome não parece haver um consenso neste grupo.

No Grupo 2, quando a palavra estímulo é Usuário de Droga, foram geradas cem evocações das quais oitenta e três palavras eram diferentes entre si. O Grupo 2 apresenta maiores possibilidades de existência de uma representação social compartilhada onde o conceito de doente ocupa o primeiro quadrante e é a palavra mais evocada no grupo. O segundo quadrante está vazio, o terceiro quadrante é formado pelas expressões agressividade e fraco, e o quarto e último pela palavra família (Veja a Figura 7).

Figura 7 - Quadro de quatro casas para ordem de evocação do Grupo 2, em relação à palavra indutora "usuário de drogas"

	Ordem média < 6,5	Ordem média >=6,5
Freqüência >= 5	Doente 5 5,6	
Freqüência <= 3 < 4	Agressividade 3 3,00 Fraco 3 6,33	Família 3 8,667

Freqüência mínima = 3
Freqüência intermediária = 5
Ordem média = 6,5

Quando a análise é feita por ordem de importância ocorrem modificações. A ordem média da palavra doente, localizada no primeiro quadrante, sobe de 5,6 para 3,2

o que sinaliza a possibilidade desta ser uma palavra que talvez represente um núcleo central da representação deste grupo. A idéia de família se desloca do quarto para o terceiro quadrante, porque a sua ordem média sobe de 8,67 para 2. Ocorrem também modificações na ordem média das palavras fraco e agressividade, como pode ser observado na Figura 8.

Figura 8 - Quadro de quatro casas para ordem de importância do Grupo 2, em relação à palavra indutora "usuário de drogas"

	Ordem média < 6,5			**Ordem média >=6,5**
Freqüência >= 5	Doente	5	3,20	
Freqüência <= 3 < 4	Agressividade	3	5,00	
	Família	3	2,00	
	Fraco	3	6,00	

Freqüência mínima = 3
Freqüência intermediária = 5
Ordem média = 6,5

Mais uma vez podemos observar diferenças entre os grupos. Os participantes em início de tratamento parecem possuir uma representação compartilhada da droga, mas não sobre o usuário, e no Grupo 2 acontece o movimento oposto não existe uma representação compartilhada sobre a droga, mas sim para o usuário, onde no centro está o conceito de doente. Aqui podemos pensar na possibilidade de que os familiares chegam presos ao discurso social contra as drogas muito mais implicados na compreensão da substância. No percurso do tratamento, a reflexão compartilhada fica mais intensa em torno da pessoa que consome droga, buscam descrever o que há em comum entre os filhos, irmãos e maridos que estabelecem um vínculo com a droga. Para eles, parece que a resposta mais aceita inclui o conceito de doença. O usuário é alguém doente, que também é fraco e agressivo, mas que tem, na família, uma grande possibilidade de ajuda. Essa inclusão da família dentro da representação em questão, mesmo que no sistema periférico, abre a possibilidade para algum aspecto relacional como relevante na representação do usuário, pois, em sua maioria, a justificativa sobre o seu consumo destaca aspectos exclusivamente individuais.

5.5 COMPARANDO AS CATEGORIAS A PARTIR DAS EVOCAÇÕES DA PALAVRA *USUÁRIO DE DROGA* ENTRE OS GRUPOS

Na segunda parte da análise, para a palavra estímulo *Usuário de Droga* foram organizadas seis categorias. No Grupo 1, as evocações geradas permitiram que se mantivessem as categorias: *Sentimentos, Conseqüências, Justificativa, Avaliação, Efeito da Droga* e *Superação*.

No Grupo 2, a palavra estímulo *Usuário de Droga*, permitiu o agrupamento das palavras em oito categorias das quais seis são semelhantes à do Grupo 1. Entre elas estão *Sentimentos, Conseqüências, Justificativa, Efeito da Droga, Avaliação* e *Superação.* No segundo grupo, contudo, surgem duas categorias diferentes para o estímulo em questão: *Relações Familiares* e uma categoria inédita, até então, nomeada de *Reconhecimento*.

5.5.1 OS SENTIMENTOS

A categoria *Sentimentos* segue o mesmo critério descrito anteriormente. No primeiro grupo, ela contém as palavras: aflição, pena, desespero e traição. Todas avaliadas negativamente.

No Grupo 2, esta categoria também é composta por um número bem reduzido de palavras que incluem gosto amargo, angústia, pena e sofrimento. Pena e gosto amargo são descritas como negativas. Angústia é considerada neutra. A palavra sofrimento foi evocada duas vezes, uma como negativa e a outra como positiva, sob a justificativa de que o sofrimento levaria ao crescimento.

Para ambos os grupos, encontramos um número inferior de palavras na categoria sentimento quando o estímulo é Usuário de Droga do que quando a palavra estímulo é Droga.

5.5.2 AS CONSEQÜÊNCIAS DO USO DE DROGAS

Para a categoria *Conseqüências,* os participantes em início de tratamento descrevem as expressões: parentes não aceitam, pessoas não aceitam, não se liberta com facilidade, capaz de fazer qualquer coisa pela droga, mudança de comportamento, dependente e morte (para outras palavras verificar a Tabela 5).

Tabela 5 - Palavras complementares evocadas para u*suário de drogas* nas categorias *Conseqüência e Avaliação* no Grupo 1.

	Categorias	
	Conseqüências	**Avaliação**
Palavras Complementares	Perturbação Desleixo Roubo Compulsão Perda de controle Escravo da droga Exagero Suicídio	Agressivo Sem vida Coisa chata Ansiedade Preguiçoso Ausente Covarde Sem sentido Fraco Sem confiança Intranqüilo

Nesta categoria, mais uma vez, a todas as palavras evocadas é atribuído o valor negativo. Podemos analisar que as dezesseis palavras citadas giram em torno da idéia de dependência e preconceito. É possível inferir que, para estes participantes a trajetória do usuário de droga consiste em se tornar um dependente, ou seja, aquele que não se liberta com facilidade da droga porque se torna escravo desta e é capaz de fazer qualquer coisa pela substância. Ocorre uma mudança de comportamento que o leva ao desleixo, a roubar, à perda do controle, à perturbações, ao exagero e à compulsão, que fatalmente finaliza com um suicídio ou a morte. Tal percurso resulta na não aceitação dos parentes e das pessoas em geral.

Para os participantes com um período maior de engajamento no tratamento (Grupo 2), na categoria *Conseqüências* encontramos o seguinte conjunto: recebimento de dinheiro ilícito, falta de compreensão das pessoas, não cuida do corpo, lembrança desagradável, mal que o indivíduo doente causa à sociedade, pesadelo diferente na cabeça, perda do gosto de viver, pouco valor e nenhum cuidado com os objetos, saúde física mental emocional, dependência (para demais palavras, consultar a Tabela 6). Todas as expressões são classificadas como negativas, exceto as expressões beco sem

saída, saúde física-mental-emocional e não sabe o que fazer, que foram consideradas neutras pelos participantes.

Tabela 6 - Palavras complementares evocadas para *usuário de drogas* nas categorias *Conseqüências e Avaliação* no Grupo 2

	Categorias	
	Conseqüências	**Avaliação**
Palavras Complementares	Vício desagradável	Fofoqueiro
	Beco sem saída	Insultante
	Cegueira	Maníaco
	Curtição desagradável	Feio
	Despesas	Sicofanta
	Perda total	Infame
	Vontade negativa	Inimigo
	Dependente afetivo	Esperto
	Não sabe o que fazer	Vadio
	Vazio	Vaidoso
	Perda de asseio	

5.5.3 AS JUSTIFICATIVAS PARA O USO DE DROGAS

Ao examinamos a categoria *Justificativa* no Grupo 1 quando a palavra estímulo é *Usuário de Droga*, apesar do número de palavras citado (catorze) ser inferior ao da categoria descrita anteriormente, ela contém 42,3% das palavras evocadas com maior freqüência (ver a Tabela 7). Neste contexto, é apresentada na análise como única categoria significativa em termos de freqüência mínima de evocações. Isto descreve que, para os familiares deste grupo, o maior esforço, quando se pensa em usuário de droga, é concentrado na tentativa de explicar o que leva uma pessoa a consumir drogas. Então, associam ao usuário as palavras: doente, carente, infeliz, fragilidade, sem fé, sem amor-próprio, triste, inseguro, sem-amor, tímido, viagem-sem-volta, sofredor, desiludido e solitário.

Tabela 7 - Tabela de categorias do Grupo 1 para palavra a estímulo u*suário de drogas*

Categoria	Número de Palavras	Percentual	Evocações	Mais freqüentes	Ordem Média
Sentimentos	4	6.3%	4	0	4.8
Conseqüências	16	25.4%	18	0	3.3
Justificativa	14	22.2%	26	42.3%	5.3
Efeito Droga	4	6.3%	4	0	7.8
Avaliação	22	34.9%	25	0	5.2
Superação	1	1.6%	1	0	5.0
Neutra	2	3.2%	2	0	2.5
Total	63		80		

Para os participantes, as possibilidades que levam ao consumo de drogas se reduzem à idéia de um sofrimento de alguma ordem e à falta de características pessoais que possam ajudar a lidar com isto ou a idéia de doença e de falta de fé em Deus, uma vinculação religiosa. Toda a tentativa de justificativa se resume às questões individuais. A maioria das palavras é avaliada negativamente, com algumas exceções. O adjetivo inseguro é avaliado positivamente, assim como doente e carente em uma das duas vezes em que foram evocados. Podemos inferir que, para estes participantes, tais justificativas podem ser positivas, pois ajudam a dar um sentido ao consumo do seu ente de forma a possibilitar acolhê-los, pois consomem drogas por serem doentes, inseguros ou carentes e precisam de ajuda. A expressão sem fé aparece uma vez como neutra, das quatro em que foi citada.

A categoria *Justificativa* é constituída no Grupo 2, pelo agrupamento das expressões não se gosta, solitário, instável, sensível, amizades, influenciável, falta de amor, infeliz e doente. Não se gosta, instável, sensível, amizades e influenciável foram consideradas como negativas. A influência de amizades como justificativa para o consumo de drogas aparece no Grupo 2, mas não no Grupo 1 quando usamos os dados da Rede Associativa; contudo, ao examinarmos as entrevistas constatamos que esta justificativa está presente em ambos os grupos. Solitário e falta de amor são descritos como positivos. Infeliz é classificado como uma palavra neutra e doente foi evocado uma vez como positivo, duas vezes como negativo e duas vezes como neutro. Embora o conceito de doente seja compartilhado, parece ter significados diferentes entre os participantes. Associar o uso de drogas a uma doença recebe valores diversos, o que

implica em concepções diferenciadas. Dentro da análise gerada pelo EVOC, no Grupo 2, *Justificativa* é a segunda categoria mais relevante (ver a Tabela 8).

Tabela 8 - Tabela de categorias do Grupo 2 para a palavra estímulo u*suário de drogas*

Categoria	Número de Palavras	Percentual	Evocações	Mais Freqüentes	Ordem Média
Sentimentos	4	4.8%	5	0	6.4
Rel. Famil.	6	7.2%	8	37.5%	3.8
Conseqüências	21	25.3%	22	0	6.5
Justificativa	9	10.8%	14	35.7%	3.7
Efeito Droga	2	2.4%	2	0	3.0
Avaliação	24	28.9%	31	19.4%	10.1
Superação	9	10.8%	9	0	3.9
Reconhecimento	8	9.6%	9	0	4.7
Total	83		100		

5.5.4 AVALIANDO O USUÁRIO DE DROGA

A categoria *Avaliação* agrupa as palavras e expressões que contém um sentido de julgamento baseados em idéias moralistas que, em sua maioria, tem um significado negativo e mesmo pejorativo em relação ao usuário. Apesar de estar no Grupo 1, a categoria com o maior número de palavras, vinte e duas no total, não aparece dentro da análise do EVOC, que considera, além da quantidade, o número e a ordem das evocações, como significativas. Pois, em sua grande maioria (dezenove das vinte e duas) das palavras contidas neste conjunto, só foram evocadas uma única vez e em uma ordem elevada. A avaliação do usuário se configura em alguém burro, mentiroso, alheio à vida real, sem perspectiva, irresponsável, sem caráter, uma coisa ruim, incapaz, medroso, sem rumo, com ansiedade e sem esperança (para demais palavras consultar a Tabela 5). Os participantes demonstram uma atitude bastante polarizada em seus julgamentos, reduzindo o usuário a aspectos exclusivamente negativos que anulam qualquer possibilidade de crescimento.

No Grupo 2, esta categoria é composta pelas palavras manipulador, ruim para quem usa, astuto, valentão, mequetrefe, orgulhoso, miserável, irresponsável, não devia usar droga, mentiroso, bandido, desocupado, agressividade e fraco (para demais

palavras consultar a Tabela 6). Em sua grande maioria as expressões foram consideradas negativas e seguem o mesmo critério de sentido de julgamento baseado em idéias moralistas que, em sua maioria, têm um significado negativo e mesmo pejorativo em relação ao usuário. O adjetivo irresponsável foi considerado como positivo, assim como desocupado em uma das duas vezes em que foi evocado. Agressividade também foi considerada uma vez como positiva e nas demais como negativa. Tanto irresponsável como desocupado e agressividade foram justificados como positivos porque depois de comportamentos irresponsáveis ou agressivos sob o efeito de droga ou por conseqüência depois de ter consumido como, por exemplo, estar de ressaca e faltar trabalho, levam o usuário ao arrependimento, à vergonha, que possibilita uma reflexão sobre se o seu consumo não está sendo exagerado. Neste grupo, esta é a terceira categoria mais significativa, contendo 19.4% das palavras evocadas com maior freqüência (ver a Tabela 8).

5.5.5 O EFEITO DAS DROGAS

A quinta categoria, *Efeito da Droga*, segue o mesmo critério de palavras que sugerem modificações de percepção e comportamentos provocadas no usuário sob o efeito de alguma substância. No primeiro grupo aparece representada pelas expressões: sente mais seguro, suor frio, sente muita fome e fica um pouco mais alegre. Para esta categoria, todas as palavras são descritas como neutras.

No Grupo 2, para a categoria *Efeito da Droga* foram agrupadas duas palavras: prazer e prazer pesado, o primeiro classificado como positivo e o segundo como negativo. Mais uma vez, neste grupo, o prazer é focalizado como efeito da droga e mais uma vez ele aparece associado a um adjetivo para destituí-lo, é um prazer pesado e considerado negativo.

5.5.6 A SUPERAÇÃO DA QUESTÃO

A sexta categoria elaborada é *Superação.* No Grupo 1, é formada por uma única palavra: força de vontade. Ela se refere às palavras que possam agregar a idéia de busca pela solução do problema em questão, que parece bastante ausente durante as evocações deste primeiro grupo.

No Grupo 2, a categoria *Superação* contém as palavras e expressões: não deve ser desprezado, precisa de apoio, muita paciência, vontade de ajudar, apoio, coragem, precisa de amor, força e lutar para deixar de usar. Aqui, todas as palavras são consideradas positivas e trazem uma idéia de acolhimento para o usuário, bem diferente do conteúdo da categoria *Avaliação* que descreve preconceito e rejeição. Essa polarização ilustra algo bem presente no percurso dos familiares de usuários de drogas, uma oscilação entre um movimento de abandono e superproteção, na tentativa de chegar a um equilíbrio que permite suporte e apoio.

5.5.7 DEMAIS CATEGORIAS PARA O GRUPO 2

Para a palavra estímulo *Usuário de Drogas* , os participantes em tratamento há mais tempo produziram mais duas categorias: *Relações Familiares e Reconhecimento.*

Na categoria *Relações Familiares* foram agrupadas as expressões: coitada da mãe e de quem convive, desagregação, preocupação com os filhos, abandono e fuga com os parentes, desrespeito e família. A análise gerada aponta esta como a categoria mais significativa no Grupo 2, pois apesar de conter poucas palavras, elas aparecem em uma ordem média de 3.8 durante as evocações (ver a Tabela 8).

Todo o conteúdo desta categoria é avaliado negativamente, o que pode indicar que, para os participantes em tratamento, o que se torna mais relevante são as dificuldades e implicações para a família em ter um usuário de drogas entre os seus membros. Diferente de quando o estímulo é Droga, onde família aparece classificada como positiva aqui, a mesma palavra aparece avaliada negativamente. Quando o foco está sobre o usuário, os participantes pensam a família como sendo prejudicada pelo mesmo.

Neste grupo, surge também para a palavra estímulo *Usuário de Droga*, uma nova categoria que foi denominada *Reconhecimento*. Ela vai sustentar a idéia de que, para os participantes deste grupo, quando o enfoque cai sobre o usuário, a reflexão é

maior em torno da pessoa que consome a droga e não do objeto, da substância. Dentro desta reflexão, esta categoria é composta por conteúdos que mostram o ser humano por trás do uso de drogas e é constituída pelas palavras escolhas, sujeito, dúvidas, vontade, cidadão, desejos, ser humano e decisão, todas consideradas como positivas. Embora, na análise comparativa do EVOC, esta categoria não tenha aparecido como significativa, para o grupo em tratamento ela aponta um início de movimento para a compreensão da questão do consumo de drogas, dentro de uma maior complexidade. Na qual, ao invés de ficar exclusivamente em uma posição de julgamento moralista ou dentro de uma perspectiva do usuário de droga, como alguém que tem dificuldades e incapacidades individuais, começa a surgir o reconhecimento da sua dimensão humana, o que implica em uma existência de dúvidas, decisões, escolhas, vontades e desejos, que precisam ser respeitados, mesmo que pareçam errados. Aparece, ainda, a identificação do usuário de droga também como cidadão, que, como tal, deve ser cobrado por seus deveres não cumpridos, assim como tem direito à saúde e cuidado diante do seu sofrimento, quando existente.

5.6 INTEGRANDO OS DADOS PARA AMBAS AS PALAVRAS ESTÍMULOS (*DROGA* E *USUÁRIO DE DROGA*) ENTRE OS GRUPOS

Nessa primeira etapa, podemos afirmar que a Representação Social do uso de drogas, no grupo de familiares em início de tratamento (Grupo 1), está mais ligada à droga do que ao usuário. As reflexões partilhadas são em torno da substância, mais do que das pessoas que a consomem. É o objeto droga que se torna sujeito e submete aquele que a utiliza ao lugar de seu objeto. A representação é desenvolvida tendo como aspecto central as conseqüências de uso e o sofrimento que isso causa ao familiar. Quando o usuário é lembrado, mais uma vez as conseqüências negativas para sua vida se sobressaem e são julgados (os usuários) com passionalidade. Mas o fato de se tratar de um ente querido leva a um início de questionamento sobre o que justificaria tal escolha existencial deste ser humano, e aí o que é produzido sobressai em aspectos individuais, sem nenhuma inquietação sobre o contexto onde vive este indivíduo.

No grupo em tratamento por um período mais prolongado de tempo, a Representação Social do uso de Droga está mais relacionada ao usuário do que à

substância que é consumida. Embora o medo e o sofrimento estejam presentes, sua intensidade foi reduzida. A ênfase maior gira em torno de reflexões acerca das relações familiares e as justificativas para a permanência do vínculo com a droga. Apesar da persistência de uma avaliação estereotipada e moralista do usuário, começa a se apontar, sutilmente, o reconhecimento deste, como ser humano que em meio a suas dúvidas e sofrimento pode fazer escolhas erradas, mas que precisa ser afirmado não só nos seus deveres, mas, também no seu direito à saúde e ao tratamento quando existir sofrimento. Assim, na busca por superação do problema, começa a existir a esperança que renova a possibilidade de acolhimento e transformação na família que fertiliza a possibilidade de cura.

CAPÍTULO 6
RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

6.1 DIMENSÃO COGNITIVA

A Dimensão Cognitiva descreve as informações que os participantes tinham sobre as drogas, a sua forma de utilização, justificativas para o seu consumo, formas de tratamento, entre outras.

6.1.2 O QUE É DROGA, COMO SÃO CONSUMIDAS E ONDE OBTENHO MINHAS INFORMAÇÕES.

O primeiro foco de análise foi na busca de identificação de quais substâncias psicoativas eram significadas como droga pelos participantes da pesquisa. No Grupo 1, todos os participantes citaram o crack e a maconha como drogas que eles já tinham ouvido falar. Nove deles se referiram à cocaína, seis ao êxctase. O álcool foi descrito como droga por cinco participantes e o cigarro por quatro. Contudo, muitas vezes, essa associação não é feita logo no início da entrevista na pergunta direta, mas surge em algum momento durante o processo de reflexão. O haxixe é referido por quatro familiares e o LSD por três. Injetável, que é uma via de administração da droga, aparece como um tipo de droga no discurso de dois participantes da pesquisa. Também foram citadas as anfetaminas, o ópio, a cola, loló, plantas alucinógenas, tiner e acetona.

Sobre as formas como as drogas são consumidas, os participantes apresentaram respostas, que correspondem àquelas mais conhecidas para o consumo de cada droga.

Quando questionados sobre a fonte de suas informações, seis entre os dez participantes se referiram à televisão e quatro citaram livros. A observação e convivência com um usuário também foi trazida por quatro participantes como principal recurso das informações que possuem. Jornais e Revistas aparecem na fala de três participantes.

Analisando o grupo como uma totalidade, podemos afirmar que o conhecimento que possuem sobre a questão das drogas é originário de duas grandes fontes: dos meios de comunicação de massa e da observação do seu cotidiano. Entre os meios de

comunicação de massa a televisão se destaca. Mas jornais, revistas, imprensa, reportagens, leituras, jornais religiosos e internet, também são citados. A observação do cotidiano engloba experimentação pessoal, vizinhos, meninos de rua, conhecidos, desconhecidos em eventos sociais, assim como o próprio familiar usuário de droga.

No Grupo 2, maconha e crack são, também, as drogas referidas por todos os participantes, seguida pela cocaína que é citada por oito deles. O álcool é descrito como droga, neste grupo, com maior freqüência. Sete dos dez participantes o reconhecem como tal. Contudo, assim como no grupo anterior, algumas vezes a associação do álcool como droga acontece ao longo da entrevista e não no início em resposta à pergunta específica. Aqui, também, é possível justificar esta diferença, pois para a maioria dos participantes deste grupo, o principal problema na família é o alcoolismo. A cola e o LSD são citados por cinco participantes, e a heroína por quatro deles. O exctase, nesse grupo, é referido apenas por três familiares. As outras substâncias descritas como drogas foram chás, haxixe, ervas, cogumelos, medicamentos em associação com outras drogas e remédio de cavalo.

Mais uma vez, em sua maioria, ao descreverem a forma como são consumidas estas substâncias, os participantes apresentaram respostas, que correspondem àquelas mais conhecidas para o consumo de cada droga.

Em ambos os grupos, a droga que provocou maior indecisão e confusão para descrever a sua forma de consumo foi o LSD.

No grupo em tratamento (Grupo 2), as fontes de informação mais citadas foram televisão e palestras, ambas referidas por cinco participantes. Neste Grupo, aparece, também, a observação do cotidiano, representada por presenciar o consumo de desconhecidos em eventos sociais ou na rua e do usuário na família. Os participantes focalizam, mais uma vez, os meios de comunicação de massa referindo-se à televisão, rádio, revistas, jornais, mídia, internet e filmes. Contudo, as informações recolhidas durante o percurso de tentativas de superação do problema recebem destaque neste Grupo. Dessa forma, citam, com maior freqüência, palestras promovidas nos centros de tratamento, clínicas de internação, igrejas, centros espíritas, nos grupos de apoio, observações em centros de recuperação, troca de informações com outros familiares de usuários que encontram e conhecem ao longo dos tratamentos, seminários, orientações de médicos e psiquiatras, assim como os conhecimentos compartilhados nos grupos em que participam como forma de tratamento nas instituições especializadas.

De uma forma geral, as substâncias significadas como droga são semelhantes em ambos os grupos. A maconha, o crack e a cocaína são as principais, seguidas pelo álcool, que, apesar de geralmente não aparecer em uma associação direta, se faz presente quando ocorre um aprofundamento reflexivo. Também não verificamos diferenças importantes entre os grupos quanto às informações acerca de como as drogas são consumidas. Dessa forma, embora haja diferenças na descrição dos participantes sobre as fontes a que recorrem para obter seus conhecimentos, não foi possível identificar, por enquanto, mudanças significativas pela influência da interação com conhecimentos mais especializados no segundo grupo.

6.1.3 TEORIAS SOBRE A DEPENDÊNCIA: O QUE DETERMINA A DEPENDÊNCIA, POR QUE AS PESSOAS CONSOMEM DROGAS E QUAIS AS CONSEQÜÊNCIAS DESTE CONSUMO.

Ainda dentro da Dimensão Cognitiva, avaliamos as teorias sobre a dependência de substâncias psicoativas. Foram apresentadas as perguntas: Todas as pessoas que experimentam uma droga se tornam dependentes? O que acontece com as pessoas que usam drogas?

Sete entre as dez participantes do grupo em início de tratamento responderam que nem todas as pessoas que experimentavam drogas se tornavam dependentes. Duas afirmam, prontamente, que sim e uma se posicionou como indecisa dizendo que não sabia. E para sustentar suas respostas elas desenvolvem seus argumentos.

No Grupo 1, a justificativa mais compartilhada entre os participantes está relacionada à idéia de uma hierarquia entre as drogas, na qual existem drogas leves e pesadas, dessa forma a dependência está vinculada ao tipo de droga que a pessoa experimenta. Na hierarquia proposta pelos familiares, o crack e a cocaína aparecem como as drogas mais poderosas no sentido de provocar dependência. Como podemos observar na fala de Marieta:

> *"Sinceramente eu não sei, porque tem drogas que torna a dependência imediata, no caso, o crack e a cocaína, eu sei que a pessoa fica logo dependente. Então, é muito difícil uma pessoa tentar se controlar pra não fazer uso. Não sei bem se é verdade o fato de usar esporadicamente".*

As conseqüências negativas também aparecem com muita freqüência no discurso dos familiares do grupo em início de tratamento e compõem o tema principal das argumentações. Foi possível constatar que, quando existe o consumo de múltiplas substâncias pelo familiar usuário, os participantes, como Sônia, por exemplo, fazem uma relação das conseqüências com a hierarquia das drogas, ao afirmar:

> *"Quanto mais forte a droga, é pior. Aí, a pessoa vai se envolvendo, se envolvendo... eu acho assim, no caso, eu penso assim. Ele começou pela maconha, enquanto usava só a maconha, só naquilo ali, não era aquela coisa, assim, de tá largando tudo, de tá deixando de ir ao trabalho, de deixar de saber o que tá acontecendo em casa, não. Depois que foi envolvendo com outras coisas, foi misturando outras coisas, aí sim, foi deixando a prioridade de lado, foi perdendo o interesse pelo trabalho. Então, quanto mais forte, eu acho que pior é".*

A participante Eva segue o mesmo raciocínio, contudo apesar de confundir o crack com a cocaína, reconhece os efeitos diferenciados entre as substâncias, como pode ser observado na fala seguinte:

> *"A cocaína é uma pedrinha, é pior ainda, que deixa a pessoa em uma situação, assim, bem mais forte que a maconha, porque a pessoa fica mais com ansiedade, chega até a um estado de loucura. Se for pra maldade, a pessoa é até capaz de matar. A maconha deixa uma pessoa, assim, mais devagar, mais lenta. Depois que passou a usar o crack né, que é a pedrinha, fica, assim, com mais ansiedade, fica, assim, com mais fome, fome de tudo. A fome que eu tô querendo falar, é aquela fome de ansiedade, de querer aquilo, de querer possuir aquilo pra sentir com mais vontade, pra querer usar...".*

De uma forma geral, combinam três ou mais argumentos no percurso da sua tentativa de explicação, que recaem sobre duas idéias principais: a dependência como uma questão do indivíduo ou a dependência determinada pela droga.

Assim, o terceiro argumento mais utilizado aponta para a experimentação como um ponto decisivo onde o vínculo com a droga vai acontecer ou não por uma questão de gosto, personalidade ou força de vontade, que é determinada pela capacidade do indivíduo de controle. Observado na declaração de Luciana:

> "*Eu acho que nem todas se tornam dependentes, só aquelas pessoas que não têm controle, eu acho. Eu conheço muita gente que já usou droga e que não é viciado, que não usa hoje. Tem uns*

que têm capacidade pra depender e meu filho é um. Ele não tem força de vontade, ele não tem controle e ele foi por curiosidade. Eu já tenho a minha resposta".

Sônia também destaca características pessoais ou decisões pessoais para se tornar dependente de substâncias psicoativas e afirma:

"Às vezes, a pessoa vai usar pela primeira vez por incentivo de amigo, pra conhecer, pela curiosidade. Mas, a partir do momento que ela ver, eu penso, assim, se você usou pela primeira vez e não gostou ali, você tem o ponto decisivo: 'eu não quero mais me interessar por isso', ou você interessa e vai".

Fátima completa afirmando que o vínculo com a droga acontece para aqueles com "personalidade fraca":

"Sim, a maioria se torna dependente. Porque, às vezes, você desiste né, não gosta. Cada caso é um caso. Eu conheço gente que já foi e largou porque não gostou. E tem gente que foi e ficou. Tem gente que foi, ficou e morreu mesmo, né? Tem tanto mendigo na rua por causa disso. Sem pai e sem mãe, a família abandona tudo, quando vê que não tem jeito. Deixa pra lá, deixa sozinho, se acaba sozinho, tudo isso, né? Tem gente que experimenta e não deixa mais. Tem gente que experimenta e não fica, acha ruim, sei lá, não gosta. Depende da pessoa, depende muito da pessoa. Tem gente que tem personalidade fraca. Meu filho, mesmo, tem personalidade fraca. Meu filho, mesmo, é fraco. Ele foi, ele diz que foi pra experimentar, pra curtição, curtição que ele está até hoje, de ter um ano e pouco [...]".

A percepção de formas diferenciadas de consumo, também, pode ser identificada nesses discursos, tais como: o uso experimental e até mesmo o uso ocasional ou recreativo. Marieta, por exemplo, admite que as pessoas possam experimentar as drogas, sem se tornarem dependentes. Mas, a relação com a droga, aparentemente, é influenciada por sua personalidade e, cautelosamente, afirma:

"Eu não sei, quanto a isso, eu não tô bem inteirada, não. Mas, geralmente, uma coisa sempre leva a outra. Mas, tem pessoas que usam e dizem que se contém, que usa, assim, periodicamente, não todos os dias, mas numa festa, uma coisa assim. Mas, a gente sempre tem receio que a pessoa se afunde né, se depende, assim, de personalidade, sei lá".

Eva, no entanto, supõe que a dependência está relacionada a diferenças individuais, mas mostra-se insegura e tem buscado explicações, conforme relatado em suas experiências e avaliações:

"Porque tem pessoas que usam, que eu já sei, até mesmo, por esporte. Minha professora mesmo, de teatro, falou que ela usou certa feita, mas por causa das turmas, das pessoas, como se fosse aquela coisa, que ela tá ali no meio. Mas, ela disse que não sentiu nada. E tem certa feita, eu acho tão aterrorizante que eu tava tentando, um dia, descobrir por que os jovens, as pessoas ficam ligadas nisso, ficam presas nisso. Eu quero saber o mistério, o porquê. Mas, é óbvio, que eu não queria provar nem nada. Mas, eu queria saber, assim, realmente o que é que eles sentem, quando eles tão usando isso. Qual é a ação, a reação? Como eu já falei pra você, que eu já percebi dele, essa mudança, assim, com relação a ele que é uma pessoa, assim, calado. Aí, no ambiente, eu sei que ele fica, assim, mais alegre, no caso dele. Mas, eu queria saber por que tem pessoas que usam normal, trabalha, convive no meio social, que a pessoa nem diz nada que usa, nem percebe".

Os participantes transitam, ainda, pela idéia da dependência ligada ao efeito prazeroso da droga. Observado na explicação de Kátia, a seguir:

"Porque algumas pessoas desenvolvem a dependência, ou, às vezes, eu acho que não pela substância, pelo efeito que a substância passa. Tem pessoas que não são dependentes só de um tipo de droga, às vezes, se ligam a uma droga, depois mudam para outra. Talvez, seja pelo efeito que essa substância faça e que seja uma sensação de conforto, de prazer, que faz com que as pessoas se liguem, fiquem presas a um vício".

A questão biológica aparece pouco, mas é citada por dois participantes. Kátia, que já foi dependente de tabaco e é formada em biologia, assim se expressa:

"Algumas se tornam dependentes, eu acho. Eu acredito que existe uma coisa que todas as pessoas tenham, como se fosse uma afinidade a alguns tipos de drogas, certo? Eu acho, porque, por exemplo, eu fumei durante muito tempo, odiava fumar, mas eu dependia do cigarro e, sei que se eu fumar, o cigarro vai ser prá mim um fantasma pro resto da minha vida. Se eu fumar, eu tenho certeza que eu vou voltar a ser dependente, entendeu? Eu gostaria muito que não fizesse mal, prá eu poder fumar pro resto da minha vida, que é muito bom, entende? É muito bom. Então, eu acho que todo mundo que é dependente de alguma droga, eu não sei se quimicamente o organismo dessa pessoa tem uma afinidade por essa droga, pela substância".

Norma associa a dependência, claramente, a determinações biológicas e declara com razoável segurança:

"No início, vão pra ver a sensação, por curiosidade, aí, depois que a gente não sabe a nossa genética, tem os que se tornam dependentes e os que usam por esporte, para ir em uma festa...".

No Grupo 2 ainda permanece a idéia central de uma hierarquia das drogas em relação à dependência, contudo, a ênfase sobre um prognóstico fatalista diminui consideravelmente.

Neste Grupo existem também aqueles que argumentam que a dependência não está vinculada à substância consumida e reconhecem que há uma complexidade maior na compreensão do vínculo pessoa / droga. É possível verificar o reconhecimento de vínculos diferentes com a mesma substância, como se pode observar no discurso de Madalena:

> *"Fumei cigarros por 25 anos, quando quis deixar, deixei. O meu filho, mais velho, fuma maconha, mas não é viciado. O mais novo, eu acho que é. O mais velho é parecido comigo, não se deixa dominar. É narcisista, egocêntrico, tem certo controle, é parecido comigo. Meu filho, mais novo, não tem defeitos, eu não consigo enxergar um defeito nele, ninguém consegue. Ele é desabafo, todo mundo procura ele para descarregar os problemas. Ele sofre muito comigo, com o pai, com a família. Busca na droga o que falta, não expressa o que sente, porque não tem espaço. Mas, independente da droga, se experimentar, não vai ficar, necessariamente, dependente. Conheço quem já usou e não se tornou dependente".*

Alice, por exemplo, associa as especificidades da relação de cada pessoa com sua droga de dependência, as formas diferenciadas de se vincular às variadas substâncias e apresenta a seguinte explicação:

> *"Eu sou arquiteta e convivo em um meio que tem muita gente que usa maconha. Muita gente usa, inclusive, cocaína, muita gente usa e usa quando quer. Como, por exemplo, eu tomo cerveja quando eu quero, então, eu não sou um alcoólico. Mas, se eu fumar o primeiro cigarro, eu não saio daqui sem uma carteira. Então, se tivesse um nome para um adicto em nicotina, eu, com certeza, seria uma. A diferença, pra mim, é essa, eu posso tomar uma cerveja, até ali na esquina, com você e vou trabalhar depois. Mas, eu não posso fumar um cigarro, que eu quero outro, e quero outro, e quero outro e não controlo".*

Embora, neste grupo o reconhecimento de possibilidades diversas de consumo das substâncias psicoativas tenham sido apropriadas e elaboradas com mais consistência, ainda é mais freqüente a existência da idéia de uma hierarquia das drogas. Alguns participantes permanecem com o argumento de que algumas substâncias são potencialmente mais prejudiciais. Mas, existe um grau maior de aprofundamento na tentativa de explicar este raciocínio no qual se considera o sujeito que consome e o seu

organismo. Como pode ser observado no depoimento de Bete:

> *"Há um preconceito em relação ao usuário de droga, vai depender muito do organismo, da subjetividade do sujeito, do que ele se propõe e do lugar que a droga esteja na vida dele. Tem pessoas que não usam a droga o tempo todo. Agora, existe a questão do organismo não suportar. Porque, também, têm drogas que são deletérias, são da sua própria natureza, são destrutíveis e aí, gera outras doenças. Mas, nem toda pessoa, necessariamente, que vai usar droga vai ser dependente. [...] porque têm drogas que são destrutivas, têm drogas que elas têm o poder de viciar muito mais, que é uma coisa que já passa da questão subjetiva e passa prá questão orgânica mesmo. É biológica, do organismo mesmo. O crack, por exemplo, é uma droga que aterroriza todo mundo, porque ele é uma droga que realmente a pessoa, a depender da estrutura, é muito rápido pra você se tornar um dependente. O crack, a cocaína".*

Verificamos, também, a inclusão do álcool entre as drogas consideradas mais perigosas, observado no depoimento enfático de Joana, a seguir:

> *"[...] e outra droga que eu acho também, eu acho, assim, tá aí aberta no mercado, que não existe uma proibição como deveria ser, prá mim, deveria haver uma proibição mesmo, que é o álcool que as pessoas não dão importância. Eu considero o álcool, talvez, 50% de risco a uma das drogas piores. Eu divido assim, todas essas drogas que eu falei, colocando o álcool com 50% , entende? É que eu acho que é uma droga que as pessoas, por ser socialmente tratável, as pessoas não dão o valor que ela requer até a nível de tratamento mesmo, até a nível de divulgação. Eu acho que existe os Alcoólicos Anônimos, mas não é feito uma divulgação do álcool como deveria ser, fazer na própria sociedade, entendeu? Se fala muito de cocaína, crack e sempre que surge uma droga nova, mas o álcool que é coisa antiga e que o mercado tá aberto não se dá importância que deveria ter".*

Podemos observar discursos mais elaborados neste grupo, mas, também, estão presentes raciocínios mais lineares em se tratando do que acontece com as pessoas que usam drogas. Como na fala de Carmem:

> *"O que eu vejo, porque eu nunca vi na minha vida, mas o que eu vejo na televisão é que eles roubam, que eles matam, que está fora de si".*

Encontramos esse determinismo baseado em conseqüências descritas como atos de delinqüências com menor freqüência no Grupo 2. Assim, a resposta em relação à pergunta sobre o que acontece com as pessoas que usam drogas aparece com grande variabilidade, enfocando relações do usuário com ele mesmo e preconceitos sociais que

já apontam para a compreensão de um sofrimento ligado ao consumo abusivo. Júlia enfatiza:

> *"Com uma pessoa que usa droga eu acho, assim, a pessoa que usa droga prá ele ou prá ela tanto faz tá vivo como tá morto. Tanto faz comer como não comer. Tanto faz beber como não beber. Dormir como não dormir. Eu penso que ele ou ela pensam assim, que estão fazendo uma grande coisa, mas não estão. Eu acho que não esteja fazendo nada de positivo, eu tô achando que está fazendo o negativo para si e para alguns também".*

Há uma quebra da idéia exclusiva do vínculo da droga com a marginalidade, acrescentando a possibilidade de também poder vincular o consumo a pessoas que produzem. Mara focaliza a exclusão e reprova o uso de drogas por artistas, conforme o seu depoimento, descrito a seguir:

> *"Primeiro lugar, fica dependente. A dependência, eu penso, vai chegando aos poucos. Depois, fica excluído da sociedade. Quando eu falo sociedade é família e sociedade. Ele fica marginalizado, por mais que a gente saiba que os expoentes da música, muita gente aí usa droga, a gente gosta da arte, mas não quer a droga".*

No Grupo 2, é possível relacionar esta variabilidade de discursos ao tempo de implicação no processo de tratamento. Aqueles participantes que estão em tratamento entre dez meses e um ano apresentam diferenças importantes na sua compreensão sobre a dependência, comparadas aos que estão engajados há apenas três meses. Através dessas diferenças vamos trilhando o caminho percorrido na transformação da representação social do uso de drogas. Eles saem do discurso pronto e generalista e começam a buscar um significado específico para o consumo de droga pelo seu ente querido, reconhecendo que há singularidades em cada caso. Como expresso por Alice, referindo-se aos seus filhos, destacando as diferenças entre a relação de cada um com sua droga de consumo:

> "*Eu acho, por exemplo, que o usuário de maconha, quando ele começa a usar na adolescência parece que ele não fecha o ciclo da adolescência, eles continuam adolescentes pro resto da vida. É como se ele não desenvolvesse uma maturidade, eu sinto. Eu tenho um adicto dentro de casa e um usuário, mas o usuário, ele também não amadurece. Tem 32 anos, mas não sai de casa, ele trabalha e tal, mas ele não se sustenta. Se eu pego uma pessoa de 32 anos, já formou, já tá por si, já tá casado, eu sinto como se tivesse um retardo, não é um retardo mental, mas é um retardo. Com o dependente acontece uma irresponsabilidade total. O dependente, ele lança mão*

de qualquer coisa pela coisa do ter, ele larga das responsabilidades, ele é capaz de ter trabalho às sete horas e só chegar da rua às seis. No princípio, ainda, até vai pro trabalho. Mas, não acredito que consiga produzir. Aí, depois já não vai mais. Depois ele já perdeu o emprego, já começa vender as próprias coisas, depois ele vende as coisas dentro de casa".

No discurso de Alice, podemos observar também uma apropriação da linguagem e dos conceitos mais científicos, onde ela faz uma diferenciação entre o usuário e o adicto ou dependente.

Também, se torna relevante considerar o grau de instrução dos familiares, pois isso também interfere no nível de resistência à mudança em função do tratamento. Como as representações sociais sobre o uso de drogas estão enraizadas em muitas crenças e preconceitos, os familiares com menor grau de instrução resistem a aceitar algumas argumentações dos profissionais especializados que contradizem as suas crenças. Por isso, observamos que familiares com um grau de instrução mais elevado se apropriam das argumentações com mais consistência, apesar do período menor de tratamento. Contudo, se o tempo de tratamento é mais longo, essa diferença se dilui e podemos observar mudanças significativas nos participantes, independente de grau de instrução.

6.1.4 POR QUE AS PESSOAS USAM DROGAS? DIFERENÇAS PARA EXPLICAÇÕES SOBRE O USO DOS OUTROS E SOBRE O USO DO FAMILIAR

Ainda, tendo como enfoque a Dimensão Cognitiva, buscando aprofundar as teorias sobre a dependência, tomamos como unidade de conteúdo as perguntas "por que as pessoas usam drogas?" e "por que o seu familiar usa droga?".

No Grupo 1 ocorre uma distinção significativa entre as explicações para o consumo das pessoas em geral e a explicação para o consumo do familiar usuário. Como reposta à pergunta mais geral, encontramos, com maior freqüência, uma combinação entre questões subjetivas ligadas a carências ou faltas ou situações complicadas, curiosidade e influências do ambiente ou amigos. Como pode ser observado na declaração de Sônia, que segue:

"Assim, eu acho que, às vezes, tem uma situação na vida da gente, algumas coisas que a gente passa pela vida, é influência de amigos, é curiosidade, têm vezes, que a gente tá num momento, assim, de fragilidade. Aí, a gente vai tentar encontrar alguma coisa que compense aquilo ali que tá afetando a gente. Então, são várias coisas".

Norma enfatiza a influência do ambiente e das pessoas:

"Modismo, eu comecei a fumar porque achava os outros fumando bonito. O ambiente também influencia, tem determinadas pessoas que fazem uso e você se acha no direito de experimentar, curiosidade".

Alguns participantes reconhecem a busca de alguns efeitos provocados pelas substâncias, que podem ser compensatórios para características pessoais. Percebem-se intrigados com as sensações que podem ser experienciadas, mas é impossível sustentar algo positivo na representação da droga. Dessa forma, estão sempre empenhados em descrever como algo negativo, mesmo que seja em uma contradição de "um positivo ruim". O discurso ambíguo de Eva revela esta posição, descrito a seguir:

"Às vezes, eu acho, assim, ninguém faz a cabeça de ninguém: 'Ah! Use isso aqui que é legal'. A pessoa usa até por curiosidade, até como eu falei que eu queria descobrir essa viagem, também, por curiosidade. Eu poderia me dar bem ou eu poderia me dar mal, mas não é o meu forte saber o porquê desse mistério baseado em relação às drogas. Eu acredito que a pessoa usa, às vezes, por esporte, às vezes, porque tá faltando algo naquela pessoa e ela procura e acha que com a droga vai se sentir bem. Usa prá negatividade, pra matar alguém, roubar, pra sentir mais corajoso e por aí, né, o lado negativo. O pior de tudo é isso, a droga pro lado positivo ou negativo é ruim, é obvio. Mas, o negativo ainda é pior porque quando uma pessoa usa uma droga prá terminar fazendo um assalto, matar alguém, um ser humano, isso é, com certeza, o pior que existe quando uma pessoa já tem um vício".

Entretanto, Fátima é enfática na negatividade do consumo de drogas e expressando certo desânimo, afirma:

"Ah! Eu não acho nada, eu não sei. Eu não posso dizer uma coisa que eu não sei né? Porque quem sabe o efeito dela, porque dizem que é bom, dizem que é bom. Uma coisa que destrói, diz que bom. Isso é bom? Isso não é bom. Eu não acho que seja bom. Mas todo mundo vai assim, acha que não vai viciar, aí, o amigo vem e diz: 'Mas, fulano... '. Eu sempre pergunto a um amigo dele que me diz que hoje nem amigo dele mais é. Cortou com as amizades todas. Aí, eu falo com os meninos e eles me dizem: "Oh Fátima...", às vezes me chamam de tia, às vezes de

Dona Fátima e eles me dizem: "tá controlado, tá controlado...". É mentira, não tem controle, não tem controle".

Ambos os depoimentos permanecem em uma posição manequeísta em que se tenta descrever a droga em termos de bem e mal, bom ou ruim, positivo ou negtaivo. Como a complexidade do fenômeno não pode ser alcançada dentro desta lógica dicotômica, permanecem na angústia da dúvida.

Justificativas como falta de fé, questões familiares, características pessoais como mente fraca, índole ou uma predisposição, também são citadas.

Entretanto, quando se trata de desenvolver uma explicação para o consumo de drogas do familiar, cinco entre os dez participantes deste grupo recorrem a justificativas relacionadas a alguma disfunção no contexto da família, que pode ser exemplificado pelo seguinte depoimento de Beatriz:

"Eu acho que devido à família, a relação da mãe, do pai. Eu acho que um filho precisa de um pai, ele pode não conviver com ele, mas ele precisa de um pai pra dizer: 'Eu tenho um pai', entendeu? E a relação, como aconteceu com ela, de não ter dito prá ele quem era o pai, essas coisas assim. Eu acho que, muitas vezes, a família é que leva as pessoas se tornarem um dependente químico. Mas, ele teve muito carinho da minha mãe. Ela sempre apoiou muito, já a mãe dele era ausente. Eu acho que ele percebe isso, ele sente muito isso, entendeu? Até pelos relacionamentos que ela teve depois, com outras pessoas. Eu acho que isso influencia, ele se sente, assim, como se fosse rejeitado. É a minha opinião, né? Eu acho que ele se sente rejeitado".

Observa-se, ainda, que no esforço de Sônia para entender a dependência do marido, as explicações recorrentes estão no ambiente e relações familiares, expressando-se assim:

"Assim, no caso dele, ele sempre foi uma pessoa que nunca teve muita participação na família, que não teve uma pessoa ali do lado pra orientar. O pai morreu muito cedo. A mãe, assim, não se preocupava tanto. Então, eu acho que isso tudo contribuiu pra que ele começasse logo cedo. Porque, desde que eu conheço a gente já tá junto há 14 anos e desde antes, eu acho que ele já mexia com esse tipo de coisa, então eu acho que uma coisa vai levando a outra. Ele sempre foi uma pessoa muito sozinha, ele tem mais irmãs, a mãe, mas o pai dele morreu quando ele tinha dois anos, ele começou a trabalhar muito cedo pra poder ajudar a mãe dele. Ele não teve aquela estrutura familiar de a mãe preocupar de onde é que tá, de o que tá fazendo, quem são as companhias, pra onde tá saindo, o que fez, o que deixou de fazer..."

Nos dois exemplos descritos temos uma tia e uma esposa falando sobre o usuário. Observamos que nesses casos, quando o parentesco é de uma outra ordem que não a maternidade, as teorias que apontam para uma culpabilidade dos pais são mais organizadas e lineares. Quando se trata de mães falando das questões familiares como possível justificativa para o uso de drogas pelos filhos, elas o fazem de forma menos organizadas e superficialmente, como observado na fala de Fátima:

> *"Ele diz que foi porque quis. Foi pra experimentar, foi por curtição. Isso é o que ele diz né? Eu tenho a impressão de quando eu me separei do pai dele, ele ficou muito triste. Pode ser também, um caminho, sabe? Eu também não sei. O que ele me passou foi isso, que foi pra curtir".*

Norma, também, transita em explicações que ora estão nos relacionamentos do pai com o filho, dela (mãe) com o filho e mesmo dela com o marido, mostrando uma *mea culpa* em sua declaração, quando disse:

> *"Não sei se insegurança, carência, ainda tô fazendo uma análise da ida dele para este ambiente. Esperar muito de determinadas pessoas que não foram aquilo que ele esperava. Conseqüências da vida também, eu me separei do pai ele ainda era muito jovem, a separação deve ter contribuído muito, esperava muita coisa do pai e ele não respondeu. Quando fiquei grávida o pai não queria que ele nascesse, chegou a conseguir recurso para eu fazer o aborto, mas eu não quis e em um impulso de raiva o pai contou a ele sobre isso. Falta de fé, nunca tive impulso de fazer eles seguirem uma religião. Eu acho que eu deveria ter colocado nele a fé, um Deus que ele respeitasse e acreditasse".*

Em todos os discursos, parece bem presente uma ausência paterna ou por morte ou por motivo de separação, utilizada por estas mulheres como justificativa. Há uma demanda pela referência paterna e que, também, aparece na possibilidade da substituição deste por um Deus que impusesse limite. Este dado está de acordo com as discussões atuais sobre família que apontam pra uma crescente configuração marcada pela matrifocalidade onde as mulheres lideram famílias em que a ausência masculina na função paterna é quase que uma regra, não mais uma exceção.

Surge, ainda, a tentativa de explicar numa perspectiva relacional, observado no discurso de Eva, a seguir, onde o sujeito com seu organismo e personalidade, em conjunto com o contexto familiar, configuram a possibilidade do consumo.

"O problema é devido à maneira de ser, eu acho. Depois eu até queria, se fosse possível, conversar com ele pra ver se batia certo os pensamentos dele com o meu, né? Minha maneira de ver, eu acho que é como eu falei a família, essa coisa de separação dos pais, de mãe ter mais prioridade com um filho, com outro não, a desunião que tem mesmo com a família, não tem aquele afeto de conversar, de abraçar, de perguntar o porquê tá assim. Não existe isso na minha família. Então, eu creio que ele, a natureza dele já é calada, a índole dele mesmo é ser um pessoa, assim, quieto, calado. Então, juntando essa parte da família, com a dele também, aí fez com que ele viesse usar [...]".

As explicações predominantes sobre o consumo do familiar recaem sobre questões da família (cinco participantes), contudo aparecem também justificativas relacionadas à busca por efeitos prazerosos da droga, curiosidade, influência dos amigos, questões subjetivas, características pessoais, predisposição e falta de fé. Como observamos no depoimento de Marieta:

"Com meu filho, ele falou que foi assim: alguém ofereceu a ele, começou assim, gostou, curiosidade. Disse que na hora pensou na gente, nos pais e tal, mas era uma coisa que ele tinha certeza que na hora que ele quisesse parar ele pararia. Só que isso já tem muito tempo e ele não parou".

No Grupo 2, as justificativas para o consumo quando referentes aos usuários em geral focalizam, principalmente, a busca de prazer ou algum outro efeito da droga, como destaca Dalva, a seguir:

"Pode, realmente, ter aquele prazer que eu coloquei ali. Aquele prazer negativo e correr atrás desse prazer sempre, sempre. A pessoa está recorrendo a isso, naturalmente, porque este prazer que ela tem dentro dela, não faz contato. Então, ela recorre a isso pra poder ter esse prazer maravilhoso que ela sentiu e quer sentir de novo, e sentir de novo, e sentir de novo, e aí então, a pessoa é pega por isso também".

Explicações centradas em questões subjetivas relacionadas a algum tipo de carência, faltas ou fuga de problemas, também são apresentadas como observamos na explicação de Joana:

"*Eu acho que quem usa droga, é uma coisa... eu tenho algumas dúvidas. Eu acho que o fator principal é a falta de amor, as pessoas ficam vazias, as pessoas que não tem amor, que não tem amparo[...]".*

Bete interage com a complexidade da questão:

> *"A droga vem, talvez, porque é um prazer imediato. Ela vem, talvez, pra suprir uma determinada carência que, no momento, a pessoa não tá reunindo condições pra isso. Não é uma explicação definitiva, mas é um dos fatores. Não existe uma explicação clara porque é algo muito complexo. Prá o uso de drogas, eu não posso dizer que fulaninho começou na droga porque teve uma decepção na vida, não é bem por aí".*

No grupo em tratamento (Grupo 2), as explicações que envolvem aspectos familiares aparecem com maior freqüência relacionada aos usuários em geral do que no Grupo 1. Contudo, modelos de justificativas baseado em disfunções familiares permanecem, predominantemente, relacionados ao consumo do familiar usuário. Como resposta à pergunta mais geral, Bárbara descreve sua opinião:

> *"[...] a separação do casal, se você tem família desajustada, onde ninguém toma conta de ninguém, são oriundos de pais fracos que, às vezes, até já são usuários também ou tem uma outra situação diferente de fraqueza (doentes mentais, psicológicos), onde ninguém toma conta de ninguém e aí, gera filhos. Às vezes, aquele filho já se sente mesmo arrasado, se sente infeliz. Hoje mesmo, eu tive aqui conversando com uma usuária que tá aqui. Ela me falou que a mãe dela não liga para ela, que o pessoal daqui é que mais cuida dela".*

Joana segue o mesmo raciocínio. Contudo, faz uma leve contextualização da dinâmica social em que vivemos:

> *"Eu acho que isso vem de bases, eu acho que são bases que não são cuidadas. Eu acho que muitas das pessoas não têm nem condições de avaliar, de ter alguém por perto pra avaliar, pra dar um apoio, até a nível financeiro, a nível mesmo de psicológico. São pessoas que vivem soltas. Mas, eu acho que se todo ser humano tivesse uma família, tivesse pessoas ali, que apóiam, pessoas que estão juntos, que fica analisando, olhando o comportamental, eu acho que não teria 50% do que existe hoje, entendeu? Mas, é que hoje, o próprio tempo é muito corrido pra todo mundo. A evolução, eu acho, atrapalhou um pouco porque todo mundo hoje corre, todo mundo não se dá conta [...]".*

Neste grupo, como observamos de forma sutil no discurso de Joana e de forma mais clara no discurso de Mara, há uma associação de responsabilidade da família e da sociedade pelo consumo de drogas pelos indivíduos. Mara inclui também, dimensões como os fatores genéticos e espirituais, apontando para a complexidade do fenômeno.

"Eu acho que é alguma carência afetiva que faltou na família e a sociedade não ajudou. A escola, a escola também. Foi uma falha na família e na sociedade que ele conviveu, convive. Pode ter, também, o componente genético. Alguns mais místicos, espiritualistas falam até em outra coisa...".

No Grupo 2, a justificativa do uso em função de curiosidade ou influência de amigos diminui significativamente, mas ainda está presente. Quando há o reconhecimento do uso recreativo ou ocasional onde aparece o prazer possibilitado pelo consumo, assim como no Grupo 1, aparece para alguns participantes, a necessidade de classificá-lo como negativo, como observamos na falas de Júlia, a seguir:

"Eu não sei de nada, quem sabe de tudo é Deus. Mas, eu acho assim, que tem vezes que a pessoa tem aquele destino, aquela coisa e tem vezes que, assim, pelo tipo de curtição, 'ah! Eu vou fazer isso para curtir', muita gente faz isso. Eu acho que isso é uma coisa negativa, negativa porque é um desprazer negativo porque se a pessoa tá ali drogado, a pessoa não sabe que isso aqui é importante, a pessoa não sabe que isso aqui tem valor, a pessoa quer é destruir isso, pode ser de quem for, pode até ser seu mesmo, não tá importando ou senão se é daquela pessoa quer destruir assim mesmo, fazer o fim. Então, eu acho que seja uma coisa negativa".

O depoimento de Júlia ilustra toda a confusão, contradição e dificuldade de muitos participantes em poder aceitar e integrar à sua representação social do uso de drogas a possibilidade de consumo vinculado a princípios hedonistas nos quais a droga se apresenta como um acessório para a busca de prazer e diversão.

Há, no entanto, aqueles participantes no Grupo 2, que compreendem o efeito apaziguador da droga e sua função de diminuir a angústia, apesar das conseqüências negativas. Consegue, assim, olhar para o vínculo estabelecido de forma mais complexa. Nesta perspectiva Dalva diz:

"Eu tenho o meu caso na minha família, a pessoa usa droga por um trauma, algo que lhe aconteceu e que lhe deixou uma dor muito profunda e de repente, essa pessoa recorreu à droga para suportar essa dor. Eu acho que realmente é um fator muito preponderante nesse sentido da pessoa recorrer a isso apesar de saber de todas as conseqüências, mas é o recurso que lançou no seu momento de vida".

Focalizando a justificativa para o consumo de drogas do seu familiar, oito dos dez participantes em tratamento (Grupo 2), fazem algum tipo de referência a questões familiares. Porém, a forma como a família é abordada em relação ao consumo é bem

diferenciado no seu grau de elaboração, levando em conta o tempo de inserção no tratamento e o tipo de tratamento.

Notamos que os participantes, inseridos nos grupos de família apontam para as questões familiares de forma mais superficial, do que aqueles em atendimento individual. As pacientes que estão em atendimento individualizado, ou já passaram pelo grupo e conseguiram elaborar uma demanda para psicoterapia individual, ou são familiares que já se apresentam às instituições com alguma questão, mais ou menos elaborada, apontando para a necessidade de ajustes na compreensão da sua mobilização em relação ao consumo de drogas do membro ou membros usuários. Mas, de uma forma geral, para os participantes de ambas as estratégias de tratamento, existe uma tentativa, ou pelo menos o início desta tentativa, de sair da posição de se culpar ou culpar a família para confirmar um nível de responsabilidade mútua e compreender outras dimensões que podem está envolvidas, que incluem o usuário e a sociedade, como podemos verificar no discurso de Mara:

> *"Eu estava conversando com meus filhos e fazendo um perfil de como ele era na infância e quando foi o desvio dele. Meus filhos têm idades semelhantes etinham amigos, colegas em comum. Os amigos dele quase ninguém via, desde pequeno. E aí, nós saímos do interior pra vim para capital e ele tinha 17 anos. Foi quando ele começou a usar. Logo meu marido morreu, houve aquela coisa toda na família. Meus filhos ficaram independentes muito cedo. Começaram a estudar muito cedo, todos. O único que não estudou, que não fez universidade foi ele. Então, ou o excluímos ou ele se excluiu. Também a gente não vai buscar... eu passei muito tempo até me culpando, agora eu sei que não fui eu, a culpada é a família em geral e a sociedade. A família é a primeira sociedade. A gente sabe que a família é o grão. Então, eu acho que houve isso. Uma exclusão, ninguém sabe quando e por que ele. O que foi dado a um, foi dado a todos em casa, a todos sem distinção e ele desviou de conduta".*

Contudo, nesta caminhada pela busca de sentido para o consumo de droga do ente querido, as participantes transitam entre a posição de vítima ou culpadas, presente no depoimento de Madalena:

> *"Achava que eles não mereciam a mãe que eu era. Comecei a cobrar, o relacionamento ficou impossível. Fiquei transtornada, aumentaram as brigas muito. Achava que eu era uma mãe muito boa e não merecia que eles fizessem isso comigo. Tem uma coisa que foi positiva, meu filho mais velho sempre foi impulsivo, dava muito trabalho. Quando descobri que ele usava droga, achava que tudo era por causa da droga. Agora eu sei que é do jeito dele, sei que ele precisa de tratamento. Mas, eu queria tratá-los melhor. Mas, eu ainda me culpo, culpo eles,*

acho que fiz algo de errado. Além dessa relação comigo, sou nervosa, eu e o pai, eles não tiveram apoio. Eu tinha muito medo de perder eles, protegia muito, mas não dava segurança. Só protegia, mas tinha medo. Acho que não dava pra ser mãe. O pai trabalhava, trabalhava, trabalhava, dava tudo quanto é presente e não fazia a parte que devia. Procuram na droga o que não tinham em casa".

Alice descreve algumas fases por onde passa na tentativa de elaboração dos acontecimentos que, mais uma vez, marca as polaridades de vítima ou culpada, abandono ou superproteção:

"Você aprende a não ser manipulado. Hoje, eu sei que nenhum traficante vende droga fiado. Se ele quer grana não é porque tá devendo a alguém, tá querendo é usar mais. Então, isso eu aprendi. Os jogos que existem entre a mãe, eu já sei, eu não sei em relação ao pai porque eu não vivo com o pai dele. Entre a mãe e o dependente são jogos muito complicados, você aprendendo a não jogar, você aprende a não entrar naquele ciclo da dependência dele, eu acho que interage de uma maneira mais positiva, você não ficando vitimizada. Tem o negócio da vítima que só vai lhe dar mais culpa mesmo, uma série de jogos que eu acho que são prejudiciais. Olha, tem uma coisa, assim, que é complicada, muito complicada. Eu amo meu filho, mas odeio a doença. Fazer essa separação, isso a gente não consegue, né? Isso é difícil, tô trabalhando ainda, mas é difícil. Então, o primeiro momento é assim: tá drogado fica lá que eu não falo com você. No meu caso, ele chegava em casa procurando comida, eu não vou fazer comida se ele quiser que coma o que está pronto, meio que sabe, abandona. Aí, depois passa aquela fase, entra em estado de depressão. Aí, você começa a paparicar como se quisesse comprar pra que ele não fosse fazer. É difícil!".

O percurso pelo tratamento contribui para organizar e compreender a questão, além de auxiliar na identificação do consumo abusivo. Muitas vezes, a falta de informação ou a negação do problema podem retardar a busca por ajuda como Joana, através do seu discurso, vai sinalizando:

"Meu irmão, veja só, já tinha passado por essa fase. Aí, eu tenho meu esposo que sempre bebeu, aquele lance de socialmente. Eu tive dois lados, eu tive o lado da droga e tive a outra droga que é o álcool, que com esse tratamento de meu irmão eu passei a dar mais importância. Se meu irmão tivesse ido há 10 anos atrás a uma clínica, tivesse de repente, me sinalizado. Eu comecei a ter o sinal lá dentro do centro, eu comecei a ver outros casos. Eu vi que 50% dos casos lá é de drogas e 50% de álcool, lá dentro, certo? Aí, isso me chamou a atenção. Eu pensava que um centro de recuperação, assim, era só droga. Quer dizer, eu não tinha esse pensamento, eu não tinha convivido com esse outro lado. Aí, eu pensei assim: o álcool faz realmente estrago na vida da pessoa. Aí, eu comecei a sinalizar, comecei a me voltar pro problema que eu tinha em casa.

Não, isso não é só... eu acho que é o álcool que tá acarretando isso, porque eu nunca culpava o álcool, entende? Então, eu comecei a perceber que o álcool já tinha envolvimento nos meus problemas de relacionamento em casa e tudo... Se eu tivesse tido esse sinal antes, de repente eu já tinha até ajudado. Eu já tinha até procurado uma forma de ajudar, até sinalizar ele até antes deste estágio que ele já estava. Porque eu já comecei a fazer um retrospectivo com as palestras que eu comecei a ouvir, as conversas que eu tive lá com os familiares, a perceber que isso vem de uma corrente muitas das vezes, de uma base, né? Até casos na família eu comecei a avaliar, a analisar a família dele. E eu vi que já tinha tido alguns casos na família até de morte levada pelo álcool que eu nunca tinha dado importância . Por exemplo, um tio dele que morava no interior que morreu coisa e tal, entendeu? Que bebia, mas ninguém dizia: é um alcoólatra. O termo ninguém usa, tem medo. E aí, foi que eu comecei a conversar com ele, comecei a deduzir os problemas lá do centro. Aí, a gente começava a conversar abertamente. Aí, ele começou, tivemos que vir pra médico. Aí, ele marcou consulta, foi no centro espírita que ele freqüenta, conversou com a psicóloga. Quer dizer, de lá pra cá a gente vem fazendo esse trabalho, você entende? Então, eu acho que o estágio dele, eu senti que teve uma parada, não houve um avanço de lá pra cá, mas também ele não parou [...]".

Neste grupo, a maioria dos usuários já está em idades mais avançadas. As questões com a família não se reduzem à mãe e ao pai, mas incluem a nova família que alguns já formaram, suas esposas e filhos. Assim, o contexto familiar aparece como justificativa para o consumo, na forma de separações entre os pais do usuário, mas também do usuário e sua companheira, perdas por causa de mortes da figura paterna, mas também a morte de um dos filhos do usuário ou o afastamento dos filhos etc.

Em se tratando dos argumentos para justificar o consumo de drogas encontramos algumas diferenças sutis entre os grupos. De uma forma geral, para os participantes do Grupo 1, as explicações se dividem de forma uniforme entre questões subjetivas do usuário, ligadas a características pessoais ou eventos traumáticos, e a experimentação por curiosidade, devido a influências externas. No Grupo 2, o foco sobre as questões subjetivas vai se ampliando e a justificativa de curiosidade por influências de amigos ou ambiente vai diminuindo significativamente.

A busca para explicar o vínculo do próprio familiar usuário com a droga gira em torno de questões familiares em ambos os grupos. Contudo, os argumentos e associações são diferenciados em nível de profundidade e organização da elaboração.

No Grupo em tratamento, embora o enfoque maior ainda permaneça no usuário e na droga, os aspectos relacionais que apontam para a família não no sentido de culpá-la,

mas de fazê-la se apropriar de suas responsabilidade diante do problema são mais desenvolvidas. Todavia, os aspectos sociais da questão ainda aparecem de forma tímida.

6.1.5 TRATAMENTO: AS POSSIBILIDADES PARA SUPERAÇÃO DA QUESTÃO

Como última unidade de análise para a Dimensão Cognitiva, foram utilizadas as perguntas que se referem ao tipo de tratamento adequado para o usuário de drogas. Aqui, a diferença entre os grupos é marcante.

O Grupo 1 apresenta duas opções como mais freqüentes. Primeiro, a combinação entre psicólogo e psiquiatra, afirmando a necessidade de medicamentos. E a segunda possibilidade, mais presente, é a internação.

No Grupo 2, o tratamento referido, com maior freqüência envolve uma equipe multidisciplinar onde são citados psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, médicos clínicos e neurologistas. A internação permanece como segunda opção mais freqüente, mas aparece, também, a importância dos grupos de apoio com os Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos e o Naranom.

No Grupo 1, o trabalho do psicólogo é justificado por problemas de auto-estima do usuário e o do psiquiatra, pela necessidade de remédios. Assim Sônia explica:

> *"A pessoa perde a auto-estima. A pessoa é uma pessoa que acha que aquilo ali é a salvação pra tudo, não vive sem aquilo (a droga) ali. Então, precisa de uma ajuda, de um tratamento tanto de um psicólogo, como de um psiquiatra. Um tratamento a base de remédios porque não é só na conversa, não é só a gente tentando mostrar as coisas que resolve. É bem mais complicado".*

Na argumentação de Sônia parece não haver clareza sobre o trabalho do psicólogo. A sua compreensão é de um aconselhamento, descrito enquanto conversa. Por outro lado, não desenvolve uma explicação para a necessidade de medicamentos, incluindo-os na tentativa de descrever a questão como "mais complicada".

O uso dos medicamentos receitados pelo psiquiatra, não desmerecendo a relevância da contribuição do trabalho destes profissionais na questão, aparece como uma solução mágica, como uma fantasia de que existiria algum remédio que pudesse

cortar o vínculo pessoa/droga. Sandra fala sobre esta fantasia, mas reconhecendo o perigo dos remédios se tornarem mais uma droga de abuso.

> *"Ele já teve com psicólogo, então eu acho que é importante o psicólogo, o terapeuta e o psiquiatra. E também que não cause dependência nele, que ele tome qualquer medicamento que ele enjoe da droga, que ele não aceite mais as drogas e que não cause dependência nele. O medicamento que não cause dependência e o medicamento, também, pra estimular a mente dele porque ele tem esse problema que desde criança, ele nunca gostou de estudar".*

A internação citada como um dos principais recursos é, na maioria das vezes, relacionada aos centros de recuperação com enfoque religioso. As clínicas de internação particulares são referidas como muito onerosas. Norma tenta organizar a sua compreensão sobre o tratamento baseada na sua experiência. Apesar de ser uma participante do Grupo 1, seu familiar percorreu estratégias diversas na busca de superação da questão.

> *"Ele esteve em dois centros de recuperação. Um era evangélico, tinha toda uma disciplina, reunião de família, ficou um tempo sem usar. Mas, depois que saiu voltou a usar. No outro centro também tinha disciplina. Não acredito em medicamentos. Pra mim, é droga também, só muda o fabricante. É amor e fé. Às vezes, tem um bichinho lá dentro e se coloca pra fora, quem tá fora pode matar esse bichinho. Os tratamentos não são muito duradouros porque depende muito do dependente, da força de vontade. O tratamento não é eficaz como o tratamento de um corte, não existe essa coisa mágica para a libertação. Tem que ter amor, principalmente, por si próprio".*

Esta participante já compreende a complexidade do consumo de drogas, e a sua maneira, tenta explicar a questão subjetiva como muito relevante, assim como a implicação do próprio adicto. Norma também elabora algumas críticas. Enfoca a falta de informação e divulgação das estratégias das políticas públicas relacionadas à questão:

> *"Ele está internado no terceiro centro de recuperação. A doutrina é na Bíblia, na palavra, convive com pessoas que nem ele, quem sabe consegue buscar aquele bichinho que está lá no fundo. Está isolado, afastado da sociedade para uma reflexão para quem sabe, melhorar ele. Foi também a uma reunião do NARANOM. Depois a gente descobre que precisa de terapeuta, de sala disso e daquilo, e, às vezes, esses centros não têm. Tem o pessoal do câncer que trata a pessoa e a família. Eu mesmo não sabia do CAPS, você não vê divulgar na tv. Eu fui saber por uma amiga do Conselho Tutelar e do centro".*

Marieta, também, enfatiza a importância da implicação da pessoa que consome droga para que o tratamento seja eficaz e na sua fala está presente a falta de informação sobre outras possibilidades de tratamento além da internação:

> *"Eu não conheço realmente um tratamento eficaz. Porque internamento e essas coisas, eu acho que nada funciona, se a pessoa não quiser realmente parar. Então, sei lá se é força de vontade ou se é o tratamento ajuda. Eu não conheço nenhum outo tipo de tratamento [...]".*

São, ainda, citadas como formas de tratamento: orientação da família, se afastar das pessoas que consomem e uma vinculação religiosa. Eva aponta a importância do olhar da família nesta busca:

> *"Com relação à droga e a pessoa se recuperar tem, também, esse lado positivo da família daquela pessoa olhar para ela como uma coisa preciosa".*

No Grupo 2, sete dos dez participantes se referiram a profissionais diversos como necessários no tratamento de uma pessoa que tem problemas com o consumo de substâncias psicoativas. Como está exemplificado no depoimento de Bárbara:

> *"O tratamento? Eu acho que o primeiro passo é dar uma atenção como aqui é dada. Então, uma atenção psicossocial, aos cuidados da equipe que se responsabiliza por isso. Aos profissionais, psicólogos, sociólogos, terapeutas e outras pessoas e funcionários que ajudam para que se mantenha essa atenção. E hospitais também ajudam porque chega uma situação que eles ficam desgovernados, pode se dizer, assim, ficam em uma situação terrível. Aí, tem mesmo que ter hospitais pra ajudar eles, médicos, para serem desintoxicados".*

De forma geral, as participantes descrevem a combinação de mais de um tipo de tratamento. Além da equipe de profissionais, com muita freqüência é citado um período de internação e, também, o reconhecimento da necessidade da implicação do adicto no próprio tratamento. Assim, Alice descreve:

> *"Eu acho que passa pela decisão. Ele tem que ter a decisão de que ele não quer mais aquilo. Porque eles colocam o sofrimento que eles têm, não só a família, mas o próprio dependente tem um sofrimento muito grande, tem uma culpa muito grande. Então, eu acho que passa pela decisão, pela vontade, a vontade tem que ser dele. Um período de desintoxicação é importante. E um acompanhamento constante com psicólogo, terapeuta, terapeuta ocupacional. Acho que*

deve passar para o psiquiatra também porque psicólogo não receita remédio. No caso dele, ele tem uma ansiedade muita grande que eu acho que com três, quatro meses não controla".

Bete observa outras especificidades que se referem ao tipo de consumo e a importância de se levar em conta à opinião do usuário na escolha do tratamento, permitindo assim, que haja uma identificação deste com a estratégia escolhida.

"Depende do estágio em que esse usuário esteja, vai depender muito da situação que ele esteja. Se ele é um alcoolista já em um estágio de psicose, melhor tratamento dele é um tratamento psiquiátrico associado a um outro tratamento, a um outro tratamento paralelo alternativo de serviços abertos, por exemplo. Uma pessoa que tenha uma overdose de cocaína, o tratamento imediato seria uma internação, uma desintoxicação depois um acompanhamento. Então, acho que o sujeito trabalhando suas questões psicológicas, emocionais no dia a dia é um tratamento, é uma forma de você tratar através da palavra, depende do tratamento que você se identifica, né? Se é uma terapia corporal, se é uma terapia através da palavra, da arte depende, são vários. Tudo tem a ver, também, com as escolhas e as identificações do usuário".

Dalva destaca a importância do apoio da família e descreve no seu discurso o processo de transformação da sua representação sobre o consumo de drogas, através de fases que identifica. Ela afirma através da sua experiência, como esta mudança pode contribuir pra a superação da questão:

"O tratamento mais adequado pra um usuário de droga é apoio familiar. É a mudança da forma de encarar. Porque a princípio, a família nega. Depois, vem a revolta no sentido de não aceitar e querer que aquela pessoa a todo custo pare de fazer aquilo que não é bom e começa os sermões. Depois, vem a aceitação e quando há aceitação parece que há uma luz e a pessoa muda. Há aí na aceitação, uma mudança de atitude e a fala muda. O sermão já não existe mais. Aí, a pessoa passa a ter uma relação melhor, mais saudável com o usuário. Com isso, ela passa o amor que ele tanto precisa e no que ela faz isso, ela muda e a mudança também acontece lá do outro lado. Tratamento é fundamental, é fundamental, mas ele sozinho não vai conseguir nada se a família não colaborar. Precisa, também, de suporte de medicamento porque o usuário quando vai, ele já tá dependente, o organismo dele precisa daquela substância e pra ele sair ele precisa da medicação. Precisa do apoio de profissionais: psicólogo, psiquiatra, terapeutas ocupacionais, então, é uma equipe interdisciplinar que pode ajudar".

Joana critica a falta de cuidado de alguns profissionais que podem ao invés de contribuir, atrapalhar na busca pelo tratamento e na resolução do problema. Ela

descreve, ainda, a dificuldade de reconhecer o consumo abusivo do álcool, por esta ser uma droga socialmente aceita e estimulada.

> *"Tivemos num neuro, ele foi no médico clínico dele só que quando você vai num médico clínico faz todos os exames, ele diz:'Você está ótimo, pode tomar sua cervejinha'. Você sabe uma coisa que eu percebi no médico? Foi o seguinte, eu fui com ele na consulta tanto no neuro como no clínico aí, sabe o que foi que o médico disse? 'Aqui ele tá perfeito', ele não procurou saber, acho que ele devia conversar com o familiar e perguntar por que você tá procurando fazer os exames, quer dizer é como se aquilo reforçasse. Aí, quando ele chega em casa, com uma bateria de exame legal e o médico diz que ele pode tomar uma cervejinha quando eu falo 'não rapaz aqui tá dizendo que você tá bem, mas você sabe que seu comportamento, o álcool lhe tira também da sua serenidade'. Aí, ele fala: 'o médico me disse que eu posso beber'. Pronto, você não acha um caminho, entende? Então, existe esse lado também que é um lado que eu realmente tive duas experiências negativas. Porque eu esperava eu ir num neuro porque tem pressão alta e eu senti, assim, que ele fica muito agitado depois da bebida. Aí, quando ele tava com aquela ressaca, fica nervoso, agressivo. Eu dizia: 'Vamos num neuro pra ver o que tá criando esse sistema nervoso e tal'. Aí, eu conversei com o médico tudo isso que ele tá sentindo, nervoso e até muitas vezes tinha um pouco de sentimento. Depois de examinar, 'não, ele tá ótimo, não, você precisa é relaxar', quer dizer, ainda mandou ele curtir mais. Quer dizer, fazer um relaxamento, 'vá faça uma viagem' quer dizer, eu fiquei 'meu Deus! Não é um caminho esse aí'. Então, existe essa falha muito grande. Eles não procuram saber da família, eu me interessei milhões de detalhes pra conversar e o médico não me ouviu. O médico trabalha em cima do resultado dos exames".*

De forma perspicaz, a participante faz uma análise sobre a fragmentação das ciências da saúde, e como isso pode dificultar o acesso ao tratamento adequado para os pacientes que não recorrerem diretamente aos especialistas em sua questão.

> *"Eu acho que o melhor, não é que seja o melhor, mas eu acho que tinha que ser um conjunto. Por exemplo, eu acho assim, quando um usuário procurar um médico biológico, eu acho que o médico biológico, eu sei que o papel dele é tá analisando os exames, mas hoje eu acho que tinha que ter alguma forma pra ele ir mais longe no paciente dele, buscar isso do paciente, eu acho que eles trabalham muito isolados. Eu acho assim, no meu caso, eu acho que se aquele médico que ele confia, porque o médico biológico disse assim pro meu esposo, ele fez uma cirurgia aí ele disse: 'Você não pode pegar peso se não sua barriga abre'. Por que ele ficou sentadinho 15 dias sem se movimentar? Nem uma água ele podia se levantar pra beber. Porque ele ouviu do médico dele esse procedimento. Então, se ele vai pra um médico biológico, todos os exames tão legal, beleza, mas qual foi o motivo que levou ele? Foi um check up normal? É porque ele faz isso periodicamente ou alguma coisa levou ele? Mas o médico não procura saber, pede logo os*

exames, olha e fala pro paciente "você tá bem". Não, eu acho que deveria haver essa parte psicológica até pra ajudar ou encaminhar, né ? Então isso aqui, minha área é até aqui , mas você tá precisando realmente, eu vou lhe indicar, eu vou lhe orientar, até porque o médico falando é diferente de eu falar em casa. Então, não existe esse elo. Quando eles procuram um psicólogo, muitas das vezes, pode ser uma glândula, um distúrbio e o psicólogo encaminha "não, nós não fazemos isso aqui mas seria bom você...". Então, é isso que falta. Eu senti muito isso, tanto no meu irmão como no meu esposo".

No Grupo 2, aparecem, com freqüência, os grupos de apoio. Alice enfatiza a importância do usuário ser acolhido entre seus pares. Afirma que as pessoas que estão nos grupos de apoio têm a mesma questão com drogas, o que facilita para o usuário uma identificação com as experiências compartilhadas.

"Ele está freqüentando pelo menos duas vezes por semana uma sala de NA, eu acho que eles se apóiam. Eu fui pra uma reunião aberta de NA (Narcóticos Anônimos) ontem. É uma grande terapia, não tem um terapeuta, mas tem aqueles que têm mais de 4 anos de grupo. Aí, nêgo conta: 'Ah! Eu briguei com minha mulher'; 'eu briguei com meu marido, fiquei com vontade de fazer isso...'. É esse apoio que eu acho que faltou da outra vez e que eu achei importantíssimo".

Bárbara pontua a falta de informação sobre as estratégias de tratamento e se refere ao grupo de apoio como recurso mais acessível na sua busca por ajuda:

"Primeiro, o que fazer meu Deus? Já falei antes, eu não sabia o que resolver, em que hospital, não sabia de centro social nada, nada, nada. Aí, porque aquela coisa de beber, 'ah! Quem não bebe é anti-social, você tem que beber socialmente, isso não faz mal', tem essa história. Então, me pesou muito quando eu vi meus irmãos nessa situação. Mas aí, eu fiquei sabendo do grupo do AA ouvindo rádio, falando grupo dos Alcoólico Anônimos. Aí, me liguei, anotei o endereço e pedi orientação divina. Aí, Deus me disse: 'faz cartas'. Aí, eu pensei Paulo, Pedro e Hugo, três irmãos. Fiz três cartas direcionadas para o edifício onde funciona o grupo do AA na piedade pedindo a eles que fizessem três cartas para mandar para esses três irmãos. Então, vieram as três cartas. Aí, quando vieram as três cartas, eu fui no grupo do AA que funciona perto de onde eu moro e mostrei ao coordenador do grupo o que foi que eu fiz".

No Grupo 2, embora a internação também tenha sido a segunda forma de tratamento mais referida, ela aparece na forma de hospitais ou clínicas e não mais como centros de recuperação com ênfase religiosa. Outras formas de tratamento descritas foram vinculações religiosas, tratamento da família e uma reintegração do usuário à família e à sociedade.

A comparação entre os grupos, mostra diferenças significativas sobre a compreensão do tipo de tratamento mais adequado para uma pessoa que tem questões com o consumo de substâncias psicoativas. Os familiares em início de tratamento estão tomados pelos seus sentimentos e medos e ainda não se organizaram o bastante para fazer uma reflexão mais profunda sobre qual o melhor caminho para superar a questão. Aqueles participantes que já têm um percurso no tratamento, já tiveram experiências mais diversificadas e na sua busca de sentido para o consumo de drogas do ente, através da aceitação e da aproximação com os profissionais especializados desenvolvem um saber mais crítico sobre a complexidade da questão.

6.2 DIMENSÃO AFETIVA

Na dimensão afetiva, buscamos enfatizar os sentimentos e as relações dos participantes com os usuários de drogas de uma forma geral, e com o familiar usuário. Em ambos os grupos, houve diferenças entre os sentimentos pelos usuários de uma forma geral e o próprio familiar.

6.2.1 SENTIMENTOS EM RELAÇÃO ÀS PESSOAS QUE USAM DROGAS

No Grupo 1, seis entre os dez participantes se referem a sentimentos de pena ou dó em relação às pessoas que consomem drogas. Beatriz relata a sua compaixão pela dificuldade de alguns em conseguir se desvencilhar da substância:

> *"Eu sinto muita pena. Talvez, muitas vezes, a pessoa nem queira, como ele, que tenta sair e não consegue. É como se aquilo ali fosse uma doença que você a cada dia, se vicia. A droga vai tomando conta do organismo e a cada dia que você vai usando, vai ficando mais dependente. É como se fosse um vício. Ele nunca disse pra mim, mas ele diz que tenta sair, mas não consegue [...]".*

Na descrição de Beatriz, o usuário é colocado como passivo e submetido à droga. Mais uma vez está presente a idéia de que a droga se torna sujeito e submete a pessoa que a consome ao lugar de objeto.

De forma mais freqüente, esse sentimento de piedade vem associado a uma sensação de impotência ou algum tipo de revolta e indignação, além da vontade de ajudar. Luciana descreve:

> *"Eu tenho pena. Digno de pena. Pena, muita pena. Porque quando caí a ficha vai ser tarde demais pra uns, pra outros não. Eu fico indignada, eu fico triste e não tenho capacidade de poder ajudar. Infelizmente, essas pessoas não escutam a gente, vão vivendo em um mundo de ilusão e é muito difícil, muito difícil porque eu vejo. Eu fico indignada com isso, como uma pessoa é capaz de fazer isso com a sua própria vida. A gente nunca que deve fazer isso".*

Norma inclui a sociedade como responsável pela questão e reclama por um posicionamento diante do seu sentimento de impotência:

> *"Sinto um pouco de pena, compaixão, me senti impotente, uma sensação de impotência. Alguns parentes não querem nem falar, joga lá no canto como se fosse uma coisa ruim. Se eu pudesse ir lá ajudar... acho que tem que abrir a boca, gritar, clamar a sociedade. Foi a sociedade que nos deu os vícios, essas coisas e tem que ajudar. Não se esconde que seu filho é dependente químico, tem que pedir socorro".*

Existem aqueles participantes que diferenciam os seus sentimentos a depender da relação do usuário com a substância consumida. Kátia distingue:

> *"É difícil, deixa vê, tem pessoas que usam drogas que são pessoas normalíssimas, que a droga não afeta a vida e pra mim são pessoas normais. Aquelas pessoas que as drogas limitam a vida, sinceramente são dignas de dó, de piedade, porque são. Se pudesse ajudar de alguma forma, às vezes, a gente pode ajudar, mas muitas vezes é tão difícil. Mas, eu acho que é isso: quando a droga não afeta sua vida, eu acho que é problema de cada um, cada pessoa é que tem que saber o que é que é bom pra si, mas quando você vê que uma pessoa se destrói por causa de droga, então você fica realmente querendo ajudar, mas muitas vezes fica impotente, mas se você puder ajudar é uma boa".*

O sentimento de impotência vem acompanhado por um sofrimento intenso no discurso de alguns participantes. Sandra afirma:

> *"Eu sinto uma grande tristeza em ver meu filho e os outros nas droga, fico muito triste e com pena, sem saber como eu resolver o problema de meus filhos e também os problemas dos outros. Fico pensando como sofre cada mãe com o filho drogado e sem ver solução como eu estou*

vendo no meu, tem muitos que experimenta e deixa, não vicia. O meu e muitos viciados que é um sofrimento, uma grande luta para os pais, grande sofrimento".

A descrição de um sofrimento ou do sentimento de tristeza geralmente aparece como uma compaixão pelo sofrimento dos parentes baseado na sua própria experiência. Observamos isto na fala de Sandra, e na mesma perspectiva Edna diz:

"E*u me sinto igualmente como eu me sinto sabendo que ele tá usando. Porque isso aí só vem trazer infelicidade, desassossego, muito desespero pra família do usuário. Sofrimento é o que eu sinto sobre o usuário de droga".*

No Grupo 2, o enfoque maior quando questionados sobre os sentimentos cai sobre a vontade de ajudar. Cinco participantes se referem a esta descrição. O sentimento de pena e compaixão permanece, mas é citado por apenas três participantes deste grupo. Júlia tenta descrever seu sentimento:

"Se eu pudesse ajudar, e dar um jeito naquilo pra tirar aquela pessoa daquele sofrimento triste e aquela doença pesada, eu tenho vontade de fazer isso. Ou então, eu digo assim: 'Meu Deus! Eu não posso sozinha', mas se eu pudesse dizia assim: 'Fulano, dê uma ajuda pra poder tirar deste pesadelo".

Os sentimentos de indignação e de revolta, aparentemente, desaparecem. Muitas vezes são negados, prevalecendo, sempre, o desejo de cooperar na superação da questão. Assim, Joana diz:

"*Ah! Eu sinto, assim, de ajudar porque eu não me revolto com o usuário de droga, não me revolto. Até o momento que eu tenha a chance de conversar, eu converso. Mas, eu acho que são pessoas que é difícil de encontrar uma linha depois que eles caem na droga mesmo. As pessoas são muito assim, têm aquele medo. É como se criasse aquela distância, mas eu acho que é justamente isso que faz com que eles se tornem mais usuários ainda, essa falta de aproximação, esse medo que as pessoas têm dessa agressividade que, realmente, a gente se preocupa por um lado. A gente não sabe como é que vai ser o comportamento e tudo. Mas, eu acho que são pessoas que deveriam ter o dobro de atenção, de acompanhamento".*

Bete também rejeita o preconceito e, no seu discurso, percebemos não só a perspectiva de solidariedade, mas uma postura que aponta esperança.

"Eu me sinto solidária às pessoas. Eu não sinto nenhum repúdio, nenhum tipo de preconceito. Eu me sinto solidária e no momento que a pessoa busca ajuda, eu acho que, realmente, há tempo dela sair. Mas, respeito muito, também, à condição da pessoa. Agora depende muito de que estágio esta pessoa esteja, se eu passo e vejo uma pessoa com overdose, eu não vou respeitar se ele tá com overdose. Se eu tenho condição, eu vou encaminhar essa pessoa pra um serviço de saúde, querendo ou não, porque aí é uma questão de vida. Então, eu vejo isso com esse conceito. As pessoas que se passam pra mim é pra querer ajudar".

Bete pontua, ainda, os limites do respeito às escolhas do outro. E que algumas vezes, em casos extremos, a ajuda precisa ser imposta.

Aparecida descreve uma mistura de pena e raiva. Pena por reconhecer algum tipo de sofrimento. Raiva por não se sentir reconhecida pela sua dedicação.

"Pena, raiva, digno de pena porque a pessoa chegar a um ponto desses... porque não é só, cada um procura uma história, entendeu? O meu filho, vamos dizer que foi porque o pai deixou. Mas, não teve amor do mesmo jeito? Eu nunca deixei ele, sempre me dediquei o que eu pude, só não podia fazer o excesso. Então, eu tenho pena e tenho raiva de quem usa droga".

Percebemos, também, com muita frequência que as participante misturam os sentimentos que têm com os filhos, maridos, irmãos na sua história pessoal e generalizam para os usuários.

6.2.2 SENTIMENTOS EM RELAÇÃO AO FAMILIAR USUÁRIO DE DROGA: ENTRE A CULPA E A REJEIÇÃO, OUTRAS POSSIBILIDADES.

Para abordar os sentimentos, tentamos fazer um enfoque também sobre o processo. Foram feitas duas perguntas: uma sobre os sentimentos ao descobrirem que o familiar estava usando drogas e outra sobre como se sentiam no momento presente.

No Grupo 1, em se tratando da descoberta do consumo de drogas do próprio familiar, os sentimentos mais presentes são medo, preocupação e tristeza. Todos referidos por seis dos dez participantes. Em seguida, aparece o sentimento de impotência, acompanhado por sofrimento e culpa. O enfoque sobre o momento presente não apresenta transformações. A grande maioria respondeu que se sentia igual ou pior, pois houve um agravamento do tipo de consumo ou outras substâncias foram agregadas.

Apenas uma participante relatou sentir mais esperança pela decisão do usuário em se tratar e para uma outra, a pergunta não se aplica, pois ela recorreu à instituição logo após a percepção de que o consumo de álcool do filho estava abusivo.

Neste grupo, os sentimentos mais freqüentes de medo, preocupação e tristeza estão associados ao foco nas conseqüências negativas e a idéias fatalistas. Eva relata a sua preocupação de que o consumo se transforme em dependência:

> *"Eu fiquei preocupada e fiquei triste porque, imediatamente, quando eu fiquei preocupada, veio na minha cabeça assim, se ele for uma pessoa que... porque eu tenho assim, têm pessoas que usam aquilo como se fosse de vez em quando e, no caso dele, eu fiquei preocupada dele abraçar aquilo como se fosse o vício mesmo. Aquela coisa né? Porque é isso que eu quero dizer pra você, do decorrer do comportamento dele na infância, é isso já veio na minha mente, eu tenho certeza que ele vinha pegar, ficar com esse vício por causa disso aí".*

Constatamos no discurso de Eva que o medo da dependência vem associado à observação de comportamentos diferenciados anterior ao consumo.

Aparece também a preocupação com acidentes e a idéia de que o consumo de drogas deixa o usuário vulnerável à maldade alheia, como observamos no discurso de Sandra, a seguir:

> *"Nervoso e preocupação, muita preocupação. Eu cheguei até a ter início de depressão, não dormia, ficava sem dormir, preocupada. Quando ele saia eu ficava nervosa, eu só tinha paz quando ele chegava. Tinha medo de alguém fazer alguma coisa com ele, eu sei que, realmente, ele não procura briga, ele tem uma natureza excelente, ele tem um bom comportamento, sabia que ele não iria procurar, mas eu ficava com medo né? Nervosa de alguém fazer alguma perversidade com ele, dele pegar e bater o carro, ter alguma coisa, uma virada, tudo isso eu pensava".*

Outra fonte de preocupação que causa tristeza é o receio de que o familiar usuário não se torne independente e precise ser sustentado pela família pelo resto da vida em função do seu consumo. Fátima argumenta:

> *"Horrível, horrível! Muito chato, triste. Eu fico pensando se ele não vai sair dessa mais, sabe? A preocupação é essa, toda minha preocupação é essa. Porque a gente vai ter que trabalhar o resto da vida pra sustentar um filho assim? Isso não existe. Eu criei ele com sacrifício, foi tudo, a gente é pobre, é fraco, mas ele estudou em escola particular, ele teve convênio bom, ele teve*

aquilo até o tempo dele trabalhar, ter a vida dele, arrumar namorada, casar e ter os filhos dele. E se ele continuar nessa, ele vai conseguir o quê?".

Existe, ainda, a idéia linear de que o consumo de droga levará inquestionavelmente o usuário a práticas delitivas e criminosas. É atribuída à droga o poder mágico de transformar pessoas de caráter exemplar em delinqüentes. Assim, Norma diz:

"[...] *medo, porque você sabe que quando as pessoas começam a ir para as drogas ficam marginalizados, endurecidos, agressivos, uns vão roubar, fazer terrorismo e não controla. Aquele que você viu crescer, nascer, que você sabe que não tem má índole, mas a droga transforma e você se pergunta o que fazer?".*

O sentimento de impotência também aparece de forma diversificada. Uma impotência porque está diante de uma substância lícita e estimulada socialmente. Uma impotência diante dos amigos usuários, mas que se resumem de uma forma geral ao engano da onipotência, idéia de que cabe a elas o poder de interromper o consumo de droga do ente querido. Assim, Kátia relata sua preocupação diante do consumo abusivo de álcool do filho adolescente durante os fins de semana:

"[...] justamente por isso, é uma coisa lícita. Todo mundo compra em qualquer lugar, não tem dificuldade, não é proibido e, até certo ponto, as pessoas aceitam, acham engraçado, entendeu? Quem se excede, muitas vezes, tá ligado até ao machismo, principalmente o pessoal jovem, acha que quanto mais ele toma todas, mas machão ele é. Ele se afirma com isso e todo mundo acha normal. Eu tô me sentindo impotente. Porque, por exemplo, meu filho, ele não... o álcool ainda... minha preocupação é que venha afetar a vida dele, mas ele ainda só bebe final de semana. Ele estuda, ele faz estágio, ele durante a semana leva uma vida normal, é ótimo aluno entendeu? Mas durante o final de semana quando ele se reúne com o pessoal, com a turma, com os amigos, ele excede, muitas vezes, de chegar em casa sem nem saber como chegou, coisas assim. Ele acha que é normal, e o que está mais me preocupando é justamente isso, é dele cometer excessos por causa da bebida e achar que não está se excedendo, que é normal, que todo mundo na idade dele faz isso, coisas desse gênero. Então, isso tá me preocupando muito e eu tô me sentindo impotente porque eu não tenho como ajudar [...]".

Sônia desabafa sobre a sua dificuldade, e acusa os outros usuários de influenciar o seu marido:

“Às vezes, eu me sinto tão inferior, essas pessoas têm um poder de influência tão maior do que o meu que tô presente na vida dele todo dia, que tô ali do lado tentando ajudar, tentando ali explicar as coisas. Às vezes, eu nem sei quem é essas pessoas direito, às vezes, a pessoa chega com uma conversinha à toa ali, aquilo ali tem muito mais influência que a gente, entendeu? A gente parece que fica de mãos atadas, não tem como procurar uma reação em cima daquilo porque a pessoa também não aceita que você fale, que você cobre, que você fique martelando ali em cima de muita coisa. Então, você fica meio, assim, sem ter o que fazer, muito fraca com relação à situação, a esse vício, a essas coisas, é muito difícil”.

Fátima resume de uma forma bem direta o que parece retratar a compreensão de alguns dos participantes deste grupo, a crença de que cabe a elas salvar o ente querido do poder nefasto das drogas, excluindo-o de qualquer responsabilidade ou possibilidade de escolha por sua própria recuperação:

“Ah! Foi um desespero, até hoje ainda estou desesperada, porque não consegui fazer ele parar. Porque meu sonho é fazer ele parar, sabe?”.

Nessa perspectiva, também aparece o sentimento de culpa, que traz tristeza e sofrimento. Então, Luciana questiona:

“*Eu me senti muito triste, eu me senti uma pessoa assim, onde foi que eu errei? Por que tá acontecendo isso comigo? Por que meu filho fez isso, meu Deus? Eu fiquei decepcionada comigo [...]”.*

A culpa leva à necessidade de fazer qualquer coisa para recompensar o filho, assumindo toda a responsabilidade para a superação do problema. Ao mesmo tempo, é acompanhada pelo sentimento de não merecimento. A sensação de ser vítima do consumo que causa ressentimento. Na ilusão de que pode dar tudo, Fátima declara a sua raiva:

“Senti muita raiva também, se falar que não senti raiva estou mentindo. Tem horas que eu olho pra ele assim, me dá vontade de bater, bater, bater, bater... mas não vai resolver o caso né? Não vou fazer isso, mas eu penso isso. Toda pessoa pensa, mas não resolve. Nunca fiz, pois não vai resolver. Mas, que dá raiva, dá. Pois, você cria seu filho pequenininho, dá tudo, é nossa obrigação né? Ensina o que é bom, o que é errado, ensina tudo, e depois ele olha pra sua cara e dizer que foi por curtição”.

Norma pontua as acusações externas que machucam e reforçam a própria sensação de culpa:

> *"Um parente diz que é descaração, que não quer nem saber, que você deixou ele à toa, que não deu limite, aí começam as pessoas dizerem que você é responsável pelo que está acontecendo, ainda tem as pessoas colocando metiolate na sua ferida, além da sua própria insegurança...".*

No Grupo 2, os sentimentos em relação ao familiar que usa droga são mais diversificados no sentido de não existir uma concentração intensa e compartilhada em determinados sentimentos. Aqui, observamos transformações significativas entre o percurso da descoberta até o momento presente, após o investimento no tratamento pessoal. Oito das dez participantes relatam mudanças positivas na forma em que se sentem no momento presente e apenas duas descrevem certa estagnação ou piora. Bete descreve o seu processo da descoberta até o momento presente:

> *"Ah! Foi um desespero naquele momento, muito desespero, medo, perdida sem saber o que fazer e foi difícil. Hoje não, hoje eu assim, não é que eu aceite, mas hoje a gente já consegue conversar um pouco, eu já consigo entender um pouco, que ela tá fazendo um percurso e isso tá fazendo parte desse momento. Eu me sinto bastante vigilante prá que ela não passe prá outras drogas que, necessariamente, ela não tem que passar né? Ela usa só maconha. Eu só me sinto um pouco desiludida porque ela tá nesse momento muito voltada pra as amizades, pra tá em turma. Mas, tudo bem, é coisa da adolescência, mas que também combinou com essa coisa de drogas. E assim, agora nesse momento, eu me sinto separando, um pouco, as coisas na minha cabeça, não associando todas as atitudes dela a droga, ao uso de drogas. Tô levando em conta, também, as questões dela e não associando tudo "ah é por causa da droga, é a droga, é a droga". Não é a droga que faz o sujeito né?".*

O discurso de Bete mostra o reconhecimento da sua filha, enquanto pessoa que pode escolher caminhos e fazer opções diferentes das suas expectativas. Poder afirmar isso, permite separar o ser humano do usuário, reconhecer que as diferenças que não agradam, muitas vezes, não são conseqüências do seu consumo de drogas.

A tristeza, no momento da descoberta, misturada com sentimentos de revolta, ainda está presente neste grupo. Júlia fala:

> *"Minha filha, eu me senti uma revolta, uma revolta na minha vida, uma tristeza na minha vida, uma mudança de tristeza na minha vida, uma tristeza. Eu já sofri muito na minha vida, pra falar a verdade, eu já sofri muito, muito de verdade, mas o pior sofrimento foi esse da bebida do meu*

filho, quer dizer, depois que ele começou essa bebida diferente porque quando ele bebia normal não tinha essas coisas".

O medo de ter a vida tomada pela questão e se tornar responsável por cuidar do usuário, a princípio se faz presente e traz incômodo. Mas, a aceitação da questão permite a paciência necessária para o acolhimento e suporte. Assim, Dalva relata:

"Tinha medo das conseqüências porque nós somos três e tudo ocorreu quando meus pais morreram. Quem usa é meu irmão, então eu senti um peso muito grande. Eu sou solteira, eu tenho uma vida e de repente, e agora? Era essa ansiedade de querer resolver para eu poder está com a minha vida em paz e não foi assim, não é assim, precisa de toda atenção e apoio".

Bárbara descreve como os sentimentos são abrandados, pela esperança quando ocorre a implicação do familiar usuário em algum tipo de tratamento.

"Eu fiquei muito triste mesmo. Fiquei em uma situação que eu disse: 'meu Deus, e agora? Como resolver essa situação? ' Será que existe hospital para tratar esse tipo de doença? Foi o que logo me veio e levou muito tempo para conseguir levar meus irmãos a uma internação porque eu desconhecia, não sabia onde existia o tratamento. Hoje, eu me sinto mais forte, porque eu me sinto mais forte em ver que os meus dois irmãos que moram comigo já tem a alegria de participarem do grupo do AA. que antes ficavam devagar, às vezes".

Carmem permanece na posição de vítima e não reconhece mudanças nos seus sentimentos durante o tratamento. Sua tristeza e indignação permanecem de forma intensa e são agravadas pelas atitudes delitivas do filho.

"Muito triste, muito chateada. Fiquei tão chateada como se tivesse acontecido comigo, como um estupro que tivesse acontecido comigo, eu não esperava. Um filho tratado como eu tratei... No colégio ele chegou até o primeiro ano do segundo grau e aí eu me senti lesada, alíás, eu me sinto até hoje. Hoje, eu sigo a minha vida fazendo minhas orações, fazendo por mim, por ele e por todos. Convivo com ele dentro de casa e sei que aquela convivência não é normal. Se ele não bebesse, ele já teria o grau dele, ele teria se formado, ele teria um carro, já tinha sua família, já tinha alguma coisa que ele precisava na vida. Hoje, eu me sinto lesada, pois tudo tem que sair de mim, até pra comprar o álcool tá me pedindo dinheiro, pega minhas coisas, tudo dentro de casa, o que eu já tive de prejuízo na minha vida. Hoje, eu não posso ter um lugar assim, sossegadinha, com uma pessoa pra cuidar de mim, agora eu não tenho mais nada, ele me destruiu".

Algumas participantes relatam que, no momento da descoberta, ao invés dos sentimentos de tristeza e sofrimento, procuraram minimizar ou negar o problema, em certa medida. Contudo, a sensação de peso pela responsabilidade aparece com o reconhecimento do problema e, mais uma vez, é reduzida pela esperança com o engajamento no tratamento e pelo reconhecimento da importância do suporte familiar. Assim, Mara descreve:

> *"Eu me senti surpresa, mas, assim, achando que ele ia deixar, que era uma coisa passageira. A medida que o tempo foi passando, foi que eu senti a gravidade, coincidiu com a época em que eu fiquei viúva, como eu fui muito aprisionada no casamento quando eu fiquei viúva eu resolvi viajar, sair, namorar, viajar, viajar. No dia que ele foi preso, eu tava com a passagem aérea comprada, que eu faço trilha e eu ia viajar nesse dia, até perdi a passagem, tanto que eu disse ao psiquiatra: 'eu tô me sentindo presa', me sentindo presa, a palavra é essa mesmo: presa. Eu tô me sentindo presa, mas eu tô vendo que tem saída porque eu não quero ficar doente. Quando eu tô assim, ontem mesmo quase que eu tomava um calmante, mas eu não tomo porque eu quero me sentir forte, eu me digo que não vou tomar remédio nenhum, não vou tomar remédio e vou ter que melhorar. Porque a doença, embora todos estejam doentes, mas a gente tá cuidando de ficar bom, de melhorar porque se a gente cair também, não pode ajudá-lo. Isso mesmo, se a gente ficar doente também não pode ajudá-lo. Eu sei que vou superar, ele vai ficar no meio da gente, todo mundo ajudando, eu penso assim, todos ajudando e ele também se ajudando. Vai ser um tratamento muito demorado, no mínimo cinco anos, a gente tem ciência disso, é muito demorado, vai depender muito dele, mas também muito da família e da sociedade, do trabalho, de uma forma geral".*

Alice descreve o seu percurso e a transformação dos seus sentimentos com ajuda do tratamento:

> *"Eu tinha o sentimento de que eles estavam errados, mas não pelo fato de serem usuários, eu conhecia duzentas mil pessoas que eram usuárias e que não tinham uma vida relapsa. Então, tava faltando alguém que dissesse: 'vocês tão faltando é vergonha nessa cara, porque as outras pessoas usam e não fazem isso que vocês estão fazendo'. Questão de responsabilizar, de chamar a responsabilidade não pelo uso, porque eu achava, naquela época, que era um desvio de comportamento. Um desvio de comportamento, no meu entendimento naquela época, não era ser um usuário de droga, era o usuário de droga que tava botando a culpa na droga, que era uma coisa que eu já conhecia outras pessoas que usavam e produziam. Naquela época eu senti isso, depois eu senti que eu tava perdendo, que eles estavam deixando de fazer as coisas, principalmente o adicto. Aí, eu comecei a querer amparar e fiz muita coisa errada. Entrei em um processo de encobrir, de achar que não era dependência, que fazia quando queria, a negação da doença mesmo, passei por um processo muito grande disso. Até uma hora que eu comecei a perder as coisas dentro de casa e aí, eu comecei a ter muita raiva porque minha vida sempre foi*

muito difícil, trabalhava muito pra conseguir as coisas e eu chegava em casa e não encontrava um microondas porque tinha trocado por droga, a televisão... foi assim uma coisa de muita raiva que eu tive. Aí, eu pedi socorro a minha filha que é médica em São Paulo, ' por favor tire daqui porque eu não agüento mais'. Aí, ela levou pra lá e começou a tratar. Quando ele já estava pra voltar pra cá, eu procurei o CAPS[9] *porque eu não queria que ele voltasse, sabe? Eu tava em paz e ele precisa voltar porque tava na hora de voltar. Eu procurei ajuda porque eu não queria que ele voltasse, tava em paz e não queria aquela agitação toda pra mim de novo. Eu rejeitei. Hoje, tratada, porque eu tô fazendo o acompanhamento já vai fazer um ano. Antes, eu vinha praqui, conversava com a psicóloga, ela falava de mim e eu dizia: 'Meu Deus! Eu não tenho problema, eu tenho um filho doente por que essa criatura fica querendo falar de mim, falar de mim, falar de mim?' Assim, meio... sabe? Mas, eu sou persistente, eu vou até o fim porque eu tenho que resolver este problema. Até a hora que ele recaiu brabo, brabo mesmo, me pediu socorro, me pediu pra ser internado. Aí, eu botei lá na clínica e teve um tratamento de família todo sábado, cinco sábados seguidos e eu ouvi um adicto já limpo há tanto tempo e aí, caiu a ficha. Naquele momento, que eu vi aquela criatura, caiu a ficha que eu sou impotente pra fazer pelo outro. De lá pra cá, caiu a ficha do que a psicóloga já tinha marcado a vida inteira de que eu só posso fazer por mim, que eu posso ficar sã, eu posso ficar sadia, eu posso resolver o meu problema, o meu problema, esse eu posso resolver. Eu não posso resolver o dele, eu posso ficar junto com ele pra ajudá-lo, eu posso, mas eu não posso tomar a decisão por ele. E isso foi junto com o processo que eu também já tava tomando antidepressivo. Eu comecei a nascer de novo, hoje eu me sinto muito confiante pra conversar com ele, pra ajudá-lo".*

No relato de Alice reconhecemos diferentes etapas. A princípio, a não aceitação e negação do problema. Em seguida, o sentimento de culpa e tentativa de resolver a situação a qualquer custo. Paralelo a isso, surge a raiva e a revolta, por se sentir prejudicada e vítima do consumo do filho que a leva a rejeitá-lo. Em seguida, a aceitação de que não pode escolher pelo filho, abre a possibilidade para uma ajuda mais consistente. A expectativa de poder resolver pelo filho, que é da ordem do impossível, é substituída pela postura mais realista, em que se reconhece um limite até onde se pode ajudar, pois a escolha por interromper o consumo cabe às possibilidades do próprio usuário.

Madalena relata o seu desespero no momento da descoberta e a sua melhora quando aceita uma perspectiva mais realista, onde pode olhar para os seus filhos em relação à droga específica que consomem, no caso, a maconha:

"Me senti como se o mundo tivesse acabado, fiquei doente, uma depressão muito forte, nem

[9] Centro de Atenção Psicossocial

andava. Acho que foi a maior dor que tive na vida porque eu achava assim, não tinha conhecimento, eu achei que iria perder meus filhos. Tive dois primos que morreram e usavam drogas, achei que iria perder meus filhos, como não tinha conhecimento foi uma dor muito forte. Hoje? Tento fugir, não pensar, tenho pena, mas já não penso como antes, não me importo mais tanto, mas também não aceito".

Pelo menos seis das participantes fazem algum tipo de referência à depressão nos seus relatos. Alice descreve de forma diferenciada a sua compreensão da relação da sua depressão com o abuso de drogas dos filhos e, como isso, muda na relação entre eles com o tratamento.

"Com o fato da decisão dele querer se tratar, caem algumas máscaras, caem as mentiras. Eu acho que com o fato de eu entender alguma coisa, eu deixo de botar a culpa nele. Eu botava a culpa nele porque eu era uma pessoa que não fazia isso, que não fazia aquilo e aquilo outro. Hoje, eu entendo que eu estava passando por um processo de depressão e que a culpa, nem sempre, podia ter sido dele. Eu estava em um processo meu de depressão e eu não fazia algumas coisas porque estava depressiva, não porque ele usava droga. Então, algumas máscaras caem e fica mais fácil de você conviver".

Joana relata um alívio ao conseguir dar um sentido de doença para o consumo abusivo do álcool do marido e em uma perspectiva incomum descreve:

"*Na verdade eu até me senti como é que diz... eu me senti... e se eu te disser que eu me senti até mais aliviada? Eu não achei que aquilo era um problemão. Eu fiquei aliviada sim. Como eu já estava pensando, a partir do momento que eu vi que o álcool era uma doença, eu disse: 'Oh! Meu Deus! É um tratamento que ele precisa! '. Então, eu vi que tinha um caminho. Então, eu não fiquei será que é? Será que não é? Ficando naquela sem saber, achando que era do dia a dia, sem entender. Eu sinalizei que, realmente, o álcool já era uma doença nele. Aí, eu comecei a buscar os caminhos dele se tornar consciente porque até o momento, a bebida pra ele era o máximo, o álcool tá aí pra todo mundo beber, por que eu sou doente porque eu bebo? Essa realidade, graças a Deus, ele hoje já é diferente. Então, eu acho que eu me senti aliviada porque eu achei que era um caminho que eu poderia conduzir. Hoje, ele já tá consciente que a bebida dele é uma doença".*

Percebemos que os sentimentos vão se transformando no Grupo 2. Deixa de existir um quadro homogêneo configurado pelo sofrimento e medo pelo consumo de drogas e começam a surgir elaborações mais específicas de acordo com o tipo de relação que o familiar usuário tem com a droga e com a família, o tipo de substância

consumida e com a personalidade deste. A aceitação da questão e a busca de tratamento possibilitam esperança. Reconhecer os limites de até onde pode ajudar, permite acolher o tempo do próprio usuário e tentar implicá-lo na sua decisão por parar. Separar a sua própria vida e escolhas, das escolhas do usuário permite uma convivência menos conflituosa.

Quando a ênfase passa para a relação com o familiar usuário e as mudanças que ocorreram após a descoberta do consumo de drogas, no Grupo 1, metade dos participantes descreve um afastamento configurado por perda de confiança, brigas ou um sentimento de rejeição. Sônia descreve:

> *"Muda tudo. A gente junto não tem confiança mais, não tem aquele diálogo, a gente briga muito, às vezes, você quer uma coisa e a pessoa quer uma coisa completamente diferente, ele quase não fica em casa mais. Eu sei que, às vezes, ele tá mentindo pra mim. Eu pergunto a ele as coisas, ele me esconde as coisas, ele me mente. Então assim, desestrutura tudo. Aquela confiança que você tinha, de acreditar no que a pessoa te fala, no que a pessoa faz, isso acaba. Então, você tá sempre assim, do lado da pessoa e não sabe o que pode acontecer, o que a pessoa tá realmente passando, o que é que tá acontecendo, porque a pessoa vai te escondendo tudo da gente, sabe? Vai chegando um ponto que pra a gente não interferir, não ficar cobrando, pra não ficar brigando então, vai escondendo, vai mentindo, você perde completamente a confiança na pessoa. Deixa de ser aquela relação aberta e vai começando a ficar tudo meio complicado".*

Fátima também destaca a implicação da mentira no afastamento entre ela e seu filho:

> *"Não sei se é ignorância minha, não sei. Eu não consigo ficar mais perto dele, eu queria, mas não consigo. Todo dia, eu peço a Deus pra ter força de vontade pra chegar mais perto dele porque quando a gente conversa, sempre acaba em briga porque ele acha que ele está certo e eu acho que eu estou certa, aí não chega em lugar nenhum, né? Aí, fica difícil, né? No meu ponto de vista, eu estou certa e ele não quer admitir que está errado. Eu falei com ele que ele tinha perdido a vergonha, que ele mente. Aí, eu fui falar da mentira, a mentira pro viciado é a maior que tem, ele mente descaradamente e quando você fala, ele acha que está errado. Aí, eu falei com ele que ele tinha ficado cínico. Realmente ele ficou, é um cinismo... é um cinismo sem tamanho. Ele disse a mim que fuma maconha porque ele ta numa religião, oh! Eu não aceito isso. Ele falou que está numa religião que tem que fumar maconha pra chegar mais perto de Deus. Eu não sei que religião é essa, eu já perguntei aos crentes, já perguntei aos Testemunhas de Jeová, já perguntei ao padre, já perguntei a todo mundo e isso não existe. Tem que fumar maconha pra chegar perto de Deus? Na religião dele Deus é Jah, é esse negócio de capoeirista, é reggae, né?".*

Fátima descreve o impasse entre o que ela quer para o filho e as escolhas que ele faz, o que provoca uma rejeição que a impede de se aproximar dele. A não aceitação do significado que o familiar dá ao seu próprio consumo de drogas causa indignação. Parece não haver implicação em aceitar e tentar compreender a perspectiva e sentimentos um do outro, mas sim uma competição para determinar quem está certo.

Luciana declara de forma mais explícita a sua rejeição e a justifica dentro da perspectiva de que é uma mãe que não merece ser infeliz, derramando sobre o consumo de drogas do filho a culpa por seu sofrimento.

> *"Mudou, mudou porque eu não confio mais nele, fiquei decepcionada com ele e, às vezes, eu grito, eu brigo com ele, eu não sinto mais aquele amor que eu tinha por ele. Eu fico triste, eu fico, sabe? Infeliz... Mudou muito a relação da gente, muito, muito mesmo que eu pensei que ele nunca fosse capaz de fazer isso por eu ser uma mãe boa com ele, por deixar ele fazer tudo que ele quis, queria fazer*".

Da posição de vítima Luciana oscila para a posição de culpada e acredita que é através do seu sacrifício que o filho vai superar a questão e diz:

> *"Hoje eu quero concertar meu erro. Como eu falei, eu mandei os meninos ficarem com o pai para eu ficar em função dele, pra ajudar ele porque eu tenho a minha parcela de culpa e eu quero ajudar ele. O que eu puder fazer pra ajudar a tirar ele dessa vida eu sou capaz de fazer".*

Existem aqueles familiares que falam de uma aproximação. Contudo, quando a descrevem, o que relatam se aproxima mais de uma postura vigilante por uma necessidade de controle. Sandra diz:

> *"A gente se aproximou mais dele, se aproximou mais, dando mais atenção a ele e quando ele sai assim, procurando ele sair só com os primos, com as pessoas de bom senso, aí começamos a dar mais atenção a ele".*

Em uma perspectiva semelhante, Norma afirma:

> *"Fiquei mais atenta, sei distinguir os odores das drogas, passei a verificar roupa, bolsa, cheirava roupa, conversava quando chegava em casa. Fazia de tudo para ele ficar em casa para ver se supria a necessidade da carência, mas não sei ainda, não descobri a carência que levou ele a trilhar por esse rumo".*

Observamos que mais uma vez aparece o posicionamento de um dos familiares que acredita caber a ele o poder de resolver a questão, ocupando o lugar de quem vai suprir supostas carências.

Quando questionadas sobre a relação com outros usuários, em sua maioria relatam que não têm convivência com outros usuários ou que evitam essa convivência de alguma forma. Aparecem, também, aqueles que afirmam ter uma relação normal ou de aconselhamento. A rejeição acontece quando se referem aos usuários que têm uma relação com o familiar, assim Sônia afirma:

> *"Ah! Você fica meio assim, como é que se diz? Com raiva das pessoas. Porque é uma pessoa que tá contribuindo também pra pessoa ir naquele vício, naquela coisa. Então assim, as pessoas que eu sei que são, eu sempre tentei evitar de ter uma convivência, de irem na minha casa, de ter uma amizade mais assim coisa com essas pessoas. Antes de eu saber não, eu tratava todo mundo muito bem. Depois que você sabe, parece que você tem um choque e você quer evitar aquela pessoa. Aí, fica meio complicado você tratar bem, você ficar ali com aquela pessoa. Então assim, parece que você começa a si isolar mais do querer a convivência com aquelas pessoas ali".*

Marieta, embora se surpreenda em reconhecer algumas qualidades, afirma a necessidade de evitar uma convivência mais íntima com outros usuários:

> *"Eu trato assim cordialmente. Muito embora eles sejam muito assim carinhosos. Todos eles são assim, sempre tão com uma conversinha 'oh! Minha tia, não sei o quê... ', tudo cheio de gentileza, carinho, interessante isso e aí... são assim um natureza bem carinhosa. Mas, pra dentro de casa eu não dou oportunidade prá eles porque eu tô em casa bastante tempo e eu até quando tenho que sair, procuro sair no horário que ele tá no colégio, prá tá em casa prá não dar oportunidade".*

Neste discurso, novamente, percebemos como algumas participantes regulam seus horários e necessidades de acordo com a vida do familiar usuário de droga.

No Grupo 2, existe um reconhecimento mais claro sobre a oscilação entre afastamento e aproximação, abandono e superproteção. Encontramos, ao mesmo tempo, uma elaboração mais consciente do que leva ao distanciamento, assim Bete diz:

> *"Ah! Claro que afastou. Na relação houve certa quebra de paradigma em função do que eu desejaria pra ela e do que ela faz, da escolha dela nesse momento, mas eu deixei de sofrer".*

Dalva descreve como a transformação da rejeição em aceitação permite uma aproximação que leva à mudança:

> *"Ah! Melhorou muito. Hoje a gente já conversa porque antes, não tinha nem como conversar porque até o cheiro já era um entrave. O aspecto que ficava, barba por fazer, cabelo grande, todo sujo de ficar oito dias na rua perambulando, dando uma de mendigo pra conseguir dinheiro e eu sem saber onde andava. Então, hoje ele se cuida, faz sua higiene pessoal, corta cabelo, faz barba, tá realmente... A bebida já era um entrave pra a nossa comunicação. Eu consegui chegar nele graças ao grupo porque eu mudei o meu discurso. Parei de recriminar e toquei mesmo falando do amor que tem que existir entre nós e foi, assim, que eu consegui. Hoje, ele me traz um saco de remédios que ele escondia para não tomar, colocando o que ainda tem validade para ele fazer o tratamento. Eu já tava pra ir pra farmácia para comprar medicação quando ele me vem com um estoque de remédio que eu vinha comprando, achando que ele tava tomando e ele estocava. Essa já é uma mudança, ele ter me mostrado os remédios guardados e ele tá tomando, sabe o horário de tomar e, com tranqüilidade, ele tá fazendo isso".*

Contudo, existem, no Grupo 2, participantes que permanecem na polaridade da rejeição e não aceitação das escolhas do filho. A responsabilização exclusiva do consumo de drogas para as dificuldades de relacionamento entre mãe e filho, persiste. Carmem que está engajada no grupo há três meses afirma:

> *"Mudou, porque eu achava ele um menino inteligente, ele era um menino que eu gostava, não era muito de me obedecer, mas quando fazia o que queria, ele não fazia pra prejudicar. Ele já fez teatro, inclusive ele aprendeu a beber no teatro. Ele gostava muito de trabalhar, eu fazia meus geladinhos, ele vendia, eu fazia geladinho dentro de casa. Andava tão direitinho, todo mundo lendo a Bíblia dentro de casa e ele se comunicando com a gente, todo mundo naquele prazer, naquela alegria, naquele amor e hoje não tem. Eu tenho amor, porque filho é filho e mãe é mãe, eu tenho amor a ele, mas o que ele faz, some imediatamente, fica aquela mágoa".*

Aparecida descreve, ainda, um afastamento, mas relata um início de separação entre o seu bem estar e o do filho. Começa a sinalizar que precisa sustentar a espera pelo tempo de decisão do filho pelo tratamento, evitando se entregar ao sofrimento de forma a adoecer junto com ele. Afirma que o suporte é importante, embora ainda acredite que cabe a ela retirá-lo da situação, reconhece que precisa separar o seu desejo do desejo do filho.

"Ah! Pra pior, só mudou pra pior, tanto que agora ele não me tem o menor respeito mais. Pra ele, eu sou aquela cadeira, tanto que quando eu chego em casa ele não se sente bem nem com a minha presença. Eu ainda não saí de dentro de casa por causa de condição financeira. Porque também penso muito de ir pra casa dos meus parentes, todos me querem. Eu tô só esperando porque eu preciso de dá um apoio, uma ajuda pra ele se ajudar a se curar, coisa que ele não quer. Mas, eu tô fazendo a minha parte agora, me olhando, tô me cuidando também porque eu não posso cair no poço que ele está, né? Porque ele caiu no poço, eu não estou agüentando tirar ele, agora eu vou me afundar junto com ele porque eu sou mãe? Não. Eu estou seguindo os conselhos dos médicos".

Nesta perspectiva de tentar separar a própria vida da vida do familiar usuário, encontramos, no discurso de algumas participantes, a necessidade de impor certos limites. Assim, Alice relata uma maior dificuldade em conseguir impor limites para o filho usuário do que para o filho adicto e diz:

"Olha! Eu acho que com o adicto houve uma aproximação muito grande. Agora, com o outro que é usuário só, ele não admite conversar comigo. E tem algumas coisas que eu não quero, eu não quero mais que ele fume maconha dentro na minha casa. Se eu fui permissiva um tempo, hoje, com a minha descoberta da minha vida pra mim, hoje, eu não quero mais e ele não aceita conversar. O outro não, o outro entende, ela fala: 'a casa é sua, você faz dela o que você quiser', e eu digo a eles: 'a casa é minha, nós vamos fazer dentro dessa casa, nós três que moramos nela, o que seja bom pra nós três, né? Se, por exemplo, algumas das pessoas que eu recebo na minha casa forem incômodas pra vocês, a gente vai conversar e eu vou resolver. Se eu for cozinhar buchada e for desagradar vocês, eu não vou cozinhar buchada. Vai ter uma relação dentro de casa e é isso que eu tô dizendo, mas eu não tenho mais disponibilidade de fazer minha vida por conta de vocês dois, um homem de 36 e outro de 33, entendem? Eu quero ter minha vida, eu quero ter minha casa do jeito que eu quero'. O que não é dependente, ele não aceita conversar. Então, pelo fato de eu ter entendido, não houve aproximação nem afastamento com o que não é dependente. Porque o que é dependente sim, houve uma aproximação muito grande".

Júlia reconhece, à sua maneira, a necessidade de impor alguns limites sem necessariamente abandonar ou rejeitar o filho.

"Olhe! O que mudou foi porque, às vezes, quando ele chegava bêbado e todo sujo, caía no esgoto e essas coisas toda, o que eu falava com ele era isso... Também, agora depois do grupo eu não to nem falando isso com ele, não sabe, tô deixando... Tô aprendendo mais, graças a Deus! Porque eu tô querendo ter sabedoria e minha consciência limpa, conversar com quem sabe me explicar mais ainda, eu quero é isso pra mim. Agora eu disse assim: 'essa roupa da

descaração sua mãe não vai lavar porque isso é um tipo de descaração negativa, você não precisa disso, não tem necessidade disso, você vive mais Deus e Jesus e a sua mãe. Então, essa roupa sua mãe não vai lavar. Este sapato, sua mãe não vai lavar'. Aí, eu também não lavava, porque antes ele também lavava a minha roupa, lavava a roupa dele, ele varre casa porque também é ele que me ajuda em tudo, mas na bebida, minha filha, acabou. Então, ele também chegava, lavava a roupa dele porque esses tempos não tá muito não, você sabe? Ele chegava, lavava a roupa dele toda de lama e tudo. Também quando ele chegava, botava a comida e, às vezes, sem acertar comer direito, nem comia, sem acertar tomar banho direito, a cabeça meio tonta, ia pra cair [...]".

No discurso de Joana é possível verificar a elaboração sobre a posição de superproteção e exagero de cuidados, que leva a uma estagnação.

"Eu acho que a bebida, eu vejo que meu sentimento não mudou em relação a ele, nem eu sinto que ele mudou por causa da bebida. É uma coisa até estranha de falar isso porque como é, então, que a bebida prejudica? Mas eu acho assim, que cada dia a gente procura tá mais junto. Eu sinto que ele busca muito como se eu fosse o porto seguro dele. Por isso que, muitas das vezes, eu até busquei esse tratamento até prá eu não me sentir muito voltada, até pra eu dar um pouco mais de liberdade, até porque de repente, nessa busca dele, eu senti assim que eu tava me dando demais e isso tava me adoecendo. Eu quero ajudar, eu vou continuar ajudando ele, mas eu não quero exceder porque como eu sou porto seguro, ele sempre vem. Então, isso poder ser um agravante também pra ele, usar a bebida e saber que eu tô sempre aqui pronta. Então, eu senti que a bebida tava levando esse caminho. Por ele hoje saber que a bebida é uma doença, ele já tem essa consciência, mas ele tava me buscando muito como um porto seguro e eu já estava assim, me sentindo assim, sobrecarregada, cansada, eu disse: 'Não, tem alguma coisa errada'. Ele também tá me sobrecarregando, ele tem que assumir a responsabilidade dele, eu não posso tá assumindo tudo, é isso. Eu voltei a cobrar, se ele deixou de fazer porque bebeu, ele vai fazer depois. Então, essa busca também minha de vim aqui, foi com a morte de meu filho, né? Esse emocional me afetou e eu pude ver, também, que meu emocional já tava sobrecarregado, aí me sinalizou pra eu vir buscar ajuda".

Ao longo do tratamento, as participantes parecem descrever um processo de mudanças, que ocorre sutilmente e pode ser observado pelas diferenças de discursos, quando vai aumentando o tempo de implicação no tratamento pessoal. A relação vai se transformando. Do sentimento de indignação, por se sentirem vitimizadas e prejudicadas pelo ente adicto, provocando a rejeição e o abandono, passam para um sentimento de culpa, que as submetem a fazer qualquer coisa por este, dentro da crença que lhes cabem, salvá-los das drogas. Colam a sua existência à existência do familiar

usuário e da decisão deste por parar, depende o seu bem estar. Ao poucos, vão se dando conta que o caminho para superação do problema pode não ser tão curto. Dessa forma, precisam tornar a espera menos sofrida e aprender a separar a sua vida e bem estar, das escolhas do familiar que consome droga. Mas, contudo, sem retirar o suporte e o apoio tão fundamentais.

No Grupo 2, a relação com os outros usuários aparece, com maior freqüência, descrita como normal ou como uma postura de aconselhamento. Mas, ainda, existem aqueles que deixam subentendido que evitam conviver com outros usuários que não são da família.

Bárbara relata que trata o usuário como se não o fosse, depois que enfrentou o problema com o alcoolismo dos seus irmãos:

> *"Mudou porque eu vejo que já se tornou em uma coisa como se fosse banal, né? Comum, uma coisa assim. Então, eu vejo que a relação que eu faço com álcool e outra droga, é tudo a mesma coisa e eu não trato mal essas pessoas. Eu procuro sempre tratar bem. Falo das coisas boas com ele, se eu souber algo que alguém usa droga, eu não vou dizer pra ele que ele usa droga. Mas, o que eu vou fazer com ele é mostrar, dar um folheto da missa, fazer dele uma pessoa que não é usuário de droga. Eu trato eles assim, como se não fosse usuário de drogas, 'o que é que há meu irmão?Bom dia, tudo bem?' ".*

Na mesma perspectiva Júlia diz:

> *"Eu, por exemplo, vou te contar uma história que pega a mesma coisa, o meu sentimento e o dele. O meu sentimento é assim, se tiver meu vizinho, um camarada que falar comigo e tiver assim bêbado também, a minha relação com eles é assim: eles são gente, são filhos de Deus. Então, minha relação é assim com eles".*

Bete afirma ter desconstruído o seu preconceito a partir da experiência do uso de drogas da sua filha:

> *"Desconstruiu muita coisa em relação ao preconceito, houve uma desconstrução. Trato igualmente, sem maiores... Também, depende, depende se a pessoa vem conversar comigo é uma coisa. Se não, também não tem porque eu invadir o outro".*

Em se tratando da representação social do uso de drogas, a dimensão afetiva apareceu na análise da rede associativa como algo bastante preponderante. Na análise

das entrevistas, podemos observar como esses sentimentos vão se transformando ao longo do tratamento. A quebra de alguns preconceitos e a desconstrução de algumas crenças levam a a possibilidade de olhar para a pessoa que usa droga, relacionando com a configuração específica da relação que ela estabelece com a substância escolhida. A aceitação de que a escolha por interromper o consumo cabe ao usuário e que independe do seu desejo ou atitude, permite, entre os familiares um posicionamento que possibilita suporte com afeto e limite. Sem, necessariamente, polarizar entre uma rejeição que leva a brigas, abandono e aumenta o sofrimento, nem, a uma culpabilidade que leva à submissão e à superproteção, que sufocam e estagnam a vida de ambos.

6.3 DIMENSÃO DE CONDUTA

A dimensão de conduta tem como objetivo descrever os aspectos comportamentais envolvidos na Representação Social do uso de drogas, incluindo atitudes tomadas diante da questão; reflexões que permitiram mudanças na maneira de se posicionar em relação ao consumo do familiar; expectativas sobre tratamento e o papel da família na superação do problema.

6.3.1. O QUE FAZER DIANTE DA DESCOBERTA DO USO DE DROGAS DE UM FAMILIAR: ERROS, ACERTOS E APRENDIZAGENS.

No Grupo 1, os participantes, ao relatarem a atitude tomada diante da descoberta do consumo de drogas do seu familiar, se dividem principalmente em duas possibilidades: conversar ou brigar.

A atitude de conversar é descrita como um aconselhamento, onde basicamente se explica que o ato de consumir drogas é algo errado e prejudicial. Então, em nome deste cuidado, os participantes significam como apoio e atenção, os atos de controle e vigilância. Dessa forma, fica permitido decidir com quem os usuários podem ou não sair ou se relacionar, verificar mochilas, bolsos, armários, cheirar roupas, cabelos e mãos, acreditando que a perseguição irá impedir que o ente consuma drogas.

A outra estratégia utilizada é baseada na intenção de “ocupar a mente” do usuário, buscando matriculá-los em cursos, encontrar trabalho etc. Certos de que com estas atividades, não existirá tempo, nem espaço para pensar na droga. Sandra explica:

> *“Passei a vigiar mais ele, procurando vigiar ele e ocupar a mente dele botando pra ele fazer um cursinho, mas aí ele enrolava e não ia. Dava o dinheiro pra ele ir, sempre procuramos ocupar a mente dele, ele pegava e não ia, ia pra Saramandaia. Pra vigiar pra ele não sair só, às vezes, se ele fosse pro cinema, a gente não confiava dele ir só a não ser que ele fosse com meu sobrinho, que ele fosse assim, com os irmãos. Então, a irmã começou a chamar ele pra ir pra praia, pra ele não ficar em casa. Então, ele ia com minha irmã, com meu sobrinho. Começamos dar atenção a ele assim, pra ocupar a mente dele, pra que ele não ficasse em casa. Mas, chega o ponto que todo mundo trabalha, os irmãos trabalham, aí sempre ele tem que ficar em casa só, nem sempre porque tem as meninas”.*

Outros participantes explicam a conversa em termos de um apelo para o familiar usuário, em nome do seu sofrimento. Existem aquelas que afirmaram ficar paralisadas neste sofrimento e não conseguir ter nenhuma reação diante do fato, além de permanecer na tristeza e desespero. De uma forma geral, a princípio, a conversa, na qual a reprovação do consumo de drogas é explicitada, aparece como sendo suficiente para levar o usuário a interromper o seu consumo.

Baseado na mesma crença em que a reprovação e não aceitação do consumo drogas seria o suficiente para interromper o uso, existem aqueles participantes que utilizam como estratégia uma conversa mais enérgica, configurada em termos de uma briga. A escolha deste tipo de comportamento inclui atitudes desesperadas de tentar interromper o uso de drogas a qualquer custo. Não sendo a imposição aceita, as discussões são marcadas com apelos de rejeição e abandono, que levam, algumas vezes, a atitudes extremas de expulsar o ente de casa ou chegar a agredi-lo fisicamente. Edna relata:

> *“Eu chamei ele, conversei com ele, bati, bati nele pra ele deixar, mas ele continuou. As amizades dele eram melhor que os conselhos de mãe. Ele já não tinha pai, só tinha eu, porque o pai tinha morrido, então, eu era pai e mãe e ele não quis seguir o meu conselho, preferiu as amizades dele”.*

Neste Grupo, apenas duas participantes descreveram algum movimento em direção à busca de tratamento. Uma participante assegura que levou o familiar ao

psicólogo, mas que ele não quis permanecer. Norma relata a tentativa de convencer o usuário de que ele tem uma doença e precisa de tratamento. Contudo, descreve a sua dificuldade em sair do sofrimento para poder tomar alguma atitude.

> *"Depois do pânico, sabe avestruz? Você fica doidinha para ter um buraco pra você entrar inteira e só sair quando as coisas estivessem resolvidas, muito difícil encarar. Primeiro você se apavora, não dorme, não raciocina mais. Depois, tenta ver como vai ajudar, fica desleixado, sujo, tem que continuar a trabalhar. No primeiro momento, você não sabe o que fazer. No segundo momento, você também não sabe o que fazer. No terceiro momento, a família toda já sabe e começam as críticas. Você retarda as decisões achando que vai dar solução do caso. Fica extasiada e começam os porquês, o que é que eu fiz ou que eu deixei de fazer? Primeiro de tudo você tem que convencer ele de que está doente, de que ele precisa de ajuda, até conseguir isso...".*

No Grupo 1, quando questionadas sobre se mudariam a atitude que tomaram no momento em que descobriram o uso de drogas do familiar, apenas uma única participante afirmou que faria tudo exatamente igual. As demais seguiram um padrão de escolha por uma atitude oposta à que tomaram. As que foram brandas, apenas conversaram, relatam a necessidade de terem sido mais rígidas e firmes, cobrando, impondo mais limites ou permitindo que o usuário assumisse mais as responsabilidades e conseqüências. Aquelas que foram severas e agressivas relatam que tentariam ajudar mais. Mas, subentendido pode-se perceber que não sabem como devem agir ou o que podem fazer e essa busca é vivida com angústia e sofrimento. Fátima desabafa:

> "*Ah! Não sei, fica difícil. São coisas que você não sabe. Filho pra criar é assim, se você dá muito é ruim, se dá pouco é ruim. Não sei como criar filho. Se você prende, não presta. Se solta, não presta. Se dá carinho demais, fica doente. Se dá de menos, fica doente. Você não sabe como criar. Eu falei com o médico conhecido nosso, eu liguei pra ele e ele falou: 'Não vá fazer muito dengo ao menino. Não vá fazer vontade demais porque filho único, você já sabe como é. Ai, ai!' ".*

Mais uma vez, observamos a percepção de apenas duas possibilidades completamente polarizadas. Uma proteção excessiva ou uma fuga pelo abandono e restrição do afeto. Contudo, o consumo de drogas do ente põe em questão essas estratégias e, diante da ineficácia relacional, empurra ao questionamento e necessidade de criar novas possibilidades.

No Grupo 2, as participantes já trilharam um longo percurso e conseguiram reconhecer as suas próprias necessidades diante da questão. Assim, quando questionadas sobre o que fizeram após a descoberta, falam que buscaram algum tipo de tratamento. Porém, a análise das entrevistas com maior profundidade, permite identificar que, na maioria das vezes, esse recurso só foi de fato retomado depois de longos períodos de sofrimento e tentativas parecidas com as descritas no primeiro grupo. A busca imediata por tratamento especializado é muito rara. Quando acontece é em direção aos grupos de apoio, principalmente se a droga de dependência é o álcool. Em sua maioria, levam muito tempo para, de fato, admitir que irão precisar de suporte técnico especializado, tanto para o usuário quanto para a família. Desistir de esperar que uma solução mágica aconteça e reconhecer a dificuldade do problema é um processo longo e difícil, tanto para o dependente, quanto para a família. Assim, Alice descreve:

> *"[...] nesse momento da ida dele para São Paulo, 6 anos de uso de maconha e dois anos de uso de crack, ele usava crack e cocaína. Quando ele tinha uma moto, um traficante foi querer receber um dinheiro com a moto e ele perdeu a moto, aí eu disse a ele: 'olha! Eu resgato a sua moto, agora pra isso você tem que ter um compromisso comigo, que você vai se tratar. Eu vou ligar para a sua irmã pra ela te levar pra São Paulo e ver o que ela faz com você por lá. Se você quiser, você pode mandar a pessoa com a moto que eu resgato ou você perde a moto'. Aí, ele disse que queria fazer o tratamento, eu resgatei a moto e ele viajou no dia seguinte, uma coisa assim".*

Quando questionadas sobre se fariam alguma coisa diferente do que fizeram no momento da descoberta, duas participantes afirmaram que fariam exatamente a mesma coisa e foram as duas participantes que recorreram a ajuda especializada logo de imediato. Uma através do AA[10] e em seguida aos centros especializados e a outra que recorreu a uma psicóloga e um psiquiatra. As demais descreveram que modificariam alguns dos seus comportamentos. Alice destaca a importância do suporte logo no início. Quando questionada se agiria da mesma forma hoje, ela responde:

> *"Eu mudaria completamente, porque eu acho que com a idade que eles tinham, eu precisaria de um encaminhamento com um profissional, entendeu? A minha colega pegou o filho com 18 anos fumando maconha dentro de casa, eu trouxe ela pra aqui, entendeu? Então, vai entender o que é. Aí, eu trouxe ela, ela foi acolhida, o filho dela veio. Vão entender o que é, tem um profissional que vai ajudar".*

[10] Associação dos Alcoólicos Anônimos.

Três das participantes descrevem uma nova postura. Cada uma, à sua maneira, marca o reconhecimento dos seus próprios limites em relação ao usuário. Passam a ter consciência da fronteira existente entre o seu desejo e o desejo do outro, que não podem anular este outro e nem escolher por eles. Nesta perspectiva, identificam que o excesso de preocupação e zelo, não contribui para a superação do problema. Bete afirma a importância do acolhimento do ser humano e o foco na pessoa, ao invés da droga:

> *"Ah! Faria tudo diferente. Eu não daria prioridade tanto às questões das drogas e olharia um pouco mais pra ela do que pra própria droga porque no momento, eu fiquei cega. Talvez eu mudasse, talvez eu não tivesse mudado de cidade, tanta coisa...".*

Joana, através do seu discurso de fé, declara a compreensão da sua limitação em relação às decisões do outro.

> *"Hoje, eu faria diferente. Mas, hoje, eu tenho uma consciência maior. Quando eu sento pra orar, eu digo assim: 'Meu Senhor, ele tá com o carro na mão, é um doente, tá na mão do Senhor'. Então, hoje, eu me sinto mais fortalecida nessa fé porque antes, eu fazia isso e eu não saia da porta. Então, eu não me alimentava, eu ficava naquela angústia, eu tinha angústia, ansiedade. Enquanto ele não chegava, era ligando no celular, minha conta vinha altíssima porque era por minuto eu ligando pro celular e tentando tapiar 'oh! Seu irmão tá aqui, tá querendo falar com você'. Eu nunca dizia: 'você tá bebendo, venha pra cá'. Não, eu sempre dava uma desculpa: 'oh! Minha sogra ligou, sua mãe tá aqui', entendeu? Aí, ligava pra minha sogra e falava:'olha se ele ligar não atenda, eu disse que a senhora tá aqui procurando por ele'. Quer dizer, eu criava essas artes, mas isso era só fantasia porque tinha aquele dia que ele tava a fim de vim pra casa e vinha, mas tinha aquele dia que ele não tinha mãe, não tinha irmã, não tinha ninguém, a bebida tava ali e era o mais importante. Então, eu não sei. Eu acho que eu faria esse caminho mesmo, porque eu não ficaria despreocupada, poderia assim, como eu vou tentar hoje, como eu sento, oro, entrego a Deus e minha fé. Hoje, eu procurei tomar mais essa consciência de não me angustiar. Talvez entreguei a Deus, o que tiver que acontecer, eu não vou poder mudar o caminho dele".*

Madalena se destitui do lugar de onipotência. Reconhece que, através da culpa, se posicionava como responsável por salvar os filhos. Era tomada por um sentimento de impotência por tentar tomar para si uma missão que é da ordem do impossível.

> *"Eu ia atrás, ficava um tempão seguindo eles escondida. Tô tentando fazer diferente, mas ainda não consegui. Tentar ser mais amiga, tentar mostrar que esse não é o caminho bom. Antes, eu achava que eu era culpada e eu tinha que tirá-los disso. Mas, hoje, eu sei que não depende de*

mim, que eu não tenho esse poder todo".

Dalva relata que, ao colocar ao fundo o seu desespero e necessidade de retirar o ente das drogas, permitiu emergir, como figura, um contato mais genuíno com o sentido do vínculo do usuário com a sua droga. Abriu, assim, espaços para olhar a questão de forma mais complexa e buscar estratégias mais criativas que possam cercar os aspectos subjetivos que, de fato, causam a dor que torna a droga indispensável.

> *"Demorou um tempo, mas eu procurei os alcoólicos anônimos. Então, a coisa ficou assim, de não ter jeito. Você se pega em uma situação que parece que as coisas não têm solução, você tá em um emaranhado em que você não tem solução. Então, o que eu vivi foi isso. As coisas tavam acontecendo, todo dia chegava de beber, todo dia, todo dia, todo dia e aí era aquele falatório e as coisas não mudavam. Uma conversa que não resolvia porque o amor existia, mas era negado e vinha a raiva, né? A raiva de estar atravessando aquele problema, porque aquele peso eu sabia que iria atrapalhar a minha vida. Se eu mudaria alguma coisa? Claro, claro porque eu aprendi, nunca tinha lidado com isso e aprendi. Porque não é aquela coisa de querer mudar o outro, ninguém muda ninguém. Aquela história da família inteira fazer esse discurso, de vez em quando, vinha uma visita pra tá fazendo o discurso. Ele já tava de saco cheio e eu insistindo também. Hoje, eu acredito até que esse processo fosse mais rápido, porque, é como eu te disse, ele tinha um problema de uma dor muito grande e a gente fica embotado e não consegue compreender. Eu compreendi. No meu desespero de querer ver ele sair disso, eu só falava e só fazia me afastar. Eu acho que cada pessoa deve buscar o núcleo, a raiz da história para poder melhor ajudar a pessoa".*

Comparando os dois grupos, percebemos que as transformações na dimensão cognitiva e afetiva possibilitam transformações nas atitudes e comportamentos. A princípio, os familiares não sabem exatamente o que fazer. Muitas vezes, negam o problema, adiando o enfrentamento. Muitas vezes, ficam paralisados pelo medo e pelo sofrimento. Quando não existe mais possibilidade de sustentar tal posição, no engano da onipotência, se enrolam em um emaranhado de ambigüidade, que oscila entre culpa, auto-acusação e vitimização, o que desencadeia comportamentos polarizados. Excluem o familiar usuário de droga de qualquer responsabilidade pela superação da questão e tomam pra si o dever de salvá-los, acreditando que podem impor seus desejos, independente da vontade deste outro. Assim, com o objetivo de interromper o consumo do ente, qualquer estratégia é válida. Perseguem, controlam, vigiam, brigam, batem, prendem, passam sermão ou conversam. Mostram o certo e o errado, pagam dívidas,

organizam seus horários em função dos horários do usuário, abandonam seus afazeres, suas vidas, na tentativa de tomar conta e, na maioria das vezes, como último recurso, buscam tratamento. E aqueles que conseguem permanecer e se implicar no tratamento vão buscando encontrar estratégias que possam ser aplicadas na sua relação específica. Buscam um sentido mais complexo para o consumo de drogas e, através da aceitação, conseguem construir uma relação mais produtiva. Mas, observamos que certo tempo é necessário para desenvolver este saber e aplicá-lo.

6.3.2. O PAPEL DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO

A compreensão do papel da família ao longo do tratamento, já foi bastante desenvolvida durante a entrevista. Podemos reconhecê-lo, subentendido, nas declarações que falam sobre as explicações para consumo de droga, nos sentimentos e atitudes descritos anteriormente.

Como resposta à pergunta específica, encontramos, no Grupo 1, cinco participantes que descreveram a combinação de três atitudes. “Estar presente” que implica em uma postura autoritária e controladora. “Dar apoio”, um apoio compreendido como comportamentos vigilantes e de perseguição. E por último, um aconselhamento, descrito como um esclarecimento de que a droga “não presta”. Assim, a tentativa de suporte não parece efetiva, pois há uma anulação do outro, que não permite o estabelecimento de confiança. A tentativa de impor a sua posição gera conflito e não diálogo, exemplificado pelo discurso de Sônia:

> *“Eu sempre conversei muito com ele, sempre tentei mostrar pra ele as coisas erradas, o lado errado dessas coisas, as coisas ruins, as conseqüências que isso vai trazer pra vida dele. Então, assim, eu sei que se ele não tiver consciência disso, isso não vai mudar em nada. Mas, eu acho assim, que a gente tem que tá presente, a gente tem que tá procurando saber o que acontece na vida da pessoa, se realmente aquilo ali vai levar ele a alguma coisa ou se aquilo ali é uma mentira que ele tá falando. Assim, eu sempre converso muito com ele porque a gente, aqui na Bahia, não tem familiar nem nada, só eu e ele que mora aqui, então eu tenho que contar com ele e ele tem que contar comigo. Então, eu converso muito, mas ultimamente a gente tem mais brigado que conversado. Ele fala que tudo que eu falo pra ele, ele já sabe [...]”.*

Nas falas das participantes, também, está uma perspectiva de que são responsáveis por fazer "tudo" para o familiar e, nesta posição, muitas vezes, abdicam de suas próprias vidas. Luciana acredita que pode salvar o filho das más influências do mundo e das pessoas, criando uma estratégia visivelmente insustentável:

> *"O papel da família é de ajuda, de tá presente, de orientar, de fazer tudo que ensinarem, pelo menos, eu tô fazendo isso. Quando o médico falou aquilo, que só tinha cinco anos pra ele ficar bom ou não tinha mais jeito, eu fiquei desesperada. Eu queria ajudar ele. Tudo que eu pudesse fazer, eu fazia. Eu até deixei minhas coisas lá e vim pra cá, pra daqui ir pra outro lugar e ficar mudando pra ele não ficar em contato com mais ninguém que usasse droga. Sei que todo lugar tem, mas na primeira oportunidade se eu observo que ele tava ali com pessoas que usam drogas, eu ia e mudaria, eu fiquei, assim, disposta a tudo isso".*

Existem, ainda, aqueles participantes que destacam a importância da família estar acompanhando o tratamento, sendo responsável por pesquisar e pagar. Assim como verificar o uso das medicações e seus horários, motivar a freqüência às sessões de psicoterapia, às consultas psiquiátricas entre outras possibilidades de tratamento. Porém, para as participantes, a idéia de suporte continua misturada com a crença de que depende delas a adesão do adicto ao próprio tratamento, como podemos observar no depoimento de Sônia, a seguir:

> *"Olha só, eu vim mais pra incentivar ele. Porque assim, eu sabia que se eu marcasse e mandasse ele vir sozinho, ele não ia vir. Então, eu falei: 'eu vou, eu quero tá presente'. Porque, assim, eu vou tentando incentivar mais. Aí, eu vou tentando tá sempre presente, tá sempre procurando saber como que foi, que caminho começou a tomar. Porque eu sei que se eu deixar ele sozinho, ele pode até vir, mas ele não vai ter aquele interesse, aquela preocupação de tá sempre querendo vir aqui. Então, eu vim mais por ele mesmo".*

No discurso de Sônia, fica claro, que ela posiciona o seu marido como incapaz de se responsabilizar pelo próprio tratamento. Além disso, está presente, na fala desta participante, algo muito freqüente nas instituições. Na maioria das vezes, é a família, que chega para acompanhar o familiar usuário de droga, ou pedir informações sobre o tratamento. Dificilmente, apresentam uma demanda espontânea para o seu próprio tratamento. Dessa forma, quando necessário, os profissionais sinalizam esta possibilidade e muitos deles decidem freqüentar o tratamento na instituição, independente do familiar usuário.

Apesar do procedimento acima descrito, no Grupo 1, dois participantes destacaram a importância da família se tratar, para poder desempenhar o seu papel em relação à questão com as drogas, exemplificado na fala de Norma:

> *"A família precisa se tratar primeiro para segurar a barra de um dependente. Queria que minha irmã viesse para botar pra fora o que está pensando. A família não sabe lidar com isso não, por mais esclarecida que seja. Porque na hora que acontece, a família não está preparada. Toda família precisa de apoio".*

Marieta destaca como papel fundamental da família evitar a negação do problema, aceitar e enfrentar a questão, como fica claro no seu discurso, a seguir:

> *"Eu deixei muito, fiquei sem querer encarar, eu devia ter encarado logo. Mesmo antes de eu saber, as pessoas já tinham me dado um toque, entendeu? E eu ficava fazendo de conta... Então, o papel da família, na minha opinião, é encarar, não ficar se enganando".*

No Grupo 2, o papel da família, também, é descrito em termos de presença, apoio e esclarecimento. Contudo, apesar dos participantes recorrerem às mesmas palavras para descrever suas funções, encontramos um sentido diferente. O apoio e a presença se aproximam de uma aceitação e um diálogo mais genuíno, como já foi possível observar ao longo da análise dos relatos dos participantes do Grupo 2. O esclarecimento não aparece mais com um sentido moralista de certo ou errado, mas como uma busca de conhecimento sobre a droga consumida que possa orientar o usuário, tal como desconstruir medos desproporcionais dos familiares, a depender da substância. Na declaração de Alice podemos observar tal postura:

> *"O papel da família é muito importante e é muito difícil porque passa por uma série de coisas. Uma série de medos infundados, né? Você tem medo do traficante, você tem medo da overdose, você tem medo. Então, o medo é uma coisa que paralisa. Até a hora que você busca esclarecimento, tem um tempo perdido muito grande. Acho que a coisa mais importante pra qualquer doença é o esclarecimento. Se a família busca o esclarecimento na hora que descobre, ela com certeza, vai ter um caminho mais curto do que o que eu tive, entendeu? O esclarecimento, eu acho que é fundamental".*

Deve-se destacar que, no Grupo 2, é considerado importante o suporte da família maior à familia nuclear do usuário e, nesse sentido, Aparecida relata como se sente desamparada:

> *"Bom! Fica na consciência de cada um. Porque quanto mais você chutar, pra mim é pior. Eu acho que você parando assim, pra conversar, dando mais um pouco de valor, você vai chegando pra si a pessoa. Mas, se todo mundo vai virando as costas, se tem um aniversário como é que vai? Não é convidado. Se tem um casamento, se tem uma formatura, só querem que eu vá. Eu ultimamente estou deixando de ir porque eu fico com vergonha, entendeu?".*

Na mesma perspectiva, Bárbara fala da necessidade de suporte para aquele membro da família que toma a frente na tentativa de superação da questão:

> *"Eu acho que eles devem caminhar juntos com quem está resolvendo. Eles não devem ficar afastados, ignorar o assunto. Tem que estar ali junto, ajudando também. Eu mesma não vou dizer que achei ajuda de todos os irmãos. Nem todos os irmãos tinha o cuidado, a competência, a sabedoria pra isso. Mas, eles estavam sempre dizendo: 'ah! É você que tomou essa deveração de cuidar deles, então que faça. Alguma coisa que precisar da gente, a gente acompanha".*

Joana, também, inclui a família maior na contribuição para pagar o tratamento, como observamos no seu depoimento, a seguir:

> *"A família mesmo, no nosso caso, se uniu pra poder pagar porque é pesado mesmo você tirar o valor que se cobra, mas eu que fazia a pesquisa e levava pra ele. Ficava com ele e tudo, e eu ia visitar antes os centros".*

Podemos, mais uma vez, observar algumas transformações na compreensão dos participantes do Grupo 2 em relação ao Grupo 1. Enquanto que, no primeiro grupo, o papel da família fica restrito, para a maioria, a comportamentos vigilantes e de aconselhamentos sem muita convicção. Assim como é atribuído quase que completamente ao familiar o poder de salvar o usuário das drogas. No segundo grupo, encontramos posicionamentos mais ponderados, onde a orientação é fundamentada na busca de conhecimentos mais realistas; o apoio é oferecido com o reconhecimento de seus limites; a responsabilidade é distribuída com o usuário e, algumas vezes, com os outros membros da família mais ampla. Com as devidas proporções, sabemos que esta seria uma atitude ideal e que, não necessariamente, corresponde à realidade de todos os

participantes do Grupo 2. Contudo, observamos alguns que já chegaram a isso, e outros que, apesar de não termos certeza, se de fato alcançaram tal postura, apresentam indícios de uma caminhada nesta direção.

6.3.3 AS EXPECTATIVAS SOBRE O TRATAMENTO

Quando questionados sobre o que esperam e buscam encontrar quando procuram tratamento em uma instituição especializada, as participantes se dividem em duas perspectivas que não se excluem mutuamente: a busca pelo tratamento por causa do familiar usuário de drogas e a busca do tratamento porque precisam de ajuda no seu próprio sofrimento.

No Grupo 1, a maioria das participantes descreve suas expectativas sempre relacionadas ao desejo de encontrar uma fórmula pronta, para resolver e evitar o que acham que sabem que vai acontecer. Quando aceitam o grupo, acreditam que vão encontrar estratégias prontas de algum outro familiar, que já conseguiu resolver o problema do ente querido com as drogas, ou algum outro conselho que possa servir de orientação para resolver a questão. As demandas em relação ao tratamento estão sempre vinculadas a um outro (filho, marido, irmão ou sobrinho) que consome alguma substância psicoativa. Kátia descreve o que espera da instituição, como podemos acompanhar na sua fala, a seguir:

> *"Eu acho que me orientando de que maneira eu devo agir com ele, me dando assim, nem sei lhe dizer, me dando uma orientação de que forma eu devo agir pra poder sobreviver a esse momento que não tá fácil".*

Sandra, também, fala da sua necessidade de uma orientação sobre o que fazer e relata a expectativa por um manual de procedimentos prontos que serão informados através de palestras.

> *"Com palestras, nos orientando o que é que devemos fazer como mães que tem filhos dependentes de drogas".*

Contudo, ao se depararem com algo diferente do que gostariam, alguns familiares afirmam a sua decepção por não encontrar a solução imediata que desejam, como pode ser observado no depoimento de Fátima, a seguir:

> *"Ainda não sei. Porque a psicóloga falou que eu vindo, eu vou entender melhor, mas eu não quero entender melhor, eu quero que ele fique bom. Não faço questão nenhuma de aprender a lidar com ele drogado, sabe? Não faço questão nenhuma. Minha questão que eu quero, que está dentro do meu coração, é que ele fique bom, que ele pare de usar drogas".*

Existem, ainda, aquelas que focalizam a esperança de encontrar soluções trocando experiências com outros familiares, que convivem com a questão das drogas. Nesse sentido, Luciana afirma:

> *"Ouvindo as outras pessoas, um vai ensinando ao outro através da convivência de um com o outro. Aí, as pessoas vão passando suas experiências e a gente vai vendo, assim, como hoje que eu já vi um bocado de coisas, entendeu? Então, é através disso que a gente vai ajudar e o outro vai nos ajudar".*

Marieta está entre as poucas participantes que, neste Grupo, reconhecem a sua própria necessidade de ser acolhida nas suas questões e dificuldades, em relação ao consumo de drogas do filho, como observamos no seu discurso, a seguir:

> *"Eu não conheço o trabalho, sei lá. Tomar consciência realmente da coisa, ter mais um esclarecimento, saber como lidar com a situação para não ficar tanto assim, nestes estágios de altos e baixos. Uma hora eu tô bem e outra hora eu tô lá em baixo".*

No Grupo 2, as participantes já se engajaram no processo e já puderam comparar suas expectativas com o que de fato acontece no contato com a instituição. Assim, relatam transformações que associam como resultado do tratamento. Na declaração de Bárbara, que segue, podemos observar o que acontece de acordo com sua experiência:

> *"Mudou porque a tristeza foi diminuindo ao ouvir casos dessas pessoas e ver também que não era somente eu sozinha que tava no mundo sofrendo. Então, tudo que a gente ouve falar sobre aquele assunto, discutir sobre esse assunto, abre muito a mente pra a gente saber como lidar com eles. Porque a gente não pode ser áspera com eles. Porque, às vezes, a coisa piora quando a pessoa não sabe lidar, não tem um bom relacionamento, quer revidar ataque. Então, eu*

aprendi a não revidar. Agora, a igreja também ajuda muito nessa parte. Então, faz com que a gente entenda isso, não se pode tá revidando, tem que tratar eles com carinho".

As mudanças reconhecidas, com maior freqüência, entre os participantes, estão relacionadas à dimensão afetiva. Sete dos dez familiares entrevistados afirmam se sentirem mais fortalecidos, reduzindo a angústia, tristeza ou preocupação. Mas, também, fica evidente como estas transformações afetivas influenciam na maneira de se comportar e se relacionar com o ente que consome drogas. Reconhecendo limites, é possível separar as suas necessidades das necessidades dos outros. Joana descreve como o tratamento influenciou na sua forma de se comportar:

"Mudou. Mudou não só na droga, mas em relação ao comportamental com outras pessoas. Por exemplo, hoje eu vejo, eu já sei que a droga, o álcool, é uma coisa que eu tenho que tratar, eu não tenho que me angustiar. É diferente hoje, né? Então, eu não vou me angustiar, eu não tô me angustiando muito no grau que era antes. Não que a angústia tenha saído totalmente, mas eu já penso que o grau tá diminuindo a cada dia que passa. Eu tomei essa consciência em relação às pessoas. Eu primeiro tô me botando, eu não botava pra mim. Eu achava que sempre as pessoas tavam em primeiro lugar e eu tinha que atender as pessoas, eu tinha que motivar as pessoas, eu tinha que ajudar as pessoas, e a mim? E o que é que eu preciso? Eu não tava voltando pra mim. Então, eu vi que no momento que eu dava, eu tava, também, cobrando demais das pessoas e me cobrava, né? Então, hoje não. Hoje, eu faço o que dá pra fazer, certo? Então, foi uma coisa que tá me ajudando muito. Porque eu achava que eu tinha que ajudar porque eu ia agradar aquela pessoa e depois eu queria cobrar quando a pessoa não fazia por mim. Agora, hoje não [...]".

Na mesma perspectiva, Bete fala da importância de ir além do foco na droga, de se permitir se enxergar mais do que apenas a mãe de alguém que usa droga. Buscar as dificuldades da relação com ente que, na maioria das vezes, vai muito além da droga, mas que, com freqüência, a queixa fica restrita neste sintoma e não se desenvolve.

"Quando minha filha não sustentou e saiu da terapia, eu decidi me tratar. Enquanto ela não aceita o tratamento, eu vou aceitar. Aí, eu vou ter a melhor condição de trabalhar com ela, uma melhor convivência. Mudou, porque depois do tratamento você começa a se enxergar melhor. Você sai muito daquele lugar 'é a mãe de fulaninho', da mãe sofrida, da mãe da filha que usa droga, da mãe que a filha é rebelde. Você começa a se enxergar, a trabalhar mais as suas questões do que mesmo a questão do outro. Até o próprio vencer o medo que a gente tem, a sensação mesmo de que o filho é uma pessoa e que não é só seu, seu objeto. E que, infelizmente,

ele tem também as escolhas dele e que a gente tá aqui pra orientar e também pra dar conta disso".

Embora considere o fato de sua filha ter escolhas diferentes das suas, como uma realidade "infeliz", há um deslocamento. A queixa, antes reduzida em função de um sofrimento provocado pelo familiar usuário de droga, é ampliada para um questionamento na direção da própria posição em relação à filha e às suas possibilidades de lidar com este e outros conflitos.

Muitas vezes, o saber compartilhado socialmente sobre as drogas não funciona na relação singular de cada família, com o seu integrante usuário de droga. Quando se permite confrontar com a situação de forma mais realista, se despindo de um saber antecipado e preconceituoso, é possível encontrar os procedimentos de que dispõe, para melhor se adaptar a situação. Madalena exemplifica a necessidade de olhar para cada caso como único e específico:

"Achava que iria perder meus filhos, que iriam passar para outras drogas, achava que tinha muita culpa. Tudo que eles faziam, eu achava que era por causa da droga. Eu tô mais tranqüila, vejo que não tem muita relação. Eles têm a cabeça num ponto bom. Pelas nossas conversas, eles não passam pra outras drogas. Eles têm muito conhecimento sobre a maconha e sobre as outras drogas. Fumam porque gostam e não muda nada na vida deles. Nunca vi eles pegarem dinheiro na minha bolsa. Vejo umas mães reclamarem disso, mas nunca aconteceu comigo. O mais velho é muito inteligente, ele me explica tudo e quando vou checar na internet termina batendo. Ele me falou outro dia que ele tinha passado direto em dois semestres na faculdade e que um outro colega, que não fuma, não tinha passado, é verdade ele passou direto mesmo. Eu ainda não tenho segurança, não sei direito, um dia eu fiz um teste, falei que iria fumar também pra ficar tudo igual, eles não aceitaram, dizem que eu não tenho cabeça pra isso, que não é todo mundo que tem cabeça pra fumar maconha".

No depoimento de Alice, quando comparado com a fala de Madalena, se pode observar como é fundamental buscar compreender a especificidade de cada situação. Para uma, a postura mais relativista aparece como mais funcional, enquanto que, para a outra, a necessidade de um posicionamento mais incisivo se faz presente. Baseada na sua própria experiência, Alice diz:

"*Hoje, eu sou muito mais radical. Antes, eu era mais permissiva, eu achava que as pessoas usavam e continuavam produtivas. Se você ficava dependente, era por causa de um desvio de comportamento. Hoje, eu sou muito mais radical, eu acho que o ideal é não experimentar, tá?*

Porque eu não sei, eu sei lá o que é a predisposição a ter uma dependência? O ideal é não experimentar. E aí, eu tô falando um pouco de mim, enquanto a minha luta com o cigarro, é uma luta muito difícil, é um cuidado que você tem que ter. Por exemplo, hoje eu tenho bala na bolsa porque quando vem uma agonia, eu boto a bala na boca. Porque eu não quero ficar dependente de bala. Então, uma coisa assim, não experimente porque você pode ser uma pessoa potencialmente indicada, não é o termo, mas predisposta a ter uma dependência e isso é muito difícil de vencer".

As expectativas em relação ao tratamento aparecem, no Grupo 1, como possibilidades de encontrar respostas precisas e soluções rápidas, para a resolução do consumo de drogas do familiar. As participantes chegam com idéias prontas e uma certeza antecipada sobre o que vai acontecer com aquele que usa droga. Assim, desejam um manual de procedimentos que barre, imediatamente, aquele futuro com o qual tanto se preocupam. Contudo, no Grupo 2, durante percurso pelo tratamento se deparam com a necessidade de adesão e esforço para poder encontrar as suas próprias estratégias para lidar com a questão, que é específica e única. Descobrem que somente elas poderão descobrir uma forma criativa de refazer o seu próprio caminho, junto ao caminho daquele que ama e que faz uso de substâncias psicoativas.

CAPÍTULO 7
RESULTADOS DAS OBSERVAÇÕES DURANTE AS SESSÕES DO ESPAÇO FAMÍLIA: DESCREVENDO O PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES.

As observações foram realizadas entre o mês de junho a dezembro de 2006 na *instituição A*. As sessões ocorriam uma vez por semana. Após cada sessão, acontecia uma supervisão, na qual a psicóloga responsável pelo grupo discutia os conteúdos emergentes com a pesquisadora e a estagiária, que também acompanhavam as intervenções. Ao todo, foram observadas vinte e quatro sessões. Na *instituição B*, a observação não foi possível, contudo, foi permitido o acesso ao livro de registro, no qual as profissionais responsáveis pelo grupo descreviam as sessões, anotando os principais temas e intervenções ocorridas a cada semana. Foram analisados os registros de trinta e quatro sessões ocorridas entre os meses de janeiro e setembro de 2006. Para desenvolver as descrições que seguem, foram comparados os temas do livro de registros da *instituição B* e as anotações do diário da pesquisadora feitas durante as observações na *instituição A.*

Em ambas as instituições, o encaminhamento para o grupo só acontece após a passagem dos familiares pelo acolhimento. Não existe uma programação *a priori*, com atividades pré-estabelecidas. Os temas são trabalhados em cada encontro, de acordo com as questões que vão surgindo espontaneamente, trazidas pelas próprias participantes, havendo um mistura de acolhimento, informação, provocações e questionamentos. Os grupos são abertos, existindo a possibilidade de entrar novos participantes a cada semana. Dessa forma, o número de participantes a cada sessão era bastante variável, oscilando entre quatro a dez participantes. Cinco participantes do Grupo 1, após a entrevista de acolhimento, foram encaminhadas para o "Espaço Família", onde eram realizadas as observações da *instituição A.*

Tanto na *instituição A* quanto na *instituição B*, o grupo se apresenta como uma estratégia para acolher a demanda de familiares que recorreram à instituição trazendo como queixa o consumo de drogas de um outro membro da sua família. Alguns chegam depois de terem passado por outros centros de tratamento onde, em grande parte, buscaram, através de algumas internações, "salvar" o seu ente das drogas. Outros se apresentam à instituição em um primeiro momento de desespero, ao se depararem com a

grande descoberta: “ele ou ela está usando drogas”. Ainda existem aqueles que aparecem na encruzilhada que os obrigam a enxergar o que há algum tempo já sabiam, mas não acreditavam: “a relação dele ou dela com a droga ou o álcool tem algo de complicado” ou ainda, “agora os outros já sabem, que vergonha”. Na tentativa de lidar com a grande confusão de sentimentos, vão em busca de respostas prontas, desejam quase que fórmulas mágicas e se deparam com a grande frustração. As fórmulas mágicas não existem.

Encontramos demandas diversificadas, mas é relevante diferenciar dois tipos mais freqüentes de familiares que se apresentam às instituições. Uma primeira configuração, segundo Rêgo (2006), são aqueles que “chegam “pré-ocupados” com o consumo de drogas de alguém. Cabe ressaltar o “pré”, prévio, modo de antecipação do que poderá, ou melhor dizendo, irá acontecer, na visão destes familiares, o que impede uma adequada ocupação do problema. Buscam desesperadamente uma resposta, uma solução do que pensam que já “sabem” que vai acontecer” (p.1). Para estes familiares, disponibilizar um espaço para deixá-los falar de suas fantasias e medos, já é suficiente para descontruir alguns preconceitos, possibilitar a criação de um sentido novo para a questão e um reposicionamento frente ao filho e ou queixa apresentada.

O segundo tipo de familiar dentro do espaço família é compreendido como aquele que chega tomado pelo consumo de drogas de um outro e faz disso a sua própria questão, há uma fusão entre ele e este outro. Considerando-se imprescindíveis, acreditam ser ou fazer tudo para os filhos, se representam como capazes de proteger, salvar e cuidar. Mas, também, anular o filho, com um controle exacerbado e com a crença de que só eles sabem e podem decidir pelos filhos-droga. Assim, Rêgo (2006) afirma “essa é a condição imaginária que dá existência a esses familiares. A gramática os definiria como complemento nominal. O que vem depois do genitivo, complementando o nome” (p.1). Para familiares, que apresentam esta configuração, o trabalho de reposicionamento e reestruturação se mistura com a necessidade de uma nova representação. Não só diante do uso de drogas, mas, também, sobre a representação da maternidade.

Assim, são acolhidos vizinhos, pais, irmãos, esposas, namoradas, tias, avós, mães. Mas, independente do tipo de laço consangüíneo, que determina o parentesco, podemos observar um padrão de repetição: são mulheres, e mais raramente homens, que aparecem ocupando a função materna.

Durante as observações, a princípio, se destaca o fato de que as participantes do *Espaço Família* não fazem distinção entre o usuário ocasional e um adicto ou toxicômano. Nem entre o uso de maconha ou de crack, a questão é única: “ele ou ela está usando droga”, que em sua maior parte é ele. Dentro desta generalização, todos os “eles” são iguais. Assim, permeado por um discurso social, parecem já ter uma sentença final, a morte. Dessa forma, as mães são tomadas por grande sofrimento e uma enorme tristeza ao se depararem com o medo da morte causada pelo consumo de drogas. Para elas não existe separação entre a droga e aquele que a consome. Havendo quase que uma inversão onde a droga passa a ser sujeito e aquele que a consome se torna objeto. Apresentam uma visão compartilhada sobre a droga. Mas, não existe uma reflexão comum sobre aquele que a consome.

A princípio, a queixa gira em torno dos próprios sentimentos. Um sofrimento marcado não só pelo medo da perda sob a ameaça da morte. Mas, também, configuram um desapontamento, uma desilusão que gera insatisfação, aflição e amargura, uma vez que o filho, a quem foi dado “tudo”, agora usa drogas. Assim, se “pré-ocupam” com as conseqüências que, para elas, já estão pré-determinadas. O abuso que leva ao “vício”, que gera a perda de personalidade que faz com que o filho não trabalhe e não estude, comece a vender os objetos e, em seguida, roubar chegando ao “fim do poço”: loucura, autodestruição e morte. O raciocínio é linear, causa e efeito, início, meio e fim. A fantasia da escalada rumo à decadência não é questionada. Dentro desta lógica, aquele que busca a droga só pode ser visto dentro de duas perspectivas: o doente/sofredor, triste e infeliz que recorre à droga sob a justificativa de sua fragilidade, carência, solidão, insegurança, timidez, falta de fé e esperança; ou do delinqüente, irresponsável que é agressivo, mentiroso, preguiçoso, burro, fraco, incapaz e sem rumo.

O espaço família, então, sugere discussão e reflexão sobre estas certezas, na tentativa de ampliar as possibilidades de relação entre o sujeito e a droga. Além disso, desenvolve um raciocínio mais crítico sobre as especificidades de cada mãe, no seu posicionamento com o “seu” filho/droga. A primeira intervenção se dá já na apresentação, quando cada uma delas justifica a sua presença por causa de um outro: o filho, marido, irmão etc., que usa drogas. A primeira desconstrução acontece justamente na tentativa de introduzir uma reflexão: estão ali porque são mães que fazem do consumo de drogas do seu filho a sua própria questão existencial. Aparece, então, a necessidade de organizar os próprios ideais e objetivos de vida, assim como localizar o lugar que este filho ocupa dentro destes. Desenvolver tal questionamento traz

resistência, pois essas mulheres apresentam dificuldade em separar as suas vidas das destes filhos. Diante disso, o raciocínio se torna dicotômico, ou seja, parece impossível separar a suas realizações das realizações de seus filhos ou, na outra polaridade, a única solução é um rompimento que significa abandono.

Então, surgem reflexões acerca da concepção de maternidade e o que diferencia a “mãe boa” da “mãe má”. Mais uma vez, aparece um consenso, a boa mãe quer saber o que está acontecendo na vida do filho e, após a descoberta de que ele está usando droga, tudo se torna justificativa para exercer controle. Ocorrem invasões contínuas de privacidade, que configuram um serviço altamente sofisticado de espionagem onde tudo é permitido: cheirar roupas, cabelos, bisbilhotar mochilas, sacolas e armários, escutar conversas, entre outras coisas. Assim, a perseguição se torna uma constante, onde a necessidade de controle da vida do filho é camuflada pela necessidade de controle do seu consumo de drogas.

Aos poucos, existe no grupo a tentativa de introduzir a idéia de separação entre a perspectiva de super proteção versus rompimento e abandono. Um trabalho árduo, pois estes sujeitos chegam ao grupo com a ilusão de poder, cabendo-lhes salvar os filhos das drogas e ocupando o lugar daquela pessoa, que tudo pode fazer por eles. Tal autoconceito implica no sacrifício de suas próprias vidas. Lógica esta que as joga em uma posição de vítima, pois, aquela que deu sua vida em nome do filho, agora cobra pelo sofrimento causado por este. Contudo, em meio a esta ilusão de onipotência, se deparam com a dialética de vítima e culpada, oscilando entre estas duas posições. Vítima por terem se sacrificado e não estar sendo recompensadas. Culpada, pois na fantasia de que tudo podem, se questionam “onde foi que eu errei?”. O consumo de droga faz com que elas esbarrem na sua própria limitação, o limite é imposto, o que eu posso e o que não posso diante do consumo de drogas do meu filho?

Quando se colocam desta forma, retiram dos próprios filhos a autonomia. Não há espaço para que eles se movimentem em direção ao crescimento. Há uma infantilização que encontra, no consumo da droga, a confirmação de que nada podem sozinhos. Um olhar, que parece preceder o abuso.

A droga surge, então, como justificativa para o fracasso do projeto ideal. O filho perfeito passa de anjo a demônio devido ao consumo de drogas. Não há espaço para defeitos, tudo que não aprovo nele é conseqüência da relação com a droga. Não há espaço para aceitação de algo que talvez não seja ruim, mas apenas diferente das expectativas que existem para o seu filho ideal.

Encontramos a necessidade de compartilhar algumas informações sobre as diferentes drogas e seus efeitos, assim como as diferentes formas de consumo, as especificidades e possibilidades diversas dos sujeitos se relacionarem com essas substâncias. Nesse contexto, começam a aparecer diferenças entre os filhos, maridos, irmãos e sobrinhos de cada membro do grupo. Desloca-se um pouco o olhar da droga impessoal, para a história de vida singular de cada pessoa presente.

Aparecem, então, constatações diversas. Mães de usuários da mesma substância começam a observar possibilidades outras, seu filho fuma maconha e largou os estudos. O filho da outra fuma maconha e está na universidade. Seu filho fuma crack e faz pequenos furtos na rua. O filho da outra fuma crack e faz assalto com uso de armas, o da outra rouba as coisas em casa, o da outra não rouba etc. Um fuma maconha há anos e não consome nenhuma outra droga, outro fumou maconha e agora fuma crack. O marido da outra nunca usou uma droga ilegal, mas é alcoolista e largou o trabalho. Assim, são impelidas a se questionar: “meu filho rouba pra usar droga ou usa droga porque rouba?”, “no meu caso, o problema com a droga é a ilegalidade ou o descontrole?”. Em um processo gradual, vão organizando que a forma e o motivo para o consumo de droga de cada um é diferente.

Aos poucos, começam a se diferenciar aquelas mulheres que estão ali por uma preocupação gerada, de certo modo, por vergonha e falta de informação. Tornando-as exageradamente preocupadas com um consumo que pode ser adolescente, ocasional, às vezes habitual. Mas, que de fato, além do preconceito, não levam a nenhuma conseqüência mais significativa para a sua vida e do usuário. Diferença essa marcante entre aquelas outras que se apresentam “coladas” ou “fusionadas” com a droga do filho. Para estas, aos poucos se estabelece uma questão, todo o investimento que fazem na busca para salvar estes filhos , maridos, irmãos serve a quem: a quem é cuidado ou a quem cuida?

Mais uma vez, o tema separação se torna fundamental: o que posso diante do meu sofrimento, o que posso fazer por mim? Mas aí aparece outro desafio, a dificuldade dessas mulheres compreenderem que separar é diferente de abandonar. Como equilibrar o cuidar da própria vida, separar o seu bem-estar do bem-estar do filho, sem que isso implique em rejeitar e negligenciar este? Como desconstruir a ilusão de que podem dar tudo sem que isso não signifique que não possam dar nada? Parecem sempre estar se debatendo em um raciocínio dicotômico, ou podem dar tudo, ou não vão dar nada, ora superprotegem, ora abandonam, ou estão em autoritarismo extremo ou são permissivas.

Nessa lógica, não conseguem exercer autoridade, no sentido de criar espaço e condições para um desenvolvimento, que autoriza seus filhos a fazerem escolhas e se sentirem capazes de sustentá-las ou abandoná-las a partir do significado que vão construindo para a própria existência, o que implica em respeitar que possam escolher algo diferente das suas expectativas.

Assim, este mergulho na história de vida de cada um, leva, inevitavelmente, ao lugar destes filhos no desejo destas mães. As histórias que se revelam vão sinalizando os caminhos percorridos, o filho usuário de drogas é fruto de tentativas mal sucedidas de aborto (muito freqüente neste grupo, cinco participantes), gravidez indesejada, tem um histórico de doenças na infância, infâncias sofridas. Aparecem relatos de mães que geraram os filhos para entregar a terceiros. Uma gerou o filho para entregá-lo ao avô. Outra deu o filho, porque a irmã queria criá-lo. Cada vez mais, vai ficando claro que não só os filhos delas são diferentes entre si, como cada uma delas representa tipos de mães diferentes, por isso, cada configuração relacional é única.

Aparece, ainda, a necessidade de rever os seus posicionamentos em relação a esse filho. A necessidade de "dedicação exclusiva ao filho mais precisado", onde muitas vezes abdicam inclusive dos outros filhos, é questionada.

Surgem novas aprendizagens nas quais limite não é mais compreendido como rejeição. Nessa perspectiva, ao invés de deixar de sair para tomar conta das coisas evitando que o filho roube dentro de casa, deixam os filhos fora de casa, quando precisam sair. Param de tomar o dinheiro daqueles que trabalham, sob a justificativa de que não são capazes de administrá-los e passam a permitir que tomem conta do próprio dinheiro sob a condição de que contribuam, com alguma quantia do que ganham, nas despesas da casa. Vão compreendendo que precisam deixar espaços vazios, que falte alguma coisa, para que o ente sinta necessidade de se movimentar.

Passam a compreender que é fundamental que elas acreditem que os entes que usam drogas podem e são capazes de crescer. Separam o familiar do seu consumo, assimilando que não gostar de alguém é diferente de não gostar do que ele faz. Assim, aos poucos, se permitem amar o filho apesar da reprovação do uso de drogas. Passam a se dar conta de que os sermões e falas repetitivas, para as quais já possuem respostas prontas, irritam e impedem o diálogo, quando ambas as partes precisam ser ouvidas. Algumas aceitam que a compulsão para o uso de drogas não pode ser restrita a uma idéia de doença. Dessa forma, não há remédio, pílula mágica que resolva ou cure e que a cura, em muitos casos, não é, necessariamente, sinônimo de abstinência. Assim, saem

dos posicionamentos polarizados, fundamentados em superproteção ou rejeição, tudo ou nada, e buscam encontrar saídas criativas para os desafios que se impõem.

Cada vez mais, vão descontruindo a falsa idéia de onipotência, de que são responsáveis por manter os filhos vivos e salvá-los das drogas. Ao aceitarem que tal missão é impossível, conseguem sair do lugar de impotentes, que paralisa e percebem que existe um limite entre a ajuda que quer ser dada e a ajuda que quer ser recebida, entre o amor de mãe e o amor a si próprio, a melhora do outro e a melhora de si mesmo, o que cada um pode fazer por si e pelo outro. Ao desenvolverem tal aprendizagem, se permitindo estar separadas dos filhos, não mais fusionadas, podem ser solidárias e ter compaixão no sentido de acompanhar o outro na dor, mas sem se deixar tomar por ela. Assim, cada uma a seu modo se permite retomar a própria vida.

As observações no grupo, assim como o acesso aos relatórios permitiram acompanhar o processo de transformação da representação do uso de drogas entre os familiares em tratamento. É possível afirmar que a dimensão afetiva é fundamental. Todo o sofrimento dos familiares está ligado, principalmente, à representação social compartilhada permeada por preconceitos, crenças, estereótipos, informações distorcidas e fantasias que, muitas vezes, não correspondem à realidade. O trabalho de acolhimento do sofrimento é muito relevante e aos poucos a introdução de novas informações, questionamentos e confrontamento das fantasias com o que de fato está acontecendo, vai contribuindo para uma reestruturação da representação, que permite uma relação de suporte entre a família e o usuário, que é de grande importância para a superação do problema.

CAPÍTULO 8
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essas considerações finais constituem-se como uma possibilidade de retornar o trabalho desenvolvido em relação à compreensão do uso de drogas entre familiares que buscam o tratamento, sob o enfoque da Teoria das Representações Sociais.

Os resultados mostram que, de fato, ocorre um processo de reconstrução das representações sociais. O campo representacional relacionado ao uso de drogas, na presente pesquisa, vai se desenvolvendo em torno de três eixos principais: as conseqüências do uso de drogas sobre o indivíduo, o usuário como pessoa e o usuário como membro da família. Observa-se que as participantes, em início de tratamento, têm uma compreensão do uso de drogas praticamente restrita ao binômio pessoa-droga, a partir do qual, com maior freqüência, são enfatizados os efeitos farmacológicos e o potencial negativo da substância. Descrevem uma hierarquia das drogas, no qual existem substâncias leves e pesadas. Dessa forma, a dependência está vinculada, principalmente, ao tipo de droga que a pessoa experimenta.

Quando a dependência não é determinada pela droga, as combinações dos argumentos levam a justificar a dependência como uma questão do indivíduo. Nessa perspectiva, o momento da experimentação se torna decisivo. O vínculo com a droga vai acontecer ou não por uma questão de gosto, personalidade ou força de vontade, que é determinada pela capacidade do indivíduo de controle.

Contudo, a interação do ser humano com a droga é concebida dentro de uma lógica de oposição de forças. Nesta batalha, a droga aparece como mais forte e capaz de submeter o indivíduo, que passa de sujeito a objeto, por ser considerado fraco. Nesse sentido, a ênfase sobre as conseqüências negativas declara o poder da droga de transformar aquele que a consome do bom para mau. Compreendida em uma perspectiva maniqueísta, a droga leva o seu usuário a roubar, mentir, maltratar a família, se tornar irresponsável, matar ou morrer. Assim, a representação da droga emerge em um campo afetivo de sofrimento, tristeza e medo.

O segundo grupo é composto por participantes que estão entre três meses a um ano em tratamento. Podemos observar, então, uma maior diversidade nos discursos. A transformação inicia-se por uma introdução de maior complexidade na compreensão do vínculo pessoa-droga. As modificações começam pelo questionamento do enfoque

sobre a substância. A desconstrução ocorre pela polaridade droga. Assim, permanece presente o discurso da hierarquia das drogas, mas, aos poucos, começam a ser incorporadas observações de que existem pessoas que possuem vínculos diferenciados com a mesma substância. Mesmo aqueles que permanecem com o argumento de que algumas substâncias são potencialmente mais prejudiciais, apresentam um grau maior de aprofundamento na tentativa de explicar este raciocínio. Passam a considerar o sujeito que consome e o seu organismo.

Neste percurso, a questão não é mais abordada de forma excludente, onde a dependência é determinada pela substância ou pelo indivíduo de "personalidade fraca". As participantes que iniciam com uma representação de dependência de drogas, foco na substância, depois oscilam para a dependência enquanto uma doença, foco no indivíduo considerado doente. Ao poucos, amplia-se a perspectiva, inserindo-a em uma dinâmica relacional, na qual tanto o sujeito como a droga têm implicações significativas para que o vínculo abusivo de fato, se cristalize. Durante o processo de tratamento, o discurso pronto e generalista muda para a busca de significados específicos para o uso de drogas do ente querido, reconhecendo as singularidades de cada caso. Ao incluírem a história individual de cada um, permitem inserir a subjetividade de cada pessoa de uma forma mais abrangente. Alguns se apropriando da linguagem científica, aos poucos, aprendem a diferenciar o usuário do adicto ou dependente, assim como suas formas diversas e diferenciadas de lidar com as drogas. Separam, para cada tipo de vínculo, conseqüências singulares.

As justificativas para o consumo, a princípio, eram descritas, principalmente, como uma combinação entre fuga de problemas (que engloba um longo espectro que vai de perdas financeiras à falta de amor), curiosidade e influência dos amigos. Aos poucos, os familiares vão ficando intrigados e se dando conta de que as justificativas que possuem não correspondem à complexidade da questão. O fluxo em direção à necessidade de uma nova configuração é lento, experienciado por emoções flutuantes e imersas em muitas contradições. As participantes chegam ao tratamento com a esperança de encontrar respostas prontas e fórmulas "mágicas", para conseguir salvar o ente querido das drogas. Ao se depararem com o fato de que não existem soluções prontas, muitas não sustentam e abandonam o tratamento. Outras se implicam na intensa busca para tentar dar um significado ao uso de drogas do familiar e tentam criar estratégias próprias para a superação do problema. Então, incluem mais um eixo na dinâmica relacional. Introduzem o contexto familiar, como mais uma dimensão que está

inter-relacionada com o fenômeno em estudo. Tal inserção implica em procedimentos delicados, pois se vêem questionadas a rever o próprio posicionamento diante do filho que usa droga. Chegar a tal questionamento é um processo diferente para cada participante e está diretamente vinculado com o tempo existencial de cada uma. Algumas não conseguem ver sentido em falar de si mesma, já que o único problema é o filho, marido, sobrinho, irmão que usa droga. Há uma reelaboração do papel da família. Desconstroem a idéia de que são as únicas responsáveis pela superação da adicção do familiar. Passam, então, a compreender o papel do acolhimento e do suporte como necessários e efetivos, aceitando os limites da sua ação, em relação ao outro. Essa compreensão não foi observada, plenamente, em todas as participantes do Grupo 2. As diferenças entre os tempos de tratamento mostram as mudanças e permitem acompanhar o trajeto complexo no desenvolvimento de uma nova representação e novos comportamentos.

Ajustes para ancorar novas informações e valores foram percebidos nos elementos periféricos. Na análise do Grupo 2, enquanto uma totalidade, não podemos descrever uma nova representação social, organizada e compartilhada em torno de elementos centrais possíveis de ser apreendidos, mas fica visível as oscilações no processo sutil de renovação e reconstrução das representações sociais do uso de drogas entre os familiares que recorrem ao tratamento.

Comparando os dois grupos, identificamos tendências diferenciadas. No Grupo 1, o modelo explicativo para o que leva ao uso de droga fica restrito a farmacologia da substância consumida ou a questões do indivíduo e a família aparece de forma superficial e periférica. No Grupo 2, inclui-se a perspectiva do contexto familiar dentro de uma perspectiva mais complexa. Os possíveis tipos de uso aparecem no Grupo 1, mas, ainda, é inconsistente e apresentado em meio a contradições. No Grupo 2, a compreensão é abrangente e apropriada, através de argumentos mais consistentes.

No Grupo 1, as conseqüências que se destacam, são comportamentos delinqüentes ou a morte. No Grupo 2, as conseqüências são relativas ao tipo de uso e droga consumida.

No Grupo 1, o papel da família é salvar o ente das drogas e resolver o problema a qualquer custo. No Grupo 2, o acolhimento e o suporte são mais desenvolvidos e, aos poucos surgem a reconhecimento do limite entre a ajuda que quer ser dada e a que pode ser recebida.

As expectativas, em relação às intervenções terapêuticas no Grupo 1, aparecem como possibilidades de encontrar respostas precisas e soluções rápidas para a superação do consumo de drogas do familiar. No Grupo 2, durante o percurso pelo tratamento, deparam-se com a necessidade do envolvimento e esforço, para poder encontrar estratégias próprias para lidar com a questão, que é específica e única. Assim, somente elas poderão descobrir uma forma criativa de refazer o seu próprio caminho, junto ao caminho daquele que ama e que faz uso de substâncias psicoativas. Nesse momento, compreendem a importância do suporte técnico dos profissionais.

No Grupo 1 e no Grupo 2, está presente a dinâmica afetiva oscilante entre raiva e rejeição em um pólo, e a culpa em outro pólo. Contudo, no Grupo 2, para alguns participantes, a partir da aceitação de que a escolha por interromper o consumo cabe ao usuário e que independe do seu desejo ou atitude, permite, entre os familiares, um posicionamento que possibilita suporte com afeto e limite, sem necessariamente polarizar entre uma rejeição que leva a brigas, abandono e aumenta o sofrimento, e a uma culpabilidade que leva à submissão, superproteção, que sufoca e estagna a vida de ambos.

Os padrões de consumo e os tipos de drogas usadas são bem diversificados, dentro e entre os Grupos. Contudo, não apareceram como uma variável significativa que exercesse influência nos conteúdos das representações. O nível de escolaridade atingida parece intervir durante o processo de transformação. Pois, as participantes com níveis mais elevados de escolaridade, parecem apresentar maior facilidade e rapidez para assimilar a complexidade dos argumentos propostos. Tal afirmação não significa excluir a possibilidade daquelas participantes, com um nível escolaridade inferior de assimilar e compreender os argumentos e os questionamentos abordados na ciência em relação à questão, apresentados pelos profissionais. Quando o engajamento no tratamento acontece por um tempo mais prolongado, fica explicito que a reconstrução das representações acontece independentemente das diferenças no nível de escolaridade.

Os resultados encontrados sinalizam que foram alcançados os objetivos propostos pela pesquisa. Contudo, não é possível afirmar a reconfiguração de uma nova representação. Através do percurso de imersão nos dados obtidos, observam-se os movimentos sutis de mudança, através da aproximação dos argumentos pelos participantes e informações produzidas pelos especialistas nas interações do tratamento. Mas, o tempo de inserção no tratamento parece não ter sido suficiente, para tornar possível a identificação de uma nova representação no grupo estudado.

A impossibilidade de descrever de forma consistente uma nova representação pode ser justificada através da compreensão desta, enquanto processo que remete à diversidade e à contradição. Segundo Spink (2003) “embora paradoxal, aceitar a diversidade implícita do senso comum não significa necessariamente abrir mão do consenso, pois algo comum sempre sustenta uma determinada ordem social...” (p.123).

A divisão proposta na entrevista entre dimensões cognitivas, afetivas e de condutas tem um efeito operacional, no sentido de facilitar a análise e torná-la mais clara. Porém, ao longo dos resultados, fica evidente a relação dialética e interdependente entre elas. No campo representacional, mudanças em qualquer uma das dimensões descritas implicam em necessidades de reconfiguração da representação como um todo.

Não podemos deixar de salientar o quanto fica evidente que é justamente a dimensão afetiva que recebe destaque nas descrições dos familiares, quando questionados sobre o fenômeno do consumo de drogas. Constatamos que, na representação dos participantes, a dimensão afetiva está diretamente vinculada às compreensões fatalistas e deterministas sobre a interação pessoa/droga, as quais impedem comportamentos mais ponderados e eficientes.

O campo afetivo que se configura nos contextos familiares, em que ocorre o consumo de drogas, merece aprofundamento, no que se refere à sua relevante influência na transformação das representações que emergem. Pois, como afirma Jodelet (2001), existem causas emocionais na fabricação de fatos. Dessa forma, “a comunicação serve de válvula para liberar os sentimentos disfóricos suscitados por situações coletivas ansiógenas ou mal toleradas” (p.31). Podemos considerar, como fundamental, a interseção simbólica entre as conotações e valorizações morais dos aspectos relacionados ao uso de drogas e o fato de que o usuário de droga que se descreve não é qualquer um, é um membro da família, dotado de um *status* afetivo particular.

Na presente pesquisa, buscamos enfatizar a atividade do sujeito na elaboração das representações sociais, mas sem perder a perspectiva de que este é um sujeito social. Assim, a noção de representação social inclui complexidade e transversalidade, pois se situa na interface do psicológico e do social. Ela tem, com seu objeto, uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhe significações), que resultam de uma atividade que faz da representação uma construção e expressão do sujeito. Este é considerado de um ponto de vista psicológico, “mas a particularidade do estudo das RS é o fato de integrar na análise desses processos a pertença e a participação, sociais ou culturais do sujeito” (Jodelet, 2001, p.27).

Os sujeitos são analisados levando-se em consideração sua inserção social e cultural, englobando a sua história pessoal e social. As respostas individuais são compreendidas enquanto manifestações de tendências dos grupos sociais e afiliações das quais os indivíduos participam. Nesse sentido, Spink (2003) define as representações como campos socialmente estruturados. Neste trabalho, o campo representacional é estruturado no contexto específico das famílias nas quais há usuários de drogas.

A Teoria das Representações Sociais mostra-se muito adequada para estudos que incluem o fenômeno das drogas. A teoria dá conta da complexidade da proposta deste estudo, que busca compreender o processo de transformação das representações do uso de drogas, dentro das estruturas familiares em diálogo com o saber científico, através do tratamento, a partir do qual serão atualizadas significações específicas, de acordo com suas condições de uso intelectual e social. Pois, nestes casos, a representação do uso de drogas está imersa em conceitos sociais de moralidade, legalidade e ilegalidade, informações contraditórias da mídia, valores, mitos e crenças familiares. Além disso, está envolvida pelas abordagens mais complexas das instituições especializadas, em que estão inseridas as participantes, na medida em que, nestas instituições, são apresentados questionamentos dentro de uma perspectiva amoral na busca de significados para a compreensão do vínculo pessoa/droga. Tudo isso, envolvido no intenso campo afetivo, que caracteriza as interações familiares.

As representações sociais permitem cristalizar uma coletividade em forma de uma unidade superior, contudo adaptada aos fatos simbólicos. As sociedades, enquanto estruturas, não são o real objeto de estudo. Mas, por meio da tessitura psíquica e da configuração mental que as cimenta, percebe-se a coerência dos sentimentos e dos raciocínios nos movimentos da subjetividade coletiva.

Assim, embora o grupo estudado, nesta pesquisa, possa ser considerado pequeno para um estudo em representação social, acredita-se que cada sujeito traz presente na sua representação temas, valores, significados, idéias compartilhadas no tecido social e cultural mais amplo. Pois, o objetivo não foi apenas de descrever o conteúdo e a estrutura das representações, mas, também, de analisar seu processo de transformação. Por isso, buscamos um enfoque com ênfase no qualitativo, centrado na totalidade dos discursos. Um processo demorado e, conseqüentemente focado em poucos participantes. Trata-se então, de “sujeitos genéricos” que, como afirma Spink (2003), se devidamente contextualizados, têm o poder de representar o grupo.

De acordo com Farr (2003), o conceito de representação social de Moscovicci tem maior adaptabilidade ao pluralismo de idéias e valores, mobilidades sociais, assim como à rapidez das mudanças econômicas, políticas e culturais; a intensidade e fluidez das trocas e comunicações e o desenvolvimento da ciência, que caracterizam as sociedades contemporâneas. Desse modo, as representações são compreendidas como estruturas em processo, pois, apesar de manterem alguma estabilidade, também são permeáveis às mudanças contínuas nos contextos de onde emergem.

A ciência emprega uma lógica e uma teoria nascidas em condições não usuais, as pessoas recebendo suas informações e trocando-as, fazem modificações profundas, para representá-las com vistas a se comunicar e a agir. De acordo com Moscovici (2001), “assim a revolução provocada pelos meios de comunicação de massa e a difusão dos saberes científicos e técnicos transformam os modos de pensamentos e criam conteúdos novos” (p.61).

Os achados da ciência, na sua circulação, através dos mais diversos meios de comunicação, sofrem toda sorte de metamorfose, mudam seu conteúdo e estrutura. No presente estudo, ficou claro que a principal fonte de informação, em relação ao consumo de drogas para os participantes, é proveniente dos meios de comunicação de massa. Na mídia, a representação da droga vem atrelada a várias questões, que incluem a saúde, mas, também, o tráfico, a violência, a delinqüência, os aspectos morais, entre outros.

Buscando sustentar que, apesar do pequeno grupo de participantes investigado, os resultados encontrados podem ser considerados enquanto uma representação social compartilhada pelos outros sujeitos sociais, retomamos a pesquisa de Noto, Baptista, Faria, Nappo, Galduróz e Carlini (2003) que busca analisar as informações que a imprensa escrita vem divulgando atualmente, no Brasil, sobre as implicações do uso de drogas relacionados à saúde.

Os resultados, encontrados na presente pesquisa, estão em comum acordo com a descrição dos conteúdos dos artigos veinculados pelos meios de comunicação relatados por Noto et al. (2003). A ênfase nas conseqüências negativas, assim como na dependência, que levam ao medo de morte, envolvendo sofrimento e tristeza, presentes no conteúdo e na estrutura da representação social do uso de droga do Grupo 1, de fato, refletem as produções que circulam no discurso mais amplo nas interações sociais através da mídia.

Ao abordar às intervenções citadas como alternativas para lidar com o uso indevido de drogas a pesquisa realizada por Noto et al. (2003) apresenta o tratamento

como intervenção mais citada, sendo a internação e o uso de medicamentos as opções mais freqüentes.

Encontramos, mais uma vez, extrema semelhança entre os resultados obtidos. Assim como na pesquisa descrita, os resultados gerados neste estudo apontam como principal tipo de tratamento, descrito pelos participantes do Grupo 1, a combinação entre a ação do psicólogo e do psiquiatra, incluindo a necessidade de medicamentos. A segunda possibilidade, mais presente em ambos os grupos, é a internação.

A prevenção, quando mencionada nos artigos, na maioria das vezes, foi apresentada vinculada ao ambiente escolar e privilegiando a "informação" como medida preventiva. Entre os poucos artigos que mencionaram a redução de danos predominaram temas sobre a prevenção da transmissão do HIV. Para a *repressão*, os enfoques se dividiram entre repressão ao tráfico/traficante e ao uso/usuário (Noto et al, 2003).

Os resultados encontrados no presente estudo indicam a importância de incluir, também, no discurso de prevenção, o papel fundamental da família. Indicam, ainda, a necessidade de vincular informações mais realistas que capacitem os indivíduos a fazer escolhas sobre o consumo de drogas dentro de conhecimentos mais fidedignos, os quais descrevam possíveis riscos e danos do uso de substâncias psicoativas, mas sem negar a possibilidade de prazer. Assim, a compreensão de que a ênfase nas estratégias de repressão, principalmente em relação ao uso e ao usuário, não tem alcançado resultados positivos, o que pode ser confirmado pelo consumo crescente e não decrescente, apesar de todos os investimentos nesse tipo de estratégia.

Também é apontada, por Noto et al. (2003), a notória tendenciosidade dos textos veinculados na mídia, que incluem julgamentos pessoais e retratam a situação do uso de drogas de forma alarmante, utilizando-se de uma "pedagogia do terror".

Tal postura direciona as representações no sentido de provocar pânicos, fantasias e medos, que, em alguns casos, não necessariamente correspondem à realidade, pois englobam, sob o signo droga, substâncias das mais diversificadas origens e possibilidades de consumo, efeitos, tratamentos. Ao mesmo tempo excluem outras substâncias que, protegidas sobre o marco da legalidade, provocam certa incoerência para aqueles com uma capacidade crítica mais desenvolvida. Questiona-se o que de fato é utilizado como critério para diferenciar as substâncias ilícitas das lícitas, pois estas últimas também trazem, como potencial, alterações psíquicas, danos à saúde, prejuízos sociais, riscos de morte e dependência. Importante aqui enfatizar que as substâncias trazem as possibilidades referidas como potencial e não necessariamente como

conseqüência pré-determinada em ambos os casos. Deve-se considerar que posturas tendenciosas não funcionam no sentido de amedrontar e impedir o consumo, apenas contribuem para manter aquele que consome drogas na fronteira da exclusão e preconceito, dificultando a abordagem e o tratamento na compreensão da saúde coletiva.

Na comparação entre os resultados das duas pesquisas, a influência da mídia como fonte de informação mostra sua efetividade. Contudo, criar possibilidades de informações mais consistentes e aprofundadas, que estejam em acordo com a realidade da configuração do consumo de drogas na sociedade brasileira, ainda é um grande desafio. O fenômeno das drogas envolve questões jurídicas e moralistas e a mídia ainda não conseguiu criar estratégias para conciliá-las com informações mais fidedignas, isentas de passionalidade e tendenciosidade.

Nesse sentido, aparece como papel fundamental das instituições especializadas na prevenção e tratamento do consumo de drogas, promover um tipo de interseção mais eficaz entre o saber científico e o saber do senso comum, incentivando a interação entre suas diferentes práticas, e possibilitando a incorporação de novos questionamentos no cotidiano da vida social.

Para isso, existem estratégias múltiplas desenvolvidas para dar conta do fenômeno das drogas. Como exemplo, encontramos estratégias de divulgação através da capacitação, feita nas instituições especializadas, de pessoas que têm influência nas comunidades, e que se tornam “multiplicadores” de informações consistentes. As próprias estratégias de Redução de Danos, através das quais um veículo equipado com TV, vídeo, panfletos informativos, kits de prevenção, entre outros, conduzidos por profissionais capacitados, vão ao encontro das pessoas dentro de seus bairros para levar informações sobre autocuidados em saúde.

Outra estratégia muito significativa, é descrita como “Consultório de Rua” e se caracteriza por uma equipe de psicólogos que buscam usuários de drogas que vivem nas ruas da cidade e abordam estes no seus próprios espaços, na tentativa de uma aproximação e implicação no tratamento.

Existe ainda as estratégias desenvolvidas na própria instituição, que buscam tratar e dar suporte àqueles que precisam e a ela recorrem tais quais: as oficinas de arte, psicoterapia individual, grupo de família, acompanhamento psiquiátrico entre outras, que possibilitam uma aproximação da população ao saber científico, através dos discursos dos profissionais e suas abordagens do fenômeno do consumo de drogas.

Contudo, tais estratégias ainda não alcançaram uma visibilidade ótima, havendo necessidade de mais investimentos das políticas públicas, para que este tipo de abordagem tenha um alcance mais abrangente entre a população.

Dentre tão diversificadas possibilidades, no presente estudo, enfocamos as estratégias direcionadas às famílias. Reconhecendo-se que as representações são, ao mesmo tempo, construídas e adquiridas, não são os substratos, mas as interações que contam (Moscovici, 2001). Neste sentido, as entrevistas dos participantes do Grupo 2 e as observações no grupo de família permitem apreender as representações qualificadas como sociais também através da sua elaboração no curso dos processos de troca e interações entre os familiares e os profissionais ao longo do tratamento.

Quando destacamos a análise das representações enquanto processo e não somente estruturas, trata-se de compreender o processo de reconstrução, onde a tradição é questionada na busca por inovação, procura-se apreender a vida social em via de se fazer em relação ao uso de drogas. Pois, citando Moscovici (2001), "representando-se uma coisa ou uma noção, não produzimos unicamente nossas próprias idéias e imagens: criamos e transmitimos um produto progressivamente elaborado em inúmeros lugares, segundo regras variadas" (p.63). Assim, cada vez que um saber é gerado e comunicado e torna-se parte da vida coletiva, isso nos diz respeito, em particular quando esses saberes enquanto tais servem para solução de algum problema social ou para a explicação de algum evento.

Os resultados nos mostram as contradições emergentes na tentativa dos participantes em integrar o duplo conflito que fundamenta a relação com o objeto droga. Conciliar toda a singularidade de afetos e especificidades que caracterizam a história pessoal de cada um e certa lógica que a ordem social confere a este objeto.

A análise permite entender os ajustes nos elementos cognitivos das teorias sobre o uso de drogas do senso comum, sob a pressão das intervenções e os argumentos dos profissionais especializados. Permite entender, ainda, o papel dos investimentos afetivos, acessados a partir das contradições nos discursos, agindo como motores para a transformação da representação ou, inversamente, como mecanismos de defesa de identidades ameaçadas sob acusações interiores e exteriores, a que estão sujeitos aqueles indivíduos que fazem parte de um contexto familiar, onde emerge o uso de drogas.

Para Grize (2001), os conteúdos das representações não podem ser indiferentes ao sujeito. Nesse tipo de saber não é possível separar o cognitivo do afetivo, como a ciência tenta fazer. No que se refere à representação do uso de drogas entre os familiares

de usuários, encontramos juízos e valores impregnados por ideologias sociais subjacentes que apresentam o objeto droga enquanto nefasto em sua essência, misturados com afetos cambiantes e cheios de particularidades no que refere a cada vínculo específico em relação a seu membro-droga.

CONCLUSÃO

Neste momento buscam-se reflexões acerca do alcance e dos limites do trabalho desenvolvido.

Pensamos que o presente estudo pode ser útil ao possibilitar considerações em interação com a prática em vigor no que se refere ao tratamento de familiares de usuários de drogas.

Possibilita, também, compreender e refletir como distorções e informações imprecisas e superficiais, no que se refere ao fenômeno das drogas, que circulam no tecido social, podem prejudicar os indivíduos no enfrentamento e superação de desafios que se impõem na vida social e familiar. Denuncia os riscos em relação à intolerância, à condenação e à exclusão direcionada ao uso e ao usuário, que, com muita freqüência apenas agregam prejuízos maiores que o próprio consumo das substâncias. Permite questionamentos para repensar o lugar que a droga ocupa na configuração social e familiar atual e aponta para a necessidade de uma caminhada em direção a uma responsabilidade mútua.

Os resultados encontrados esclarecerem processos ligados à transformação da representação do uso de drogas e descreve modificações positivas na forma de interagir a partir desta reconstrução, o que consiste em uma contribuição relevante para aprimorar as estratégias, já concebidas na área de intervenção e de tratamento do abuso de drogas.

Novos posicionamentos dentro da família podem produzir uma espécie restabelecimento de vínculos mais saudáveis, que a exclusão, a desigualdade e a violência que circundam o consumo de droga parecem destituir.

Aparece, ainda, a necessidade de abordagens diferenciadas para a questão do consumo de drogas na sociedade e na cultura, que não inscrevam a dor e o sofrimento das famílias envolvidas na toxicomania em conceitos de vergonha, preconceito e discriminação.

Fica explícita a relevância de que informações sobre as formas de tratamento, disponíveis para a população, se tornem mais acessíveis, através de uma divulgação mais abrangente.

Consideram-se os limites relacionados à abrangência dos dados encontrados; podemos reconhecer que o número restrito de participantes não permite uma

generalização, principalmente no que se refere ao Grupo 2. Pois, acreditamos que a diversificação de contextos e estratégias de tratamento podem produzir representações diferenciadas para familiares que se submetem ao tratamento em outras instituições especializadas na questão das drogas, que não as referidas no presente estudo.

Parece sensato afirmar que esta pesquisa pode contribuir para a literatura na área dos estudos das drogas e das representações sociais, destacando o enfoque da necessidade de aprofundamento no campo afetivo dentro da abordagem em questão no que se refere ao processo de transformação das representações. Pois, como salienta González Rey (2003):

> A representação é constituída por uma multiplicidade de elementos de sentido e significações que circulam na sociedade, e são os que dão às representações sua dimensão simbólica, social e subjetiva, e enfatiza essa última, pois os sentidos subjetivos, que são responsáveis pela unidade inseparável entre o emocional e o simbólico; portanto, são os que dão conta do lugar das emoções na constituição das RS, que é uns dos aspectos que deve ser desenvolvido pela teoria (p.125).

O trabalho contempla o objetivo principal de mapear os esforços dos familiares, que se deparam com o consumo de drogas entre os seus membros, as aprendizagens que permite acolher o seu ente, apesar de toda reprovação social da escolha feita no percurso da sua existência, permitindo a este, assim, a dignidade de ser considerado como ser humano e ter reconhecido, como cidadão, o seu direito à saúde e ao tratamento. Pois, atos educativos específicos só terão eficácia no contexto de uma relação emocional apropriada, onde se possa equilibrar afeto, atenção e limite.

Assim, fica claro o esforço constante para abordar o fenômeno do consumo de drogas, dentro de uma perspectiva que abrange fatores intrafamiliares, intra-individuais e socioculturais de forma sistêmica. Considera-se, então, reducionista, qualquer intervenção que privilegie somente uma dessas perspectivas, em detrimento das outras. O diálogo intercontextual fornece a riqueza de condições e de possibilidades, para poder sustentar o desafio dos profissionais, que trabalham na área, em lidar com as frustrações ao se depararem com adictos que abandonam ou não conseguem se engajar no próprio tratamento. Para poder, ainda, acolher as famílias na dor de, muitas vezes, de fato, ter que acompanhar um ou mais de seus membros em uma trajetória conturbada, onde não só, mas também, a droga se apresenta, como mais um fator que agrega maior complexidade ao sofrimento humano.

Existe ainda a intenção de poder levantar reflexões e um senso crítico, que possibilite a compreensão de que ao invés de estratégias baseadas em uma “pedagogia do terror”, o investimento mais efetivo na prevenção ao uso de droga implica melhorias, em grande escala, da qualidade de vida das pessoas, promovendo existências mais dignas e justas nas sociedades contemporâneas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agra, C. M. M. (1997). *Droga: dispositivo crítico para um novo paradigma* (Comunicação no Seminário – Droga: Situação e Novas Estratégias. Lisboa, Portugal). Recuperado em dezembro de 2004, do Centro de Competência Malha Atlântica em: http://malhatlantica.pt/ecae-cm/Droga.htm

Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. P. Moreira & D.C. de O. (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp.27-38). Goiânia: AB.

Andrade, T. M. (2004). Redução de danos: um novo paradigma? In L. A. Tavares, A. R. B. Almeida, A. N. Filho (Orgs.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre o consumo* (pp. 87-95). Salvador : EDUFBA.

Banchs, M. A. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las Representaciones Sociales. *Papers on Social Representations* (Vol.9, pp. 3.1-3.15). Recuperado em março de 2005 de http://psr.jku.at/frameset.html

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo.* Lisboa, Portugal: Edições 70.

Barros, D. R., Gontiès, B., Coutinho, M. P. L., & Araújo, L. F. (2005). Representações Sociais acerca do Alcoolismo por parte de Profissionais das Áreas de Humanas e Saúde [CD-ROOM]. In *Teoria, metodologias e intervenções: textos completos / IV Jornada Internacional e Conferência Brasileira sobre Representações Sociais*. João Pessoa: Universitária/UFPB.

Bastos, A. C. S. (1999, jan/jul). Editorial. *Interfaces: Revista de Psicologia*, 2 (1), 7-8.

Bauer, M. (2003). A popularização da ciência como imunização cultural: a função de resistência das Representações Sociais. In P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Orgs.), T*extos em Representações Sociais* (pp. 229-257). Petrópolis, RJ: Vozes.

Bauer, M. W. (2002). Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In M.W. Bauer & G. Gaskell (Ed.), *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático* (2ª ed., P. A. Guareschi, Trad., pp. 189-217). Petrópolis, Rj:Vozes.

Becker, H. (1977). Consciência, Poder e Efeito da Droga. In *Uma Teoria da Ação Coletiva* (pp.181-204). Rio de Janeiro: Zahar.

Bucher, R. (1992). A toxicomania, paradigma da dependência humana. In *Drogas e Drogadição no Brasil* (pp. 299-311). Porto Alegre: Artes Médicas.

Bucher, R. (1989). As drogas na sociedade brasileira. In R. Bucher (Org.), *Prevenção ao Uso Indevido de Drogas* (Vol.2, pp.91-103). Brasília: Ed. Da Universidade de Brasília.

Bucher, R. (1989). Visão Histórica e Antropológica das Drogas. In R. Bucher (Org.), *Prevenção ao Uso Indevido de Drogas* (Vol. 2, pp. 17-30). Brasília: Ed. Da Universidade de Brasília.

Bucher, R. (1996). A Função da Droga no (Dis) Funcionamento Social. In *Drogas e Sociedade nos Tempos da AIDS* (pp. 45-62). Brasília: UnB.

Caldeira, Z. F. (1999). *Drogas, indivíduo e família: um estudo de relações singulares*. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Recuperado em junho de 2005 do Portal de Teses ENSP-FIOCRUZ: http://portalteses.cict.br.

Camargo, B. V. (2005). Estratégias de Pesquisa Pluri-Metodológicas. In A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuíno; & S. M. Nóbrega (Orgs.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (pp.19-22). João Pessoa: Universitária – UFPB.

Camargo, B. V. (2005). ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuíno; & S. M. Nóbrega (Orgs.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (pp.511-539). João Pessoa: Universitária – UFPB.

Carlini, E. A. Galduróz, 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*. Recuperado em Janeiro de 2006 do CEBRID (Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas): http://cebrid.epm.br.

Carvalho, I. M. M., & Almeida, P.H. (2003). Família e Proteção Social. *São Paulo em Perspectiva 17(2)*. Recuperado em março de 2005, da SciELO (Scientific Eletrocnic Library On line): http://scielo.br.

Castanha, A. R. Coutinho, M. P. L. Saldanha, A. A. W. Ribeiro, C. G. Araújo, L. F.; & Santana, I. O. (2005). Agentes Comunitários de Saúde e suas Representações Sociais acerca da Maconha [CD-ROOM]. In *Teoria, metodologias e intervenções: textos*

completos / IV Jornada Internacional e Conferência Brasileira sobre Representações Sociais. João Pessoa: Universitária / UFPB.

Colle, F. X. (2001). *Toxicomanias, Sistemas e Famílias* (M. J. Pereira, Trad.). Lisboa, Portugal: CLIMEPSI EDITORES.

Costa, I. I. (1999, jan /jul). A família e a constituição do sujeito na contemporaneidade. *Interfaces:Revista de Psicologia*, 2 (1l).

Court, P. M. (2003). Família e sociedade comtemporânea. In J. C. Petrini & V. R. S. Cavalcanti (Orgs.). *Família, Sociedade e Subjetividades: uma perspectiva multidisciplinar* (pp.13-28). Petrópolis, RJ: Vozes.

Coutinho, M. P. L., Araújo, L. F.; & Gontiès, B. (2004). Uso da maconha e suas representações sociais: estudo comparativo entre universitários. *Psicologia em Estudo, Maringá 9(3).* Recuperado em março de 2006, da SciELO (Scientific Eletrocnic Library On line): http://scielo.br.

Creswell, J.W. (2003). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. London: Sage Publications.

Cruz, B. A. A., Júnior, J. N., Catao, M. F. F. M.; & Gontiès, B. (2005). Alcoolismo: Representações Sociais por parte de estudantes universitários das Ciências Jurídicas e da Saúde da UFPB [CD-ROOM]. *In Teoria, metodologias e intervenções: textos completos / IV Jornada Internacional e Conferência Brasileira sobre Representações Sociais.* João Pessoa: Universitária-UFPB.

De Rosa, A. S. A. (2005). Rede Associativa: uma técnica para captar a estrutura, os conteúdos, e os índices de polaridade, neutralidade e estereotipia dos campos semânticos relacionados com as Representações Sociais. In A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuíno & S. M. Nóbrega (Orgs.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (pp.61-128). João Pessoa: Universitária-UFPB.

Escohotado, A. (1994). *Las Drogas: De los orígenes a la prohibición*. Madrid: Alianza Editorial.

Espinheira, G. (2004). Os tempos e espaços das drogas. In L. A Tavares, A. R. B Almeida; & A. N. Filho (Orgs.). *Drogas : tempos, lugares e olhares sobre o consumo* (pp. 11-25). Salvador : EDUFBA.

Farr, R. M. (2003). Representações Sociais: a teoria e sua história. In P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Orgs.) *Textos em Representações Sociais* (pp. 31-59). Petrópolis, RJ: Vozes.

Ferri, C. P., Laranjeira, R. R., Da Silveira, D. X., Dunn, J.; & Formigoni, M. L. O. S. (1997). Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatórios na cidade de São Paulo, nos anos de 1990 a 1993. *In Rev Ass. Med. Brasil 43(1).* Recuperado em maio de 2007 da SciELO (Scientific Eletrocnic Library On line): http://scielo.br.

Fender, S. A. (1996). A importância do envolvimento de familiares no tratamento de dependentes de drogas: uma experiência no PROAD. In M. Gorgulho & D.X. Silveira Filho. *Dependência: uma experiência do PROAD.* São Paulo: Casa do psicólogo.

González Rey, F. L. (2003). A subjetividade e as teorias de inspiração social na psicologia. In autor, *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural* (pp.121-197). São Paulo: Thomson.

Grize, J. B. Lógica natural e representações sociais. In D. Jodelet (Org.), *As Representações Sociais* (pp. 123-137). Rio de Janeiro: EdUERJ.

Gunther, H. (2004). *Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão?* (Série: Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais, n. 07). Recuperado em março de 2006 da SciELO (Scientific Eletrocnic Library On line): http://scielo.br.

Gutiérrez, B.L.N.; & FORTEZA, C.G. (2004). La representación social que orienta las decisiones paternas al afrontar el consumo de drogas de sus hijos. *Salud Pública México 46 (2).* Recuperado em março de 2005 da SciELO (Scientific Eletrocnic Library On line): http://scielo.br.

Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.). *As Representações Sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: EdUERJ.

Jovchelovitch, S. (2003). Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e Representações. In P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Orgs.), *Textos em Representações Sociais* (pp. 63-85). Petrópolis, RJ: Vozes.

Kalina, E. (1999). Teoria e prática da psicoterapia familiar do adito: atualização. In E. Kalina, S. Kovadloff, P.M. Roig, J.C. Serran; & F. Cesarman. *Drogadição Hoje: Indivíduo, Família e Sociedade* (pp.39-68). Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda.

Lefèvre, F., & Simioni, A. M. C. (1999). Maconha, saúde, doença e liberdade: análise de um fórum na I n t e rn e t . In *Cad. Saúde Pública, 15(2).* Recuperado em março de 2006 da SciELO (Scientific Eletrocnic Library On line): http://scielo.br.

Macrae, E. (2001). Antropologia: Aspectos Sociais, Culturais e Ritualísticos. In S. D.Seibel & A. Toscano (Orgs.), *Dependência de Drogas.* São Paulo: Atheneu.

Macrae, E. (2002). A Subcultura da Droga e Prevenção. In Caderno de Prevenção/Universidade Federal da Bahia. Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas 1(1). Salvador: EDUFBA.

Marques, A. A., Santos, M. S., & Veloso, T. M. G. (2005). "O alcoolismo parece que é coisa do diabo": Um Estudo sobre Representações Sociais de Alcoolistas [CD-ROO]. In *Teoria, metodologias e intervenções: textos completos / IV Jornada Internacional e Conferência Brasileira sobre Representações Sociais.* João Pessoa: Universitária-UFPB.

Ministério da Saúde. (2003). *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.* Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Recuperado em maio de 2006 em http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros.

Moscovici, S. (1978). *Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: ZAHAR.

Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. In R. Farr & S. Moscovici (Orgs.), *Social Representations* (pp. 3-69). Cambridge: Cambridge University Press.

Moscovici, S. (2001). Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In D. Jodelet (Org.), *As Representações Sociais* (pp. 45-66). Rio de Janeiro: EdUERJ.

Moscovici, S. (2003). *Representações Sociais: investigações em psicologia social* (3ª ed.) Petrópolis, RJ: Vozes.

Mourão, C. (1999). *"Uma droga de cultura": a representação social das drogas dos anos 60 aos 90.* Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, PUC, Rio de Janeiro.

Noto, A. R., Baptista, M. C., Silene, M. C. B., Faria, T., Nappo, S. A., Galduróz, J. C. F.; & Carlini, E. A. (2003). Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 19(1).* Recuperado em junho de 2007 da SciELO (Scientific Eletrocnic Library On line): http://scielo.br.

Olievestein, C. (1983). A infância do Toxicômano. In C. Olievenstein (Org.) *A Vida do Toxicômano* (V. Ribeiro Trad., pp. 7-35). Rio de Janeiro: ZAHAR Editores.

Oliveira, J. A. (1989). A fase adolescente e as motivações para a droga. In R. Bucher (Org.), *Prevenção ao Uso Indevido de Drogas* (Vol.2, pp.63-74). Brasília: Ed. Da Universidade de Brasília.

Pereira, F. J. C. (2005). Análise de Dados Qualitativos aplicados às Representações Sociais. In A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuíno; & S. M. Nóbrega (Orgs.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (pp.25-60). João Pessoa: Universitária – UFPB.

Rêgo, M. (2006). Família: XX anos do Cetad. (Texto não publicado).

Sá, C. P. (1993). Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In M. J. Spink (Org.), *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social.* São Paulo: Brasiliense.

Spricigo, J. S., & Alencastre, M. B. (2004, março/abril). O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas – um estudo em Biguaçú-SC. *Latino-am Enfermagem,12 (número especial).* Recuperado em novembro de 2005, da SciELO (Scientific Eletrocnic Library On line): http://scielo.br.

Petrini, J. C. (2005). Mudanças sociais e mudanças familiares. In J. C. Petrini & V. R. S. Cavalcanti (Orgs.), *Família, Sociedade e Subjetividades: uma perspectiva multidisciplinar* (pp. 29-53). Petrópolis, Rj: Vozes.

Scheerer, S. (1993). Estabelecendo o controle sobre a cocaína. In F. I. Bastos & O. D. Gonçalves *Drogas: é legal? Um Debate Autorizado* (pp.169-191). Rio de Janeiro: Imago.

Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2003*).* A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência &. Saúde Coletiva, 8 (1).* Recuperado em setembro de 2005, da SciELO (Scientific Eletrocnic Library On line): http://scielo.br

Silva, R. N. (2005). *A invenção da psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Spink, M. J. (2003) Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das Representações Sociais. In P. Guareshi & S. Jovchelovitch (Orgs.), *Textos em Representações Sociais* (8ª ed., pp.117-145). Petrópolis, Rj: Vozes.

Sternschuss, S. (1983). A família do toxicômano. In: C. Olievenstein (Org.), *A vida do toxicômano* (V. Ribeiro Trad., pp.37-50). Rio de Janeiro: ZAHAR Editores.

Suárez, R. E. S. & Galera, S. A. F. (2004). Discurso de los padres sobre el uso de drogas lícitas e ilícitas percibido por estudiantes universitários. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12 (n.spe). Recuperado em janeiro 2005, da SciELO (Scientific Eletrocnic Library On line): http://scielo.br

Wagner, W. (1994). Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: P. A. Guareshi & S. Jovchelovitch (Org.) *Textos em representações sociais* (pp.149-186). Petrópolis: Vozes.

Valsiner, J. (2003). Beyond Social Representations: A Theory of Enablement. In *Textes sur les representations socials* (v.12, pp. 7.1- 7.16). Recuperado em setembro de 2005 de http://papersonsocialrepresentations.com.

Zinberg, N. (1984). *Drug, Set and Setting: the basis for controlled intoxicant use*. New York: Yale University Press.

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇAO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

declaro que consinto em participar como voluntário da pesquisa cujo objetivo é analisar a representação social das drogas entre familiares de usuários em tratamento sob a responsabilidade da pesquisadora Priscila de Lima Silva com a orientação do Prof.Dr. Antônio Marcos Chaves. Declaro também que fui satisfatoriamente esclarecido que: a) a pesquisa será realizada a partir de entrevistas registradas por meio de gravador e por escrito; b) que estou livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa e que não preciso apresentar justificativa para isso; c) que todas as informações por mim fornecidas e os resultados obtidos serão mantidos em sigilo; d) na publicação dos resultados desta pesquisa, minha identidade será mantida no mais rigoroso sigilo; e) que não terei quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes da pesquisa; f) que esta pesquisa é importante para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção do conhecimento científico. Assim, consinto em participar da pesquisa em questão.

Salvador, _____ de _____ de 200_

_____ _____

Voluntário Pesquisadora

OBS: Este termo apresenta duas vias, uma destinada ao voluntário e outra ao pesquisador.

Quaisquer dúvidas sobre à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora nos telefones 3245-6426 ou 9988-6426.

ANEXO B

Entrevista semi-estruturada

Dimensão Cognitiva

1) Quais os tipos de drogas que você conhece?
2) Como elas são usadas?
3) Como obteve essas informações?
4) Alguma vez já utilizou a biblioteca da instituição?
5) Foi a alguma palestra ou curso?
6) Em sua opinião, todas as pessoas que usam drogas se tornam dependentes?
7) O que acontece com uma pessoa que usa drogas?
8) Existem diferenças a depender da droga que utiliza?
9) Por que você acha que as pessoas usam drogas?
10) Por que você acha que “seu familiar” usa droga?
11) Qual o tratamento para um usuário de drogas?
12) Que tipo de tratamento “seu familiar” faz ou já fez?

Dimensão Afetiva

1) Como se sente em relação às pessoas que usam drogas?
2) Como você se sentiu ao descobrir que “seu familiar” usa drogas?
3) Como se sente hoje?
4) O que mudou na relação entre vocês? E na sua relação com outros usuários?
5) Piorou? Melhorou?
6) Vê alguma mudança positiva? Em que?

Dimensão de Conduta

1) O que você fez quando descobriu que “seu familiar” usava drogas?
2) Se fosse hoje você agiria da mesma forma?
3) Se não, de que forma? Por quê?
4) Em sua opinião, qual o papel da família no tratamento do usuário de drogas?
5) De que forma a intervenção terapêutica pode ajudar para o usuário? E para a família?
6) De que forma o tratamento influenciou em sua vida?
7) Mudou alguma coisa na forma como a senhora pensa o uso droga?

ANEXO C

Questionário

1) Sexo: ( ) feminino ( ) masculino
2) Idade: ____
3) Religião: _____.
4) Estado civil: ( ) solteiro ( ) união consensual
( ) casado ( ) viúvo ( ) divorciado

5) Escolaridade: ( ) 1º grau incompleto ( ) 2º grau completo
( ) 1º grau completo ( ) superior incompleto
( ) 2º grau incompleto ( )superior completo

6) Atividade: ( ) Só trabalha.
( ) Trabalha e estuda.
( ) Atualmente desempregado.
7) Profissão: _____.
8) Composição da família:
_____.
9) Chefe da família: _____.
10) Quem usa droga na usa família? Por favor, escreva ao lado a idade da pessoa.
( ) filho(a) ( ) irmão(ã) ( )companheiro(a)
( ) neto(a) ( )sobrinho(a) ( ) outros_____.

11) Renda Familiar: _____

12)Qual(is) droga(s) esta pessoa usa e com que freqüência? Por favor, marque na tabela a seguir. Em caso de mais de uma pessoa na sua família ser usuário de droga, solicitar outra tabela.

Tipo de droga	Frequência do uso	Há quanto tempo usa
( ) álcool usou ( ) usa ( )	( ) Mais de uma vez por dia. ( ) Todos os dias ( ) Mais de 2 vezes na semana ( ) Só nos fins de semana. ( ) Uma vez na semana. ( ) 3 vezes no mês. ( ) De 6 em 6 meses. ( ) 3 vezes no ano.	( ) Há 6 meses ( ) Há um ano ( ) Por mais de 3 anos Especifique_____.
( ) cigarro usou ( ) usa ( )	( ) Mais de uma vez por dia. ( ) Todos os dias ( ) Mais de 2 vezes na semana ( ) Só nos fins de semana. ( ) Uma vez na semana. ( ) 3 vezes no mês. ( ) De 6 em 6 meses. ( ) 3 vezes no ano	( ) Há 6 meses ( ) Há um ano ( ) Por mais de 3 anos Especifique_____.
( ) maconha usou ( ) usa ( )	( ) Mais de uma vez por dia. ( ) Todos os dias ( ) Mais de 2 vezes na semana ( ) Só nos fins de semana. ( ) Uma vez na semana. ( ) 3 vezes no mês. ( ) De 6 em 6 meses. ( ) 3 vezes no ano	( ) Há 6 meses ( ) Há um ano ( ) Por mais de 3 anos Especifique_____.
( ) inalantes (cola de sapateiro, benzina, lança-perfume etc) usou ( ) usa ( )	( ) Mais de uma vez por dia. ( ) Todos os dias ( ) Mais de 2 vezes na semana ( ) Só nos fins de semana. ( ) Uma vez na semana. ( ) 3 vezes no mês. ( ) De 6 em 6 meses. ( ) 3 vezes no ano	( ) Há 6 meses ( ) Há um ano ( ) Por mais de 3 anos Especifique_____.

( ) cocaína usou ( ) usa ( )	( ) Mais de uma vez por dia. ( ) Todos os dias ( ) Mais de 2 vezes na semana ( ) Só nos fins de semana. ( ) Uma vez na semana. ( ) 3 vezes no mês. ( ) De 6 em 6 meses. ( ) 3 vezes no ano	( ) Há 6 meses ( ) Há um ano ( ) Por mais de 3 anos Especifique_____.
( ) crack usou ( ) usa ( )	( ) Mais de uma vez por dia. ( ) Todos os dias ( ) Mais de 2 vezes na semana ( ) Só nos fins de semana. ( ) Uma vez na semana. ( ) 3 vezes no mês. ( ) De 6 em 6 meses. ( ) 3 vezes no ano	( ) A 6 meses ( ) A um ano ( ) Por mais de 3 anos Especifique_____.
( )outros_____	( ) Mais de uma vez por dia. ( ) Todos os dias ( ) Mais de 2 vezes na semana ( ) Só nos fins de semana. ( ) Uma vez na semana. ( ) 3 vezes no mês. ( ) De 6 em 6 meses. ( ) 3 vezes no ano	( ) A 6 meses ( ) A um ano ( ) Por mais de 3 anos Especifique_____.